

**R
H**

**Rechnungshof
Österreich**

Unabhängig und objektiv für Sie.



Landtag von Niederösterreich

Landtagsdirektion

Eing.: 06.12.2024

Ltg.-604/XX-2024

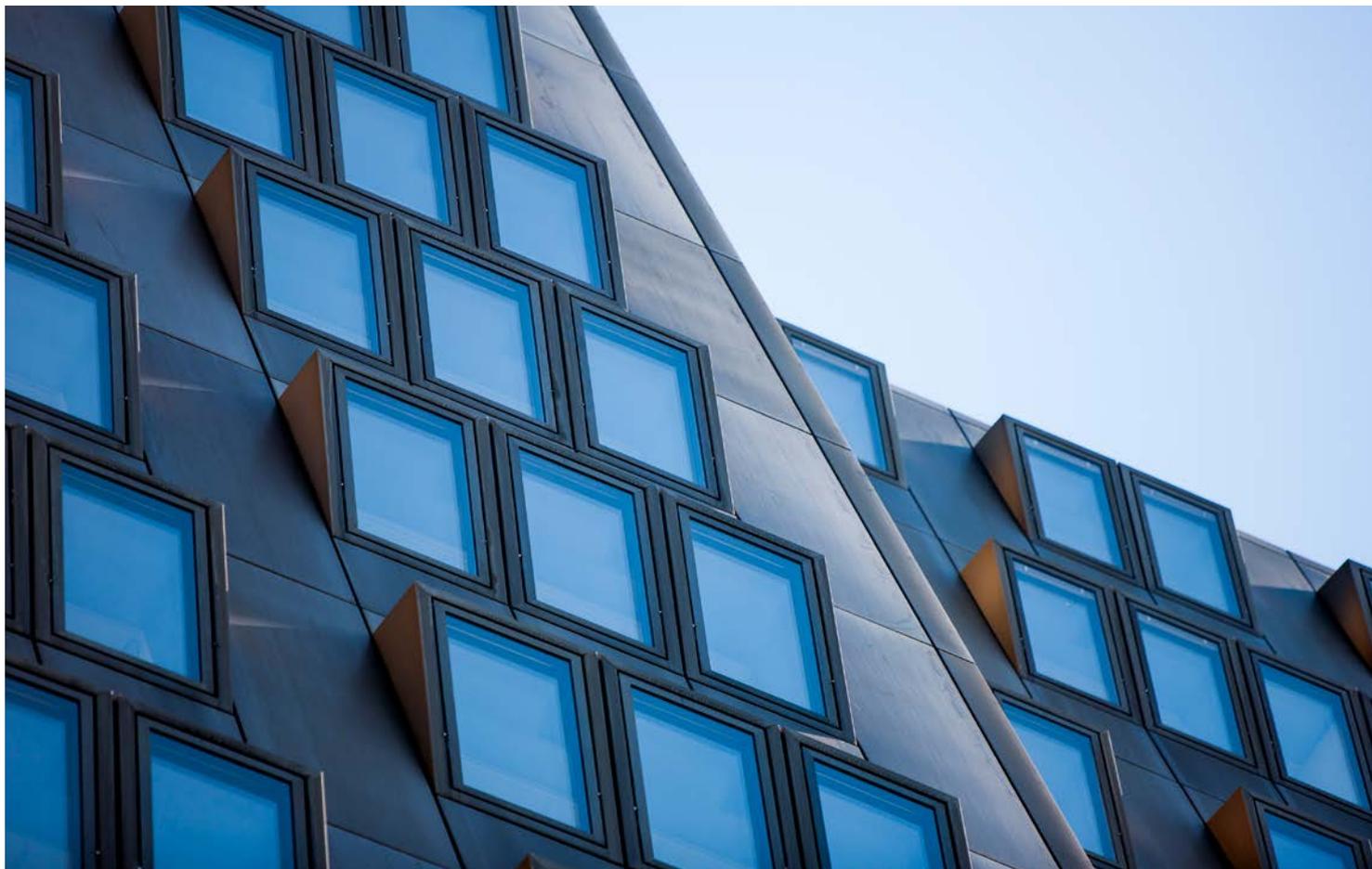
Reihe BUND 2024/36

Reihe NIEDERÖSTERREICH 2024/8

Reihe STEIERMARK 2024/5

Akutgeriatrie und Remobilisation in Niederösterreich und in der Steiermark

Bericht des Rechnungshofes



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes–Verfassungsgesetz, den Landtagen der Länder Niederösterreich und Steiermark gemäß Art. 127 Abs. 6 Bundes–Verfassungsgesetz und dem Gemeinderat der Stadt Graz gemäß Art. 127a Abs. 6 Bundes–Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf– und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Rechnungshof Österreich
1030 Wien, Dampfschiffstraße 2
www.rechnungshof.gv.at
Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich
Herausgegeben: Wien, im Dezember 2024

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E–Mail info@rechnungshof.gv.at
[facebook/RechnungshofAT](https://facebook.com/RechnungshofAT)
Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover, S. 9: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Glossar	6
Prüfungsziel	11
Kurzfassung	12
Zentrale Empfehlungen	19
Zahlen und Fakten zur Prüfung	21
Prüfungsablauf und –gegenstand	23
Überblick	24
Akutgeriatrie und Remobilisation in Österreich	27
Demografische Entwicklung	27
Versorgungsangebot	31
Akutgeriatrie und Remobilisation in Niederösterreich und in der Steiermark	35
Versorgungsangebot	35
Angliederung von Betten der Sonderkrankenanstalt	41
Regionale Planungen für Akutgeriatrie und Remobilisation	46
Projekte und Maßnahmen	51
Versorgung älterer Patientinnen und Patienten	58
Akutgeriatrie in der Steiermark	58
Remobilisation in Niederösterreich	65
Personelle Ausstattung von Akutgeriatrie und Remobilisation	70
Rehabilitative Übergangspflege in Niederösterreich	74
Therapeutische Leistungen	84
Ältere Patientinnen und Patienten auf anderen Abteilungen	88
Austrian Inpatient Quality Indicators	92
Geriatrische ärztliche Qualifikation	95
Additivfach, Spezialisierung, Geriatrie–Diplom	95
Ärztinnen und Ärzte mit geriatrischer Aus- und Fortbildung	98
Schlussempfehlungen	101
Anhang	108
Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger	108
Ressortbezeichnung und –verantwortliche	110

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Fernere Lebenserwartung ab 65 Jahren in Österreich _____	30
Tabelle 2:	Akutgeriatrie und Remobilisation in Österreich _____	32
Tabelle 3:	Bescheide für die Sonderkrankenanstalt _____	41
Tabelle 4:	Abgeschlossene Projekte aus den Bereichen Akutgeriatrie und Remobilisation in der Steiermark _____	52
Tabelle 5:	Laufende (2023) Projekte aus den Bereichen Akutgeriatrie und Remobilisation (Auswahl) _____	53
Tabelle 6:	Kennzahlen Akutgeriatrie in der Steiermark _____	58
Tabelle 7:	Kennzahlen Remobilisation in Niederösterreich _____	66
Tabelle 8:	Personalvorgaben für Akutgeriatrie und Remobilisation (2018 bis 2022) _____	70
Tabelle 9:	Kennzahlen zu Übergangspflegezentren in Niederösterreich ____	77
Tabelle 10:	Durchschnittliche Anzahl der (therapeutischen) Leistungen pro Aufenthalt in den ersten 28 Belagstagen _____	85
Tabelle 11:	Stationäre Aufenthalte von Personen ab 75 Jahren je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner 2019 _____	89
Tabelle 12:	Ausbildungsstellen Additivfach/Spezialisierung Geriatrie und Besetzungsgrad (Stichtag jeweils 1. August) _____	96
Tabelle 13:	Ärztinnen und Ärzte mit Additivfach und/oder Spezialisierung Geriatrie sowie Geriatrie–Diplom (Stichtag jeweils 1. August) ____	98

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Wesentliche Fakten, Herausforderungen und Lösungsansätze zur Akutgeriatrie und Remobilisation in Niederösterreich und der Steiermark _____	18
Abbildung 2:	Bevölkerungsentwicklung und Prognose: Österreich, Niederösterreich und Steiermark _____	28
Abbildung 3:	Akutgeriatrie und Remobilisation in Niederösterreich und in der Steiermark, tatsächliche Betten 2022 _____	36
Abbildung 4:	Übergangspflegezentren und Krankenanstalten mit Remobilisationen in Niederösterreich 2022 _____	75

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AG	Arbeitsgruppe
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
COVID	corona virus disease (Coronaviruskrankheit)
DIAG	Diagnosen- und Leistungsdokumentation für Analysen im Gesundheitswesen
et al.	et alii (und andere)
etc.	et cetera
EUR	Euro
FIM	Functional Independence Measure
GF	Gesundheitsfonds
G(es)mbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GGZ	Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz – Albert Schweitzer Klinik
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
km	Kilometer

LAG	Landesgesundheitsagentur
leg. cit.	legis citatae (der zitierten Vorschrift)
LGBl.	Landesgesetzblatt
LK	Landeskrankenhaus
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
Mio.	Million
NÖ	Niederösterreichische/n/s
NÖGUS	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RNS	Remobilisation und Nachsorge
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
Stmk.	Steiermärkische/n/s
TZ	Textzahl
u.a.	unter anderem
VZÄ	Vollzeitäquivalent
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Glossar

ambulante Betreuungsplätze

Ambulante Betreuungsplätze sind Plätze im spitalsambulanten Bereich für mehrstündige Behandlung bzw. Beobachtung in bestimmten Versorgungsbereichen (z.B. Akutgeriatrie, Psychiatrie).

Arthrose

Unter Arthrose sind chronisch-degenerative Verschleißerscheinungen des Knorpelgewebes zu verstehen. Arthrose ist die häufigste Gelenkerkrankung und betrifft insbesondere die Wirbelsäule sowie Knie-, Schulter- und Hüftgelenk.¹

Barthel-Index

Der Barthel-Index ist ein Verfahren zur systematischen Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen (z.B. Essen, Baden, Körperpflege, Mobilität).² Bei 0 bis 30 Punkten etwa sind Menschen weitgehend pflegebedürftig, bei 100 Punkten können sie selbstständig essen, sich fortbewegen oder die Körperpflege durchführen.

Best Point of Service

Best Point of Service bedeutet laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2017, dass die kurative Versorgung (therapeutische Maßnahmen zur Heilung einer Krankheit) jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen ist.

Department

Gemäß Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz können in Krankenanstalten Departments als bettenführende Einrichtungen im Rahmen von bestimmten Abteilungen vorgehalten werden.

Diätologie

Diätologie umfasst das Ernährungs- und Verpflegungsmanagement sowohl in der Gesundheitsförderung und Prävention als auch in der Therapie. Ernährungstherapeutische Maßnahmen werden gezielt in der Vorsorge und Behandlung von Krankheitsbildern eingesetzt.³

¹ <https://viamedici.thieme.de/lernmodul/6321675/4915586/degenerative+gelenkerkrankung+arthrose> (abgerufen am 23. September 2024)

² <https://flexikon.doccheck.com/de/Barthel-Index> (abgerufen am 23. September 2024)

³ <https://www.fh-gesundheitsberufe.at/bachelor-studiengang/diaetologie/> (abgerufen am 23. September 2024)

Ergotherapie

Bei der Ergotherapie erlernen Menschen jeden Alters Möglichkeiten, mit ihren Einschränkungen zu leben und so unabhängig und selbstständig wie möglich zu sein. Die Ergotherapie kommt zum Einsatz z.B. bei Schlaganfall, Störungen bzw. Funktionseinschränkungen des Bewegungssystems oder in der Geriatrie.⁴

Functional Independence Measure (FIM)

Der FIM ist ein standardisiertes Messinstrument zur Einschätzung der funktionalen Selbstständigkeit einer erwachsenen Person. Er gilt als Weiterführung u.a. des Barthel-Index. Ziel ist die Erfassung des jeweiligen Bedarfs an unterstützender und rehabilitativer Betreuung. Anhand von 18 Merkmalen aus sechs Bereichen (z.B. Selbstständigkeit bzw. Selbstversorgung, Fortbewegung, Kommunikation) werden die Fähigkeiten und Einschränkungen einer Patientin bzw. eines Patienten ermittelt.⁵

Geriatrie

Geriatrie (auch Altersheilkunde bzw. Altersmedizin) ist die Lehre von Krankheiten, die sich meist im fortgeschrittenen Lebensalter manifestieren. Nach Definition der European Union Geriatric Medicine Society ist die Geriatrie eine „medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, mentalen, funktionellen und sozialen Bedingungen der akuten, chronischen, rehabilitativen, präventiven Behandlung und Pflege – auch am Lebensende – befasst“.⁶

geriatisches Assessment

Das geriatische Assessment ist die Bewertung der körperlichen Gesundheit sowie der psychosozialen und funktionellen Fähigkeiten einer Patientin bzw. eines Patienten in der Geriatrie.⁷ Dabei werden z.B. der Barthel-Index oder der FIM erhoben.

geriatische Patientinnen und Patienten

Geriatische Patientinnen und Patienten sind biologisch älter, durch altersbedingte Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen akut gefährdet und neigen zur Multimorbidität. Bei ihnen besteht besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somatopsychischer (siehe im Glossar unter *Somatopsychologie*) und psychosozialer Hinsicht.⁸

⁴ <https://www.infoservice.sozialministerium.at/detail/praxis-fur-ergotherapie>, <https://www.neurologen-und-psiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/therapie/ergotherapie/einsatzbereiche/> (abgerufen am 23. September 2024)

⁵ <https://www.psychyrembel.de/Functional%20Independence%20Measure/T01Q5> (abgerufen am 23. September 2024)

⁶ <https://www.medi-karriere.at/magazin/geriatrie/> (abgerufen am 23. September 2024)

⁷ https://flexikon.doccheck.com/de/Geriatisches_Assessment (abgerufen am 23. September 2024)

⁸ <https://www.gzn.de/wp-content/uploads/2018/06/gerreha.pdf> (abgerufen am 23. September 2024)

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Beim LKF-System handelt es sich um ein Fallpauschalen-System, das in Abhängigkeit von Leistungen, Diagnosen, Aufenthaltsdauer und Intensivpflege je Krankenhausaufenthalt bundesweit einheitlich Verrechnungspunkte festlegt.

Logopädie

Die Logopädie beinhaltet die Diagnose und Behandlung von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, aber auch von bestimmten Schluck- und Hörstörungen. Ziel ist es, die Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen zu verbessern.⁹

Multimorbidität

Bei Multimorbidität leidet eine Patientin oder ein Patient gleichzeitig unter mehreren Krankheiten.

Somatopsychologie

In der Somatopsychologie wird erforscht, wie körperliche Erkrankungen die Psyche beeinflussen.¹⁰

Versorgungsbereich

Ein Versorgungsbereich ist ein spezialisierter Teilbereich zur Versorgung z.B. von Patientinnen und Patienten mit bestimmten Erkrankungen (z.B. Krebserkrankungen) oder bei multidimensionalem Versorgungsbedarf (z.B. Akutgeriatrie/Remobilisation). Er ist ein Teil eines oder mehrerer Fachbereiche und stellt in der Regel keinen gesamten Fachbereich dar.¹¹

Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte

Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte sind laut ärztengesetzlichen Bestimmungen zur selbstständigen Berufsausübung berechnigte Ärztinnen und Ärzte, die ausschließlich solche ärztlichen Tätigkeiten auszuüben beabsichtigen, die weder eine Ordinationsstätte erfordern noch in einem Angestelltenverhältnis ausgeübt werden (z.B. Erstellung von Aktengutachten, Vertretungen in Ordinationsstätten, arbeitsmedizinische und schulärztliche Tätigkeiten). Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte sind in die Ärzteliste eingetragen.

⁹ <https://www.praxisvita.de/was-ist-sprachtherapie-oder-logopaedie-18583.html> (abgerufen am 24. November 2023)

¹⁰ <https://educalingo.com/de/dic-de/somatopsychologie> (abgerufen am 23. September 2024)

¹¹ [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie-Remobilisation-\(AG-R\)-und-Remobilisation-Nachsorge-\(RNS\)-in-Oesterreich.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie-Remobilisation-(AG-R)-und-Remobilisation-Nachsorge-(RNS)-in-Oesterreich.html) und https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG_2023_-_Textband%2C_Stand_15.12.2023_MASTER.pdf (beide abgerufen am 23. September 2024)

AKUTGERIATRIE UND REMOBILISATION IN NIEDERÖSTERREICH UND IN DER STEIERMARK

In einer Akutgeriatrie sollten akut kranke geriatrische Patientinnen und Patienten u.a. mit dem Ziel betreut und behandelt werden, sie in das gewohnte Lebensumfeld zu reintegrieren. Im Unterschied dazu sollte die Remobilisation der Frühremobilisation akut kranker Patientinnen und Patienten jeden Alters dienen. Am Beispiel niederösterreichischer und steiermärkischer Krankenanstalten war erkennbar, dass eine klare Abgrenzung der beiden Versorgungsbereiche in der Praxis nur bedingt möglich bzw. zweckmäßig war.

Die Statistik Austria prognostizierte für die österreichische Bevölkerung ab 75 Jahren von 2025 bis 2050 ein Wachstum von 79,9 %; der Anteil der ab 75-Jährigen würde 2050 16,6 % betragen, in Niederösterreich und in der Steiermark sogar bis zu 19 %.

Die Versorgungsangebote in der Akutgeriatrie und Remobilisation waren in Österreich heterogen. Insgesamt überwogen in Österreich die Akutgeriatrie-Betten mit 1.668 (2022) deutlich (Remobilisations-Betten 2022: 199). Während u.a. die Steiermark (2018 bis 2022: +12,9 %) seit rd. 20 Jahren ausschließlich oder überwiegend Akutgeriatrie-Betten (und teilweise auch Tageskliniken) vorhielt, gab es etwa in Niederösterreich bis September 2022 nur Remobilisations-Betten (2018 bis 2022: -60,6 %).

Valide Daten bzw. konkrete Angaben, wie viele – eigentlich akutgeriatrische – Patientinnen und Patienten in anderen niederösterreichischen und steirischen Abteilungen auf welche Weise (z.B. mit oder ohne (physio-)therapeutische Dienste oder aktivierende Pflege) versorgt wurden, fehlten.

Für die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten bestanden in Niederösterreich und in der Steiermark auch noch andere Versorgungsangebote. In der Steiermark wurden etwa 2017 bis 2023 mindestens neun Projekte durchgeführt, 2023 startete die steiermarkweite Umsetzung der mobilen geriatrischen Remobilisation. Die in niederösterreichischen Pflegeheimen angebotene rehabilitative Übergangspflege mit über 300 Betten unterschied sich von Akutgeriatrien und Remobilisationen u.a. durch eine nicht vergleichbare medizinische Betreuung.

Für die optimale, effektive Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten am Best Point of Service bzw. für eine bedarfsgerechte Planung waren nicht nur aussagekräftige Daten, sondern auch ein längerfristiges, alle Angebote umfassendes Gesamtkonzept bzw. eine Gesamtstrategie erforderlich. Dies auch, um Parallelstrukturen bzw. Doppelgleisigkeiten, aber ebenso etwaige Versorgungslücken für die wachsende Zahl älterer Personen zu vermeiden.

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- Land Niederösterreich
- Land Steiermark
- Stadt Graz

Akutgeriatrie und Remobilisation in Niederösterreich und in der Steiermark

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von Juni bis Oktober 2023 die Versorgungsbereiche „Akutgeriatrie/Remobilisation“ (in der Folge: **Akutgeriatrie**) sowie „Remobilisation und Nachsorge“ (in der Folge: **Remobilisation**) in Niederösterreich und in der Steiermark. Prüfungsziele waren

- die Analyse der (Planungs-)Grundlagen für die Akutgeriatrie und Remobilisation (u.a. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) für Niederösterreich und die Steiermark),
- die Darstellung der Versorgungsstrukturen für Akutgeriatrie- und Remobilisations-Patientinnen und -Patienten österreichweit und eine Analyse in Niederösterreich und in der Steiermark sowie
- die Darstellung und Beurteilung u.a. der Versorgung, des Leistungsspektrums und der erbrachten Leistungen bzw. deren Entwicklung in Akutgeriatrie- und Remobilisations-Einrichtungen der überprüften Krankenanstaltenträger.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2018 bis 2022. Bei Bedarf ging der RH auch auf frühere bzw. spätere Entwicklungen ein.

Kurzfassung

Überblick und demografische Entwicklung

Der Versorgungsbereich Akutgeriatrie zielte laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017 auf die Behandlung und Betreuung akut kranker geriatrischer Patientinnen und Patienten (mit alterstypischer Multimorbidität und/oder Gebrechlichkeit) ab, u.a. zur Vermeidung weiterer Funktionsverluste und Reintegration in das gewohnte Lebensumfeld; die Anfänge der Akutgeriatrie in Österreich reichten bis Ende der 1990er Jahre zurück. Im Unterschied zur Akutgeriatrie sollte der später etablierte Versorgungsbereich Remobilisation der Frühremobilisation akut kranker Patientinnen und Patienten jeden Alters mit erhöhter Belagsdauer nach einer Erstbehandlung in anderen akutstationären Fachbereichen dienen, z.B. bei Funktionseinbußen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparats. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Versorgungsbereichen war den ÖSG-Definitionen zufolge somit die Patienten-Zielgruppe: In der Akutgeriatrie sollten geriatrische Patientinnen und Patienten behandelt werden, in der Remobilisation Patientinnen und Patienten jeden Alters mit erhöhter Belagsdauer nach einer Erstbehandlung. Sowohl die Akutgeriatrie als auch die Remobilisation stellten Versorgungsbereiche in Krankenanstalten für Patientinnen und Patienten mit multidimensionalem Versorgungsbedarf dar. Für die Betreuung und Remobilisation waren – wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung – interdisziplinäre Teams (u.a. bestehend aus ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Personal) vorgesehen. (TZ 2, TZ 4)

Die Bevölkerung ab 75 Jahren würde laut einer Prognose der Statistik Austria von 2025 bis 2050 um rd. 82 % (Niederösterreich) bzw. rd. 76 % (Steiermark) wachsen und dann bis zu rd. 19 % der jeweiligen Bevölkerung umfassen. Damit würde sich ihr Anteil an der Bevölkerung bis 2050 im Vergleich zu 2022 beinahe verdoppeln. Neben der Entwicklung der Bevölkerungszahlen beeinflusste auch die Entwicklung der Lebenserwartung bzw. der Gesundheitszustand im späteren Lebensalter die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens bzw. bestimmter Versorgungsbereiche und Fachrichtungen (etwa der Inneren Medizin). (TZ 3)

Versorgungsangebot Akutgeriatrie und Remobilisation

Die Versorgungsangebote in den Bereichen Akutgeriatrie und Remobilisation erhöhten sich in Österreich in den vergangenen 20 Jahren stark, entwickelten sich unterschiedlich und waren heterogen. In Österreich gab es deutlich mehr akutgeriatrische Standorte und Betten (2022: 52 und 1.668) als Remobilisations-Standorte und -Betten (2022: 13 und 199). Obwohl Remobilisationen im Unterschied zu Akutgeriatrien für jedes Alter offen waren, waren die in Remobilisationen betreuten Patien-

tinnen und Patienten etwa 2022 österreichweit durchschnittlich rd. 76 Jahre alt und damit nur um knapp vier Jahre jünger als auf Akutgeriatrien. Die Auslastung war in den Akutgeriatrien durchgängig höher als in den Remobilisations-Einrichtungen. (TZ 4)

Niederösterreich verfügte seit Jahren über rehabilitative Übergangspflegeplätze in Übergangspflegezentren (2022: 336 Plätze), jedoch – im Unterschied zum langjährigen Angebot in der Steiermark (2022: 332 Akutgeriatrie-Betten) sowie in Wien, Oberösterreich, Tirol, Kärnten und in Salzburg – bis September 2022 über keine Akutgeriatrie-Betten. (TZ 4, TZ 5, TZ 13)

Angliederung von Betten einer Sonderkrankenanstalt

Die NÖ Landesklinikenholding (seit 1. Jänner 2020: NÖ Landesgesundheitsagentur) schloss im Jänner 2013 mit dem privaten Betreiber einer zu errichtenden Sonderkrankenanstalt¹² nahe Wiener Neustadt einen Angliederungsvertrag über 60 Remobilisations-Betten an das Landeskrankenhaus Wiener Neustadt ab. Die im Angliederungsvertrag garantierte 90 %ige Auslastung wurde 2015 bis 2022 nie erreicht. Da sich das Entgelt zumindest an der garantierten Auslastung bemaß, hatte die NÖ Landesklinikenholding bzw. die NÖ Landesgesundheitsagentur 2015 bis 2022 insgesamt 10,34 Mio. EUR für nicht belegte Betten zu zahlen. Die NÖ Landesgesundheitsagentur behandelte diese Betten nicht als Remobilisations-Betten, sondern als interdisziplinäre Betten. Sie könnte den Angliederungsvertrag frühestens mit Wirkung 31. Dezember 2034 kündigen. Zwischen 2013 und 2015 wurde das Landeskrankenhaus Neunkirchen in der Nähe von Wiener Neustadt und der Sonderkrankenanstalt neu gebaut. Seine Auslastung lag sowohl im Bereich Remobilisation als auch insgesamt in den Jahren 2017 bis 2022 (2022: 59 % bzw. 53 %) durchgängig unter dem Österreichschnitt. (TZ 6)

Regionale Planungen für Akutgeriatrie und Remobilisation

Niederösterreich verfügte bis zur Zeit der Gebärungsüberprüfung über keinen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) Niederösterreich 2025, der die Fachrichtungen, Bettenkapazitäten etc. standortbezogen auswies. Dies widersprach u.a. dem ÖSG 2017. Zur Zeit der Gebärungsüberprüfung waren bis 2030 in Niederösterreich insgesamt rd. 300 Akutgeriatrie-Betten und 81 Remobilisations-Betten geplant. (TZ 7)

¹² Lebens.Med Zentrum Bad Erlach

Der RSG Steiermark 2025 wies auch noch in der Version vom Februar 2019 – anders als im ÖSG 2017 vorgesehen – Akutgeriatrie– und Remobilisations–Betten gemeinsam aus (zusammen 381 Planbetten bis 2025). Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung verfügbare Evaluierungen – im Zusammenhang mit einem Pilotprojekt in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz – Albert Schweitzer Klinik (**GGZ**) –, u.a. zur Erforderlichkeit des flächendeckenden Ausbaus von Remobilisations–Betten in der Steiermark, rieten etwa davon ab, „die Struktur in der aktuellen Funktion ohne jede Veränderung weiterzuführen oder gar in der Steiermark auszurollen“. Der Endbericht war für Juni 2024 geplant. Im September 2023 startete bereits ein weiteres Remobilisations–Pilotprojekt im Landeskrankenhaus Bad Radkersburg, u.a. mit der Begründung eines Vorgriffs auf den RSG Steiermark 2030. (TZ 5, TZ 7, TZ 8)

Projekte und Maßnahmen

Im Oktober 2022 startete in Niederösterreich das Pilotprojekt „Zentrum für Altersmedizin“ am Landeskrankenhaus Waidhofen/Thaya mit zwölf Akutgeriatrie–Betten, Ende 2023 waren es 40 Betten. Weitere Projekte in den Bereichen Akutgeriatrie und Remobilisation gaben die NÖ Landesgesundheitsagentur bzw. der NÖ Gesundheits– und Sozialfonds nicht bekannt. Im Unterschied dazu führten in der Steiermark etwa die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (**KAGes**) und die GGZ 2017 bis 2023 mindestens neun Projekte in den Bereichen Akutgeriatrie und Remobilisation durch. So begann 2023 die steiermarkweite Umsetzung eines Projekts zur mobilen geriatrischen Remobilisation. Trotz positiver Evaluierungsergebnisse zu mobilen Angeboten in der Steiermark (z.B. vergleichbare medizinische Effekte wie bei stationärer Behandlung sowie ca. 50 % niedrigere Kosten) und entsprechender Maßnahmen auch in Kärnten und Oberösterreich nahm der ÖSG 2017 bzw. der ÖSG 2023 nicht auf solche Angebote etwa bei der Kapazitätsplanung Bezug. (TZ 8)

Versorgung älterer Patientinnen und Patienten

Im Zeitraum 2018 bis 2022 wurden die akutgeriatrischen Strukturen in der Steiermark in der KAGes und zwei Ordensspitälern ausgebaut (Erhöhung Bettenzahl um 14 % bzw. um 60 %), deren Auslastung sank jedoch ebenso wie in den GGZ teilweise pandemiebedingt. Die tatsächliche durchschnittliche Belagsdauer in der KAGes 2022 lag mit knapp 16 Tagen mehr als fünf Tage unter der von ihr angenommenen idealtypischen Aufenthaltsdauer. Gleichzeitig war die durchschnittliche Auslastung der Akutgeriatrie–Betten in der KAGes 2018 bis 2022 fast immer niedriger als bei anderen steiermärkischen Krankenanstaltenträgern und auch niedriger als der Österreichschnitt (z.B. 2022: KAGes rd. 77 %, GGZ rd. 79 %, Österreichschnitt rd. 79 %). Demgegenüber lehnte etwa das zur KAGes gehörende Landeskrankenhaus Fürstenfeld 2022 nahezu gleich viele potenzielle Patientinnen und Patienten

ab, wie es auf die Akutgeriatrie aufnahm. 96 % der Absagen erfolgten aus Kapazitätsgründen. (TZ 9)

Im Zeitraum Dezember 2021 bis Ende 2022 nahmen die Akutgeriatrien in der Steiermark nahezu zwei Drittel der Patientinnen und Patienten sekundär, also aus einem anderen akutstationären Bereich, auf. Dies, obwohl die Sekundäraufnahme laut „Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation“ nicht der Optimalfall war und eine Aufnahme möglichst zeitnah zum auslösenden Ereignis, im Idealfall mittels Primäraufnahme, stattfinden sollte. In ganz Österreich erfolgten in diesem Zeitraum nur 27 % der Aufnahmen primär. (TZ 10)

Die Patientinnen und Patienten in niederösterreichischen Remobilisationen waren 2018 bis 2022 nur geringfügig jünger als jene in steirischen Akutgeriatrien (z.B. Alter 2022: Niederösterreich 77,5 Jahre; KAGes 77,9 Jahre). In diesem Zeitraum ging die Zahl der Remobilisations-Betten in Niederösterreich um fast 61 % auf 37 Betten zurück. Trotz dieser erheblichen Reduktion lag die Auslastung der Remobilisations-Betten im Jahr 2022 nur bei rd. 77 %. Die NÖ Landesgesundheitsagentur konnte u.a. nicht auswerten, ob bzw. wie viele Patientinnen und Patienten die Remobilisationen aus Kapazitätsgründen abweisen mussten. (TZ 9, TZ 11)

Die Akutgeriatrien der KAGes und die Remobilisationen in Niederösterreich erfüllten die Personalvorgaben gemäß dem Modell der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (**LKF**) von 2018 bis 2022 teilweise nicht bzw. fehlten entsprechende Angaben in der Diagnosen- und Leistungsdokumentation für Analysen im Gesundheitswesen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war laut Gesundheitsministerium eine einmalige Prüfung der Angaben der Krankenanstalten pro Jahr durch die Landesgesundheitsfonds der Regelfall. So war es möglich, dass Krankenanstalten Leistungen nach dem LKF-Modell abrechneten, ohne – z.B. durch Personalfuktuation während des Jahres – die dafür erforderlichen Personalvorgaben tatsächlich zu erfüllen. (TZ 12)

Rehabilitative Übergangspflege in Niederösterreich

Durch die in Niederösterreich eingerichtete Übergangspflege mit rehabilitativer Pflege und (insbesondere physio-)therapeutischem Angebot sollten Personen nach einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt so wiederhergestellt werden, dass sie nach Hause entlassen werden konnten. Im Jahr 2022 gab es Übergangspflegezentren an 25 Standorten mit insgesamt 336 Plätzen; rd. 270 Plätze davon befanden sich in 20 Pflege- und Betreuungszentren der NÖ Landesgesundheitsagentur. In den Übergangspflegezentren der NÖ Landesgesundheitsagentur sanken die Aufenthalte während der COVID-19-Pandemie deutlich (um 10 % von 2018 bis 2022), die Auslastung lag 2022 mit rd. 80 % um zehn Prozentpunkte unter jener von 2018. Die

laut „Leitfaden Übergangspflege“ einmal wöchentlich vorgesehene ärztliche Visite war bei nicht einmal jedem zweiten in einer Fallauswahl des RH erfassten Pflegegast dokumentiert. In Übergangspflegezentren stand u.a. deutlich weniger diplomiertes Personal für die aktivierende und rehabilitative Pflege zur Verfügung als etwa in einer Akutgeriatrie. Die Pflegegäste erhielten laut Fallauswahl in den ersten 28 Aufenthaltstagen durchschnittlich 14,5 physio- und 2,7 ergotherapeutische Interventionen. Logopädische, psychologische oder diätologische Betreuung war in keinem Fall dokumentiert. Eine Auswertung des tatsächlich für die Übergangspflege zur Verfügung stehenden therapeutischen Personals und damit auch eine Kontrolle der Vorgaben waren nicht möglich. (TZ 13, TZ 14)

Die Pflegegäste für die Übergangspflege mussten Eigenleistungen in Höhe von rd. 80 % ihres Einkommens und 100 % ihres Pflegegeldes monatlich erbringen; die als Differenz zwischen diesen Eigenleistungen und dem Betreuungstarif gewährte Sozialhilfe war an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Somit wurde die Übergangspflege infolge ihrer Konzeption als Pflegeleistung anders als die medizinische Behandlung in Krankenanstalten finanziert. (TZ 15)

Therapeutische Leistungen

Nicht nur die personelle Ausstattung, sondern auch das angebotene therapeutische Leistungsspektrum war in den Akutgeriatrien am größten. Die Remobilisationen in Niederösterreich boten zwar laut den in der Fallauswahl des RH ausgewerteten Patientendokumentationen – ebenso wie die Übergangspflegezentren – eine vergleichbare Anzahl an physiotherapeutischen (rd. 15 bis 16 Leistungen in den ersten 28 Belagstagen), aber deutlich weniger ergotherapeutische und keine sonstigen Leistungen (z.B. Logopädie oder Diätologie). Auch Betreuung durch Sozialarbeit gab es nur in den Akutgeriatrien. Am wenigsten therapeutische Leistungen waren in den an das Landeskrankenhaus Wiener Neustadt angegliederten Betten der Sonderkrankenanstalt dokumentiert (8,2 physiotherapeutische Leistungen in den ersten 28 Belagstagen, keine Ergotherapie oder z.B. Logopädie). (TZ 12, TZ 13, TZ 16)

Laut Fallauswahl waren – mit Ausnahme der GGZ – (geriatriische) Assessments, die laut Qualitätskriterien des ÖSG 2017 ein wesentliches Merkmal der Akutgeriatrien und Remobilisationen waren, nicht in allen Fällen und teilweise auch nur einmal pro Aufenthalt dokumentiert. (TZ 16)

Ältere Patientinnen und Patienten in anderen Abteilungen

Weder in Niederösterreich noch in der Steiermark waren valide Daten darüber verfügbar, wie viele Patientinnen und Patienten, die zur Zielgruppe einer Akutgeriatrie gehörten, z.B. aufgrund nicht ausreichender Kapazitäten in anderen Abteilungen versorgt wurden. Auch war nicht beurteilbar, ob sie in anderen Abteilungen (häufig war dies die Innere Medizin) in vergleichbarem Ausmaß (physio-)therapeutische Dienste oder aktivierende Pflege in Anspruch nehmen konnten. [\(TZ 17\)](#)

Analysen von Krankenhausaufhalten mit konservativen Behandlungen in mehreren besonders betroffenen Fachbereichen (insbesondere Innere Medizin sowie Orthopädie und Unfallchirurgie) je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner zeigten, dass es in Niederösterreich etwa 2019 um 10 % mehr Krankenhausaufhalte mit mindestens 14 Belagstagen bei ab 75-Jährigen gab als in der Steiermark. [\(TZ 17\)](#)

Geriatrische ärztliche Qualifikation

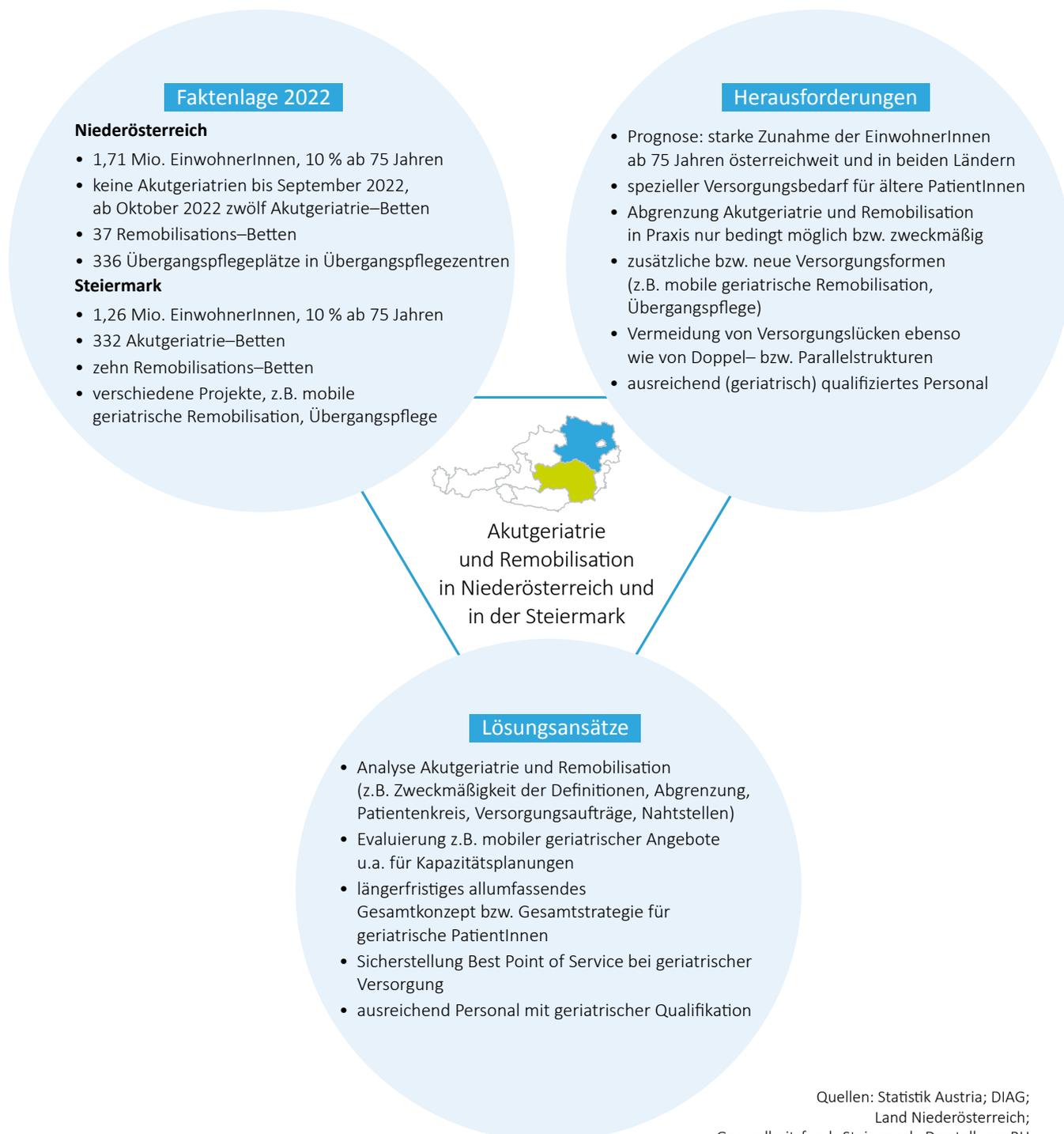
In Österreich gab es keine eigene Facharztrichtung Geriatrie. Nach Abschluss einer allgemeinmedizinischen oder bestimmter fachärztlicher Ausbildung(en) konnten Ärztinnen und Ärzte eine Zusatzqualifikation (u.a. Additivfach bzw. Spezialisierung) erwerben. Im August 2023 waren österreichweit mehr als 50 % der Ausbildungsstellen für die Spezialisierung Geriatrie nicht besetzt; in Niederösterreich war keine Ausbildungsstelle besetzt, in der Steiermark waren 44 % unbesetzt. Dies vor dem Hintergrund der speziellen Bedürfnisse der wachsenden geriatrischen Patientengruppe bzw. der demografischen Entwicklung und Prognosen sowie des Bestrebens nach einem (weiteren) Ausbau akutgeriatrischer Versorgungsangebote etwa in Niederösterreich und in der Steiermark. Allerdings wurden Ausbildungsstellen weitgehend bedarfsunabhängig festgesetzt. [\(TZ 3, TZ 7, TZ 8, TZ 19\)](#)

Im Zeitraum 2018 bis 2023 nahm die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit Additivfach und/oder Spezialisierung Geriatrie sowohl in Niederösterreich und in der Steiermark als auch österreichweit um bis zu 12 % ab; bis zu 81 % dieser Ärztinnen und Ärzte waren 50 Jahre und älter. Auch angesichts unbesetzter Ausbildungsstellen könnten die Rückgänge bzw. die Altersstruktur dazu führen, dass für die künftig steigende Zahl an älteren Personen vergleichsweise weniger ärztliche geriatrische Fachkompetenz auf Basis einer Additivfach- oder Spezialisierungsausbildung zur Verfügung steht. [\(TZ 3, TZ 19, TZ 20\)](#)

Resümee

Nachstehende Abbildung fasst die wesentlichen Fakten, Herausforderungen und Lösungsansätze der Gebarungsüberprüfung zusammen:

Abbildung 1: Wesentliche Fakten, Herausforderungen und Lösungsansätze zur Akutgeriatrie und Remobilisation in Niederösterreich und der Steiermark



Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- Gemeinsam mit den Ländern und den Landesgesundheitsfonds wären auch auf Basis bestehender und gegebenenfalls weiterer Evaluierungen die beiden Versorgungsbereiche Akutgeriatrie und Remobilisation im Rahmen der erwo-genen Gesamtbetrachtung umfassend zu analysieren. Dies u.a. im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit der ÖSG-Definitionen und deren Abgrenzung, die jeweils tatsächlich versorgten bzw. idealerweise zu versorgenden Patientengruppen und die jeweiligen Versorgungsaufträge sowie die Nahtstellen zu anderen Versorgungsstrukturen. (TZ 7)
- Gemeinsam mit den Ländern wären die Gründe für die vergleichsweise nied-rige Zahl an Primäraufnahmen in Akutgeriatrien zu analysieren. Dies, um ge-gebenenfalls bestehende Versorgungslücken für geriatrische Patientinnen und Patienten (z.B. auch mit internistischen Beschwerdebildern als auslösen-des Ereignis) zu identifizieren und deren Versorgung am Best Point of Service sicherzustellen. (TZ 10)

Länder Niederösterreich und Steiermark; NÖ Gesundheits- und Sozialfonds; Gesundheitsfonds Steiermark

- Gemeinsam mit den Krankenanstaltenträgern wäre ein längerfristiges, alle Angebote umfassendes Gesamtkonzept bzw. eine Gesamtstrategie für die opti-male, effektive Versorgung insbesondere von geriatrischen Patientinnen und Patienten am Best Point of Service zu entwickeln. Dies auch, um Parallelstruk-turen bzw. Doppelgleisigkeiten, aber ebenso etwaige Versorgungslücken zu vermeiden. Dabei sollten u.a. konkrete Ziele formuliert, alle Angebote qualita-tiv und quantitativ aufeinander abgestimmt, die Versorgungsaufträge und Pati-entengruppen jeweils eindeutig festgelegt sowie die Nahtstellen untereinander und zu anderen Versorgungsstrukturen klar definiert werden. (TZ 7)

NÖ Gesundheits- und Sozialfonds; Gesundheitsfonds Steiermark

- Im Vorfeld weiterer Maßnahmen bzw. für künftige Planungen in der Akutge-riatrie und Remobilisation wäre das Ausmaß der insbesondere auf Internen Abteilungen versorgten geriatrischen Patientinnen und Patienten mit Remobili-sationspotenzial zu analysieren. (TZ 17)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

Akutgeriatrie und Remobilisation in Niederösterreich und in der Steiermark	
überprüfte Krankenanstaltenträger	<ul style="list-style-type: none"> • NÖ Landesgesundheitsagentur • Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. • Stadt Graz für die Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz – Albert Schweitzer Klinik
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 10 Abs. 1 Z 12 bzw. Art. 12 Abs. 1 Z 1 Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. 1/1930 i.d.g.F. (Gesundheitswesen bzw. Heil- und Pflegeanstalten)
bundes- und landesgesetzliche Rechtsgrundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, BGBl. 1/1957 i.d.g.F. • NÖ Krankenanstaltengesetz, LGBl. 9440-0 i.d.g.F. • Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012, LGBl. 111/2012 i.d.g.F.

	Niederösterreich Remobilisation und Nachsorge ¹			Steiermark Akutgeriatrie/Remobilisation ²		
	2018	2022	Veränderung 2018 bis 2022	2018	2022	Veränderung 2018 bis 2022
	Anzahl		in %	Anzahl		in %
Standorte in Krankenanstalten	4	4	–	8	8	–
tatsächliche Betten ³	94 ⁴	37 ⁴	-60,6	294 ⁵	332 ⁵	12,9
Aufenthalte	1.678	647	-61,4	5.517	5.652	2,4
Belagstage	26.276	10.455	-60,2	96.269	94.890	-1,4
durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	15,7	16,2	3,2	17,4	16,8	-3,8
durchschnittliches Patientenalter in Jahren	76,6	77,5	1,1	78,6	79,1	0,7
	in %		in Prozent- punkten	in %		in Prozent- punkten
Auslastung	76,6	77,4	0,8	89,7	78,3	-11,4

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: DIAG

¹ In Niederösterreich gab es 2022 erstmals drei Akutgeriatrie-Betten (Jahresdurchschnitt) im Landeskrankenhaus Waidhofen/Thaya.

² Darüber hinaus gab es in der Steiermark auch Betten für Remobilisation und Nachsorge: 2018 waren es 30 Betten (an zwei Standorten) und 2022 zehn Betten ebenfalls an zwei Standorten (die sechs Betten in der Albert Schweitzer Klinik wurden zur Zeit der Gebarungsüberprüfung als Pilotprojekt betrieben, **TZ 8**).

³ Dabei handelt es sich um die Betten, die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren, unabhängig davon, ob sie belegt waren oder nicht. Siehe dazu https://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Erlaeuterungen.pdf (abgerufen am 23. September 2024).

⁴ Nicht enthalten sind die an das Landeskrankenhaus Wiener Neustadt angegliederten 60 Betten in einer Sonderkrankenanstalt (**TZ 6**).

⁵ Tagesklinikplätze sind nicht enthalten.

Prüfungsablauf und –gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte von Juni bis Oktober 2023 die Versorgungsbereiche „Akutgeriatrie/Remobilisation“ (in der Folge: **Akutgeriatrie**) und „Remobilisation und Nachsorge“ (in der Folge: **Remobilisation**) in Niederösterreich und in der Steiermark. Überprüfte Stellen waren

- das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**),¹³
- die Länder Niederösterreich und Steiermark,
- der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (**NÖGUS**),
- der Gesundheitsfonds Steiermark,
- die NÖ Landesgesundheitsagentur,
- die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (**KAGes**) und
- die Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz – Albert Schweitzer Klinik (**GGZ**, ein Eigenbetrieb der Stadt Graz).

Darüber hinaus führte der RH u.a. Erhebungen bei der Österreichischen Ärztekammer, der Gesundheit Österreich GmbH und dem Lebens.Med Zentrum Bad Erlach durch.

(2) Prüfungsziele waren

- die Analyse der (Planungs-)Grundlagen für die Akutgeriatrie und Remobilisation (u.a. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) und Regionale Strukturpläne Gesundheit (**RSG**) für Niederösterreich und die Steiermark),
- die Darstellung der Versorgungsstrukturen für Akutgeriatrie- und Remobilisations-Patientinnen und –Patienten österreichweit und eine Analyse in Niederösterreich und in der Steiermark sowie
- die Darstellung und Beurteilung u.a. der Versorgung, des Leistungsspektrums und der erbrachten Leistungen bzw. deren Entwicklung in Akutgeriatrie- und Remobilisations-Einrichtungen der überprüften Krankenanstaltenträger.

(3) Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2018 bis 2022. Bei Bedarf ging der RH auch auf frühere bzw. spätere Entwicklungen ein.

¹³ Die Bezeichnung und Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums wechselten im überprüften Zeitraum mehrmals. Siehe dazu im Detail die Tabelle im Anhang. Der RH verwendet im Folgenden einheitlich die Bezeichnung **Gesundheitsministerium**.

(4) Zu dem im Mai 2024 übermittelten Prüfungsergebnis¹⁴ nahmen die KAGes, die Marienkrankenhaus Voralpe Gemeinnützige GmbH und die Lebens.Med Gesundheitszentren GmbH im Juni 2024, das Gesundheitsministerium im Juli 2024 sowie die Länder Niederösterreich und Steiermark, die Stadt Graz (mittels einer Stellungnahme der GGZ), die NÖ Landesgesundheitsagentur und der Gesundheitsfonds Steiermark im August 2024 Stellung. Der NÖGUS gab keine eigene Stellungnahme ab und verwies stattdessen auf jene des Landes Niederösterreich. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Dezember 2024. Gegenüber der Stadt Graz gab er keine Gegenäußerung ab.

(5) Die KAGes hielt in ihrer Stellungnahme generell fest, dass sie die Ausführungen aus dem Bericht mittrage und die Empfehlungen aufgreife. Ihr sei die Wichtigkeit einer abgestuften geriatrischen Versorgung bewusst, an deren Ausbau sowie an einer entsprechenden Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Versorgungsangebots werde weiterhin gearbeitet.

Überblick

2.1 (1) Der Versorgungsbereich Akutgeriatrie zielte laut dem bis Ende 2023 geltenden ÖSG 2017 auf die Behandlung und Betreuung akut kranker geriatrischer Patientinnen und Patienten (mit alterstypischer Multimorbidität und/oder Gebrechlichkeit) zur Vermeidung weiterer Funktionsverluste, Erhöhung der Lebensqualität und Reintegration in das gewohnte Lebensumfeld ab. Behandlung und Betreuung sollten aufgrund des multidimensionalen Versorgungsbedarfs (geriatrisch ausgebildete) interdisziplinäre Teams (u.a. bestehend aus ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Personal) übernehmen.

(2) Im Unterschied zur Akutgeriatrie sollte der Versorgungsbereich Remobilisation gemäß ÖSG 2017 der Frühremobilisation akut kranker Patientinnen und Patienten jeden Alters mit erhöhter Belagsdauer nach einer Erstbehandlung in anderen akutstationären Fachbereichen dienen, z.B. bei Funktionseinbußen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparats oder aufgrund internistischer Erkrankungen mit längerer Genesungsdauer. Im Fall älterer Patientinnen und Patienten sollte sich die Remobilisation für jene eignen, die nicht multimorbid und gebrechlich waren. Auch hier bestand multidimensionaler Versorgungsbedarf und war ein interdisziplinäres Team vorzuhalten.

¹⁴ Die Marienkrankenhaus Voralpe Gemeinnützige GmbH und die Lebens.Med Gesundheitszentren GmbH erhielten jeweils einen Auszug des Prüfungsergebnisses zur Stellungnahme.

(3) Der ÖSG 2017 legte als „Grundsätze und Ziele“ für die „Akutstationäre inklusive tagesklinische/tagesambulante Versorgung“ auch den vermehrten Auf- und Ausbau in den Bereichen „Akutgeriatrie und/oder Remobilisation“ fest. Er definierte für Akutgeriatrie sowie Remobilisation jeweils u.a. Planungsvorgaben und Qualitätskriterien, z.B. qualitative personelle Ausstattung, Infrastruktur und Leistungsbereiche. Die Standort- und Kapazitätsplanungen sollten im Rahmen der RSG vorgenommen werden. Bei der Planung der Kapazitäten und der Erreichbarkeit waren Akutgeriatrie sowie Remobilisation gemeinsam zu betrachten. Laut ÖSG 2017 sollten überwiegend nicht zusätzliche Betten geschaffen, sondern bestehende umgewidmet werden.

Gemäß Gesundheitsministerium sei entsprechend den ÖSG–2017–Planungsrichtwerten von einem Bedarf zwischen rd. 2.200 und 3.600 Akutgeriatrie–Betten im Jahr 2025 auszugehen. Geplant seien gemäß RSG–Monitoring mit Planungshorizont 2025 insgesamt 2.183 Betten. Auch im Hinblick auf die zu erwartende demografische Entwicklung sei – je nach Land unterschiedlich – ein weiterer Aufbau von Akutgeriatrie–Kapazitäten erforderlich. Die Versorgungsdichte bei Remobilisations–Betten stagniere.

Den ÖSG 2023 beschloss die Bundes–Zielsteuerungskommission im Dezember 2023; er sah für die Akutgeriatrie und die Remobilisation jeweils vor allem eine Änderung zu den Planungsrichtwerten vor¹⁵.

(4) Das Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation (in der Folge: **Prozesshandbuch**), auf das der ÖSG 2017 verwies, wurde von der Gesundheit Österreich GmbH 2013 erstellt und 2017 aktualisiert. Es enthielt u.a. Rahmenempfehlungen zu den wesentlichen Prozessen in der Akutgeriatrie und sollte die Einrichtungen in der Abwicklung und Gestaltung ihrer Abläufe unterstützen. Durch die Vorgabe von standardisierten Arbeitsabläufen, Verfahren und Methoden sollten Prozesssicherheit und –qualität erhöht werden.¹⁶

(5) Einrichtungen der Akutgeriatrie und der Remobilisation wurden im Rahmen der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (**LKF**) in Form von pauschalen Tagessätzen finanziert. Dafür legte das LKF–Modell bestimmte Voraussetzungen fest, z.B. Erfüllung der Qualitätskriterien laut ÖSG, Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform, Führung einer eigenen Kostenstelle mit einem speziellen Funktionscode und Erfüllung der im LKF–Modell festgelegten quantitativen Personalkennzahlen (z.B. ärztliche Vollzeitäquivalente (**VZÄ**) je Bett). Die Personalanforde-

¹⁵ Bettenmessziffer (Betten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner): Akutgeriatrie: nunmehr Bettenmessziffer 2019: 0,20 statt bisher Bettenmessziffer 2018: 0,21; Remobilisation: „Mindestwert“ nunmehr 0,03 statt bisher 0,04

¹⁶ [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie-Remobilisation-\(AG-R\)-und-Remobilisation-Nachsorge-\(RNS\)-in-Oesterreich.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie-Remobilisation-(AG-R)-und-Remobilisation-Nachsorge-(RNS)-in-Oesterreich.html) (abgerufen am 23. September 2024)

rungen für die Akutgeriatrie waren höher als in der Remobilisation; so mussten Akutgeriatrien z.B. mehr ärztliches Personal und – anders als in der Remobilisation – auch Sozialarbeit vorhalten (TZ 12). Während das LKF-System für Akutgeriatrien die Aufenthaltsdauer nicht begrenzte, konnten Remobilisations-Einrichtungen für einen Aufenthalt maximal 28 Belagstage abrechnen.

Nachdem die Tagessätze und die Personalvorgaben zwischen Akutgeriatrie und Remobilisation bis 2016 große Unterschiede aufwiesen, verringerten sich beide ab 2017 (deutlich).¹⁷ Laut Gesundheit Österreich GmbH sollte es dadurch möglich sein, „die in der Vergangenheit beobachtete ökonomisch motivierte Konkurrenzierung dieser beiden Angebote zu reduzieren“.

- 2.2 Der RH hielt fest, dass sowohl die Akutgeriatrie als auch die Remobilisation Versorgungsbereiche in Krankenanstalten für Patientinnen und Patienten mit multidimensionalem Versorgungsbedarf darstellten und für die Betreuung und Remobilisation – wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung – interdisziplinäre Teams vorgesehen waren. Die LKF-Abrechnung erfolgte nach pauschalen Tagessätzen. Bei der Planung der Kapazitäten und der Erreichbarkeit waren Akutgeriatrie und Remobilisation gemeinsam zu betrachten.

Der RH wies darauf hin, dass laut ÖSG-Definition ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Versorgungsbereichen die Patienten-Zielgruppe war: In der Akutgeriatrie sollten geriatrische Patientinnen und Patienten (multimorbid und/oder gebrechlich) behandelt werden, in der Remobilisation Patientinnen und Patienten jeden Alters mit erhöhter Belagsdauer nach einer Erstbehandlung.

Wie die nachfolgenden RH-Analysen u.a. zeigen,

- waren die Versorgungsangebote in den Bereichen Akutgeriatrie sowie Remobilisation in Österreich heterogen (TZ 4),
- war laut bisherigen demografischen Entwicklungen und künftigen Prognosen österreichweit und damit auch in Niederösterreich und in der Steiermark mit einem starken Anstieg an Personen ab 75 Jahren (TZ 3) zu rechnen und
- war am Beispiel niederösterreichischer und steiermärkischer Krankenanstalten erkennbar, dass eine klare Abgrenzung der beiden Versorgungsbereiche in der Praxis nur bedingt möglich bzw. zweckmäßig war (TZ 9, TZ 11, TZ 16).

- 2.3 Laut Stellungnahme der Stadt Graz (GGZ) werde im Bericht zutreffend festgestellt, dass „am Beispiel niederösterreichischer und steiermärkischer Krankenanstalten erkennbar [war], dass eine klare Abgrenzung der beiden Versorgungsbereiche in der Praxis nur bedingt möglich bzw. zweckmäßig war.“ Die Erfahrung der GGZ zeige, dass

¹⁷ z.B. 2016: Akutgeriatrie 282 LKF-Punkte; Remobilisation 167 LKF-Punkte; 2017: Akutgeriatrie 385 LKF-Punkte; Remobilisation 303 LKF-Punkte

der therapeutische Behandlungsbedarf der Remobilisations–Patientinnen und –Patienten jenem der Akutgeriatrie–Patientinnen und –Patienten weitgehend entspreche. Wesentlicher Unterschied sei das niedrigere durchschnittliche Alter. Die Akutgeriatrie sei für die Versorgung von Patientinnen und Patienten aller medizinischen Fachrichtungen vorgesehen und somit fachlich sehr breit ausgelegt.

Aus Sicht der GGZ sollten in erster Linie die gut etablierten und – wie es sich im Akutgeriatrie–Benchmarking seit Jahren zeige – sehr effektiven Akutgeriatrien zu einem definierten Anteil für jüngere Patientinnen und Patienten mit Bedarf an remobilisierenden Therapien zugänglich gemacht werden. Eine eigene Struktur für diese Patientinnen und Patienten, die sich im Wesentlichen durch einen mittleren Altersunterschied von vier bis fünf Jahren von Akutgeriatrie–Patientinnen und –Patienten unterscheiden würden, sei nicht zwingend notwendig. 15 % der auszubauenden Zahl der Akutgeriatrie–Betten sollten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten auch jüngeren Alters mit verlängerter Rekonvaleszenz, Bedarf an Remobilisation und stationärer Nachsorge geplant werden. Daraus folge, dass im RSG Steiermark 2030 für die GGZ zusätzlich zu den bestehenden 120 Akutgeriatrie–Betten 20 Akutgeriatrie–Betten für diese Zielgruppe geplant werden sollten.

Akutgeriatrie und Remobilisation in Österreich

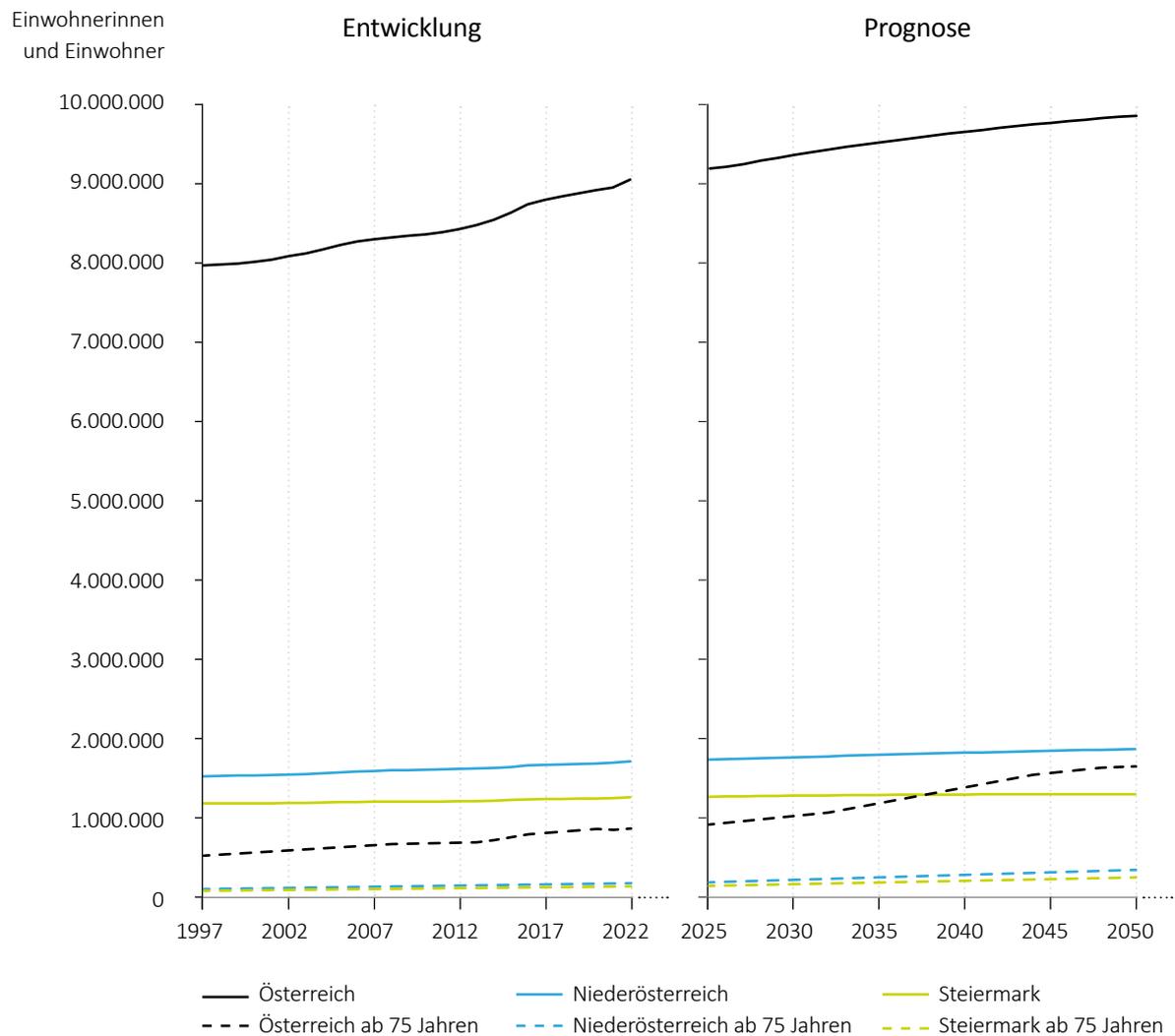
Demografische Entwicklung

- 3.1 (1) Die Zahl und der Anteil der Kinder und Jugendlichen in Österreich sanken in den vergangenen Jahren in vielen Regionen, während die ältere Bevölkerung zahlen- und anteilmäßig stieg.¹⁸

¹⁸ <https://www.oerok-atlas.at/oerok/files/summaries/16.pdf> (abgerufen am 23. September 2024)

Die folgende Abbildung stellt die Entwicklung der Bevölkerung gesamt und der Personen ab 75 Jahren von 1997 bis 2022 dar sowie die Prognose¹⁹ der Bundesanstalt „Statistik Österreich“ (in der Folge: **Statistik Austria**) von 2025 bis 2050 für Österreich, Niederösterreich und die Steiermark im Jahresdurchschnitt:

Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung und Prognose: Österreich, Niederösterreich und Steiermark



Quelle: Statistik Austria; Darstellung: RH

¹⁹ Die Abbildung zeigt die sogenannte „Hauptvariante“; diese stellt eine Kombination der mittleren Entwicklungspfade für die Prognoseparameter Fertilität, Mortalität und internationale Zuwanderung dar.

(2) Laut Statistik Austria wuchs die österreichische Bevölkerung von 1997 bis 2022 um 13,6 % und erreichte 2022 9,05 Mio. Personen. Im Vergleich dazu stieg die Zahl der Personen ab 75 Jahren²⁰ um 65,4 % auf 860.000. Ihr Anteil an der Bevölkerung betrug 2022 9,5 % (höchster Anteil in Kärnten: 11,1 %, niedrigster in Wien: 8,1 %).

In Niederösterreich und der Steiermark betrug das Bevölkerungswachstum im selben Zeitraum 12,2 % bzw. 6,4 % (Bevölkerung 2022: 1,71 Mio. bzw. 1,26 Mio.) und war somit niedriger als in Gesamtösterreich. Der Zuwachs an Personen ab 75 Jahren war in Niederösterreich mit 74,2 % um rund neun Prozentpunkte höher als in Gesamtösterreich, in der Steiermark entsprach er mit 65,2 % nahezu dem Österreichwert. In beiden Ländern war 2022 ein Zehntel der Bevölkerung 75 Jahre oder älter (Niederösterreich: rd. 175.000 Personen, Steiermark: rd. 131.200 Personen).

(3) Die Statistik Austria prognostizierte für den Zeitraum 2025 bis 2050 ein Wachstum der österreichischen Bevölkerung um 7,2 % (auf 9,86 Mio. Personen), für die Personen ab 75 Jahren einen Anstieg um 79,9 %. Der Anteil der Personen ab 75 Jahren würde 2050 16,6 % betragen; der höchste Anteil wurde für das Burgenland mit 20,9 % prognostiziert, der niedrigste für Wien (12,3 %).

Während die Wachstumsprognosen für Niederösterreich mit 7,6 % (auf 1,87 Mio. Personen) bzw. 82,4 % für Personen ab 75 Jahren etwas höher waren als in Gesamtösterreich, fielen sie für die Steiermark mit 2,3 % (auf 1,30 Mio. Personen) bzw. 76,4 % (deutlich) niedriger aus. Höher als in Gesamtösterreich sah die Prognose für 2050 in diesen beiden Ländern den Anteil der Personen ab 75 Jahren an der jeweiligen Bevölkerung mit 18,1 % bzw. 18,7 % vor.

(4) Neben der Entwicklung der Bevölkerungszahlen beeinflusste auch die Entwicklung der Lebenserwartung die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens bzw. bestimmter Versorgungsbereiche und Fachrichtungen (etwa der Inneren Medizin). Dabei betrachtete die Statistik Austria die sogenannte fernere Lebenserwartung.²¹ Diese bildete ab, wie lange eine Person in einem gewissen Alter und in welchem Gesundheitszustand noch leben wird. In die Berechnung flossen u.a. die jährlichen Sterbetafeln sowie Gesundheitsbefragungen²² der Bevölkerung ein.

²⁰ Auch die Gesundheit Österreich GmbH verwendete diese Altersgruppe in ihren Berechnungen und Darstellungen im ÖSG-Monitoring für Akutgeriatrie und Remobilisation.

²¹ Neben der Statistik Austria führte u.a. auch das Statistische Amt der Europäischen Union (Eurostat) Erhebungen zur Lebenserwartung durch. Die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungen konnten insbesondere aufgrund unterschiedlicher Methoden voneinander abweichen. Siehe dazu auch den RH-Bericht „Gesundheitsförderung und Prävention“ (Reihe Bund 2023/1, TZ 3) und https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2847/1/Gesunde%20Lebensjahre%20in%20%C3%96sterreich_bf.pdf (abgerufen am 23. September 2024).

²² Die Statistik Austria befragte im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2019 rd. 15.000 Personen ab 15 Jahren zu ihrem Gesundheitszustand.

Eine Begründung für die Entwicklung der Lebenserwartung konnte die Kompressionsthese liefern. Dieser These folgend bleiben Menschen, u.a. aufgrund der verbesserten allgemeinen Lebensbedingungen, länger gesund. Die (Multi-)Morbidity verschiebt sich in das höhere Lebensalter. Dieser These stand die Expansionsthese gegenüber. Diese ging davon aus, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts die Lebensjahre in Krankheit steigen. Die Leidensphasen werden länger und die Gesundheitskosten steigen.

(5) Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung ab 65 Jahren in Österreich von 1999 bis 2019, unterteilt in (sehr) gute (gesunde Lebensjahre), mittelmäßige und (sehr) schlechte Gesundheit:

Tabelle 1: Fernere Lebenserwartung ab 65 Jahren in Österreich

	Männer					Frauen				
	1999	2006	2014	2019	Veränderung 1999 bis 2019	1999	2006	2014	2019	Veränderung 1999 bis 2019
	in Jahren									
Gesundheitszustand										
(sehr) gut	6,9	8,7	11,4	9,3	+2,4	7,4	8,9	11,3	10,2	+2,8
mittelmäßig	5,9	6,0	5,3	6,5	+0,6	8,2	8,4	7,8	7,8	-0,4
(sehr) schlecht	2,8	2,5	1,5	2,5	-0,3	3,7	3,2	2,4	3,4	-0,3
fernere Lebenserwartung gesamt	15,6	17,2	18,2	18,3	+2,7	19,3	20,5	21,5	21,5	+2,2

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Statistik Austria

Laut Statistik Austria betrug die Lebenserwartung ab 65 Jahren 2019 für Männer 83,3 Jahre und für Frauen 86,5 Jahre.

(6) Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Lebenserwartung waren u.a. Inhalt einer internationalen Vergleichsstudie von 29 Staaten.²³ Diese zeigte für Österreich für das Jahr 2020 eine Verringerung der Lebenserwartung um 8,1 Monate im Vergleich zum Jahr 2019. Für das Jahr 2021 war ein Anstieg um 0,5 Monate zu verzeichnen. Somit hätte der Verlust an Lebensjahren in den Jahren 2020 und 2021 7,6 Monate betragen.

3.2 Der RH wies auf die dynamische Entwicklung der Bevölkerung ab 75 Jahren in Österreich hin. Diese Altersgruppe würde in Niederösterreich und der Steiermark laut einer Prognose der Statistik Austria von 2025 bis 2050 um rd. 82 % bzw. rd. 76 % wachsen und dann bis zu rd. 19 % der jeweiligen Bevölkerung umfassen. Damit würde sich ihr Anteil an der Bevölkerung bis 2050 im Vergleich zu 2022 beinahe

²³ <https://www.nature.com/articles/s41562-022-01450-3> und <https://science.apa.at/power-search/9037471149163949844> (beide abgerufen am 23. September 2024)

verdoppeln. Die Entwicklungen der Bevölkerungszahlen und der Lebenserwartung beeinflussten die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens bzw. bestimmter Versorgungsbereiche und Fachrichtungen (etwa der Inneren Medizin).

Der RH hielt allerdings fest, dass bei der Entwicklung der Lebenserwartung auch der Verlauf der gesunden Lebensjahre zu berücksichtigen war. Die Lebensjahre in (sehr) gutem Gesundheitszustand betragen laut Statistik Austria 2019 ab einem Alter von 65 Jahren für Männer 9,3 Jahre bzw. für Frauen 10,2 Jahre und erhöhten sich gegenüber 1999 um 2,4 Jahre bzw. 2,8 Jahre. Die Zahl der Lebensjahre in einem mittelmäßigen bzw. in einem (sehr) schlechten Gesundheitszustand blieb bei Männern und Frauen gegenüber 1999 nahezu unverändert. Durch den Anstieg der Personen ab 75 Jahren erhöhte sich die Anzahl der älteren Menschen mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand. Dies war in der Regel mit einem erhöhten Behandlungs- und Betreuungsbedarf verbunden.

Versorgungsangebot

- 4.1 (1) Die Anfänge der Akutgeriatrie in Österreich reichten bis Ende der 1990er Jahre zurück. Einem Konzeptpapier der Gesundheit Österreich GmbH aus 2008 zufolge war die Einführung des neuen Versorgungsbereichs darin begründet, dass geriatrische Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus aufgrund der nicht auf ihren Bedarf ausgerichteten Strukturen gleichzeitig unter- und übertversorgt gewesen seien. Überdies seien die Strukturen und Instrumente für eine bedarfsgerechte Versorgung dieser Patientinnen und Patienten – vor allem das interdisziplinäre Team und das geriatrische Assessment (TZ 12, TZ 16) – in einer auf einen nicht-geriatrischen Schwerpunkt ausgerichteten Abteilung nicht verwirklichtbar.

(2) Der ÖSG 2006 enthielt erstmals Strukturen für den Versorgungsbereich Remobilisation. Damit sollten – so eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH aus 2008 – eine „zweite Versorgungsstufe“ und ein adäquates Angebot für noch nicht entlassungsfähige Patientinnen und Patienten geschaffen und gleichzeitig eine Entlastung der Akutbetten in den Fachabteilungen durch Verkürzung der Verweildauer erreicht werden. Erste Remobilisations-Betten gab es in Österreich im Jahr 2007.

(3) Im Zeitraum 2002 bis 2022 stellte sich die Entwicklung u.a. der Standort- und Bettenzahlen, der Auslastung sowie des durchschnittlichen Patientenalters in der Akutgeriatrie und Remobilisation in Österreich wie folgt dar:

Tabelle 2: Akutgeriatrie und Remobilisation in Österreich

Österreich	2002	2012	2018	2019	2020	2021	2022
	Anzahl						
Akutgeriatrie							
Standorte	11	44	49	51	49	49	52
tatsächliche Betten ¹	255	1.465	1.690	1.698	1.639	1.621	1.668
Auslastung in %	84,9	91,9	89,5	91,5	78,1	78,4	79,3
durchschnittliches Patientenalter in Jahren	– ²	– ²	78,7	80,0	79,5	79,2	79,7
tatsächliche Betten ¹ pro 10.000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren	4,26	21,53	20,45	20,11	19,25	19,19	19,40
Remobilisation							
Standorte	–	9	11	13	14	13	13
tatsächliche Betten ¹	–	188	256	284	264	212	199
Auslastung in %	–	83,3	79,7	82,2	63,6	63,5	65,2
durchschnittliches Patientenalter in Jahren	–	– ²	75,0	75,1	74,8	75,7	76,1
tatsächliche Betten ¹ pro 10.000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren ³	–	2,76	3,10	3,36	3,10	2,51	2,31
tatsächliche Betten ¹ pro 10.000 EinwohnerInnen ⁴	–	0,22	0,29	0,32	0,30	0,24	0,22
Akutgeriatrie und Remobilisation – Betten gesamt	255	1.653	1.946	1.982	1.903	1.833	1.867

¹ Dabei handelt es sich um die Betten, die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren, unabhängig davon, ob sie belegt waren oder nicht. Tagesklinikplätze sind nicht enthalten.

² Daten in der Diagnosen- und Leistungsdokumentation für Analysen im Gesundheitswesen (**DIAG**) waren dazu nicht verfügbar.

³ Diese Kennzahl verwendete auch die Gesundheit Österreich GmbH bei ihrem regelmäßigen Monitoring sowohl für die Akutgeriatrie als auch für die Remobilisation.

⁴ Da die Remobilisation nicht auf bestimmte „Altersgruppen“ abstellt, wurde diese weitere Kennzahl gewählt.

Quellen: DIAG; Statistik Austria

Bei den Betten wird zwischen systemisierten²⁴ und tatsächlichen Betten unterschieden. Im Folgenden verwendet der RH den Begriff „Betten“ für die tatsächlichen Betten; falls erforderlich, weist er auf systemisierte Betten explizit hin.

In Österreich gab es deutlich mehr akutgeriatrische Standorte und Betten (2022: 52 und 1.668) als Remobilisations-Standorte und –Betten (2022: 13 und 199). Ab 2019

²⁴ systemisierte Betten: u.a. Betten, die durch sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt sind (etwa mit Bescheid bewilligte Betten oder Betten in genehmigten Anstaltsordnungen); siehe dazu https://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Erlaeuterungen.pdf (abgerufen am 24. September 2024)

sank das Bettenangebot – möglicherweise auch bedingt durch die COVID-19-Pandemie –, 2022 war nur in der Akutgeriatrie wieder ein Anstieg erkennbar.

Das Versorgungsangebot bzw. dessen Entwicklung war in den Ländern unterschiedlich:

- Die Steiermark (ab 2002) sowie fünf andere Länder²⁵ verfügten seit rd. 20 Jahren über akutgeriatrische Betten. Im Jahr 2022 bewegte sich die Zahl dieser Betten zwischen 156 (Tirol) und 381 (Wien), in der Steiermark waren es 332 Betten. Diese Länder (mit Ausnahme Tirol) hielten – im Laufe der Jahre teilweise²⁶ bzw. in deutlich geringerem Ausmaß – auch Remobilisations-Betten vor, in der Steiermark waren es 2022 zehn Betten.
- In Niederösterreich wurden bis 2021 und in Vorarlberg bis 2022 nur Remobilisations-Betten vorgehalten (2022: Niederösterreich 37²⁷, Vorarlberg: 92). Ab Oktober 2022 gab es in Niederösterreich erstmals Akutgeriatrie-Betten (**TZ 8**).
- Das Burgenland hielt erstmals 2022 sechs akutgeriatrische Betten und bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Remobilisations-Betten vor.

(4) Obwohl Remobilisationen nach ihrer Definition für alle Altersgruppen offen waren, war das durchschnittliche Patientenalter in diesen Einrichtungen österreichweit etwa 2022 mit rd. 76 Jahren nur um knapp vier Jahre niedriger als in Akutgeriatrien (rd. 80 Jahre). In den Ländern war das durchschnittliche Patientenalter unterschiedlich und bewegte sich zwischen rd. 68 Jahren (Salzburg) und rd. 78 Jahren (in Niederösterreich und Vorarlberg).

(5) Die Zahl der tatsächlichen Betten je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 Jahren war in der Akutgeriatrie 2022 mit 46,2 Betten in Kärnten und in der Remobilisation mit 26,0 Betten in Vorarlberg am höchsten. Im Österreichschnitt lagen die Werte bei 19,4 (Akutgeriatrie) bzw. 2,3 (Remobilisation).

Die Auslastung der Betten war österreichweit seit den ersten Remobilisations-Betten im Jahr 2007 bis 2022 in den Akutgeriatrien um durchschnittlich zwölf Prozentpunkte höher als in den Remobilisations-Einrichtungen. In Niederösterreich und in Vorarlberg lag die Auslastung der Remobilisationen mehrheitlich bzw. teilweise unter dem Österreichschnitt; dies, obwohl diese beiden Länder bis 2021 bzw. 2022 über keine (zusätzlichen) akutgeriatrischen Strukturen verfügten. Die österreichweiten Auslastungsrückgänge ab 2020 könnten auch mit der COVID-19-Pandemie zusammenhängen.

²⁵ Wien (ab 2001); Oberösterreich (ab 2002); Tirol, Kärnten und Salzburg (ab 2004)

²⁶ So gab es z.B. in Kärnten Remobilisations-Betten im Jahr 2007 (sieben Betten) und im Zeitraum 2010 bis 2015 (jeweils 15 Betten) oder in Salzburg erst ab 2020 (2020: acht, 2021: zehn, 2022: acht Betten).

²⁷ von Jänner bis Oktober 2023: 69 Betten (**TZ 11**)

(6) Neben den in Tabelle 2 dargestellten „vollstationären“ Betten betrieben einige Krankenanstalten in Österreich (z.B. in der Steiermark, TZ 9) auch geriatrische Tageskliniken mit ambulanten Betreuungsplätzen. Geriatrische Patientinnen und Patienten konnten dabei im gewohnten (Wohn-)Umfeld bleiben und trotzdem tagsüber ein multiprofessionelles Therapieangebot wahrnehmen. Darüber hinaus gab es eine Reihe anderer Versorgungsangebote, z.B. die mobile geriatrische Remobilisation etwa in der Steiermark, in Kärnten und in Oberösterreich (TZ 8).

(7) Das Gesundheitsministerium erachtete eine Weiterentwicklung dieser beiden Versorgungsbereiche – schon aufgrund der demografischen Entwicklung bzw. des medizinischen Fortschritts – für notwendig. Es unterstütze eine einheitlichere Vorgangsweise in Bezug auf die Verteilung von Akutgeriatrien sowie Remobilisationen. Die Arbeitsgruppe Gesundheitsplanung überlege, sich mit dem Thema „Gesamtbetrachtung AG/R und RNS“²⁸ zu befassen.

- 4.2 Der RH hielt fest, dass sich die Versorgungsangebote in den Bereichen Akutgeriatrie und Remobilisation in Österreich in den vergangenen 20 Jahren stark erhöhten, unterschiedlich entwickelten und heterogen waren. Während die Steiermark und fünf andere Länder seit rd. 20 Jahren ausschließlich oder überwiegend Akutgeriatrie-Betten vorhielten, gab es in Niederösterreich bis 2021 nur Remobilisations-Betten. Vorarlberg hielt ausschließlich Remobilisations-Betten vor, das Burgenland erstmals 2022 Akutgeriatrie-Betten.

Der RH wies darauf hin, dass die in der Remobilisation betreuten Patientinnen und Patienten – obwohl sie im Unterschied zur Akutgeriatrie für jedes Alter offen war – etwa 2022 österreichweit durchschnittlich rd. 76 Jahre alt waren und damit nur um knapp vier Jahre jünger als Patientinnen und Patienten in den Akutgeriatrien. Die Auslastung war in den Akutgeriatrien durchgängig höher als in den Remobilisations-Einrichtungen und sank in beiden Versorgungsbereichen 2020 und 2021 möglicherweise auch infolge der COVID-19-Pandemie. 2022 war wieder ein merklicher Anstieg erkennbar.

Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium eine Weiterentwicklung dieser beiden Versorgungsbereiche für notwendig erachtete. Es unterstütze eine einheitlichere Vorgangsweise in Bezug auf die Verteilung von Akutgeriatrien sowie Remobilisationen und überlege, sich mit dem Thema „Gesamtbetrachtung AG/R und RNS“ zu befassen.

Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in TZ 7 zu einer umfassenden Analyse der Akutgeriatrie und der Remobilisation etwa im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit der ÖSG-Definitionen und deren Abgrenzung oder

²⁸ **AG/R** = Akutgeriatrie/Remobilisation, **RNS** = Remobilisation und Nachsorge

die jeweils tatsächlich versorgten bzw. idealerweise zu versorgenden Patientengruppen sowie die jeweiligen Versorgungsaufträge.

- 4.3 Laut Stellungnahme der Stadt Graz (GGZ) seien die Akutgeriatrie–Tageskliniken ein zentrales Versorgungselement in der geriatrischen Versorgung, um stationäre Behandlungskapazitäten möglichst zielgerichtet nur für jene Patientinnen und Patienten einzusetzen, die tatsächlich einer vollstationären Behandlung bedürften. Tagesklinische Akutgeriatrie–Versorgungsplätze sollten insbesondere in den urbanen Bereichen, in denen Patientinnen und Patienten kurze Wegstrecken in die Tagesklinik hätten, in einer definierten Maßzahl in Relation zu den stationären Akutgeriatrie–Kapazitäten geplant werden. Aus langjähriger Beobachtung von Patienten–Anmeldungen und Wartelisten–Dynamik wären zu den derzeit 120 stationären Akutgeriatrie–Plätzen in den GGZ 20 Akutgeriatrie–Tagesklinikplätze bedarfsadäquat. Zur Zeit der Stellungnahme stünden 15 Akutgeriatrie–Tagesklinikplätze zur Verfügung.

Akutgeriatrie und Remobilisation in Niederösterreich und in der Steiermark

Versorgungsangebot

- 5.1 (1) Laut Krankenanstaltenrecht²⁹ und ÖSG 2017 konnten Krankenanstalten die zwei Versorgungsbereiche Akutgeriatrie und Remobilisation entweder als Abteilung oder als Department im Rahmen von bestimmten Abteilungen (z.B. Innere Medizin) vorhalten.³⁰ Laut Gesundheitsministerium sei es auch möglich, eine Abteilung oder ein Department für beide Versorgungsbereiche gemeinsam einzurichten oder Akutgeriatrie– bzw. Remobilisations–Betten mit einem eigenen Funktionscode, etwa im Rahmen einer Internen Abteilung, vorzuhalten.³¹

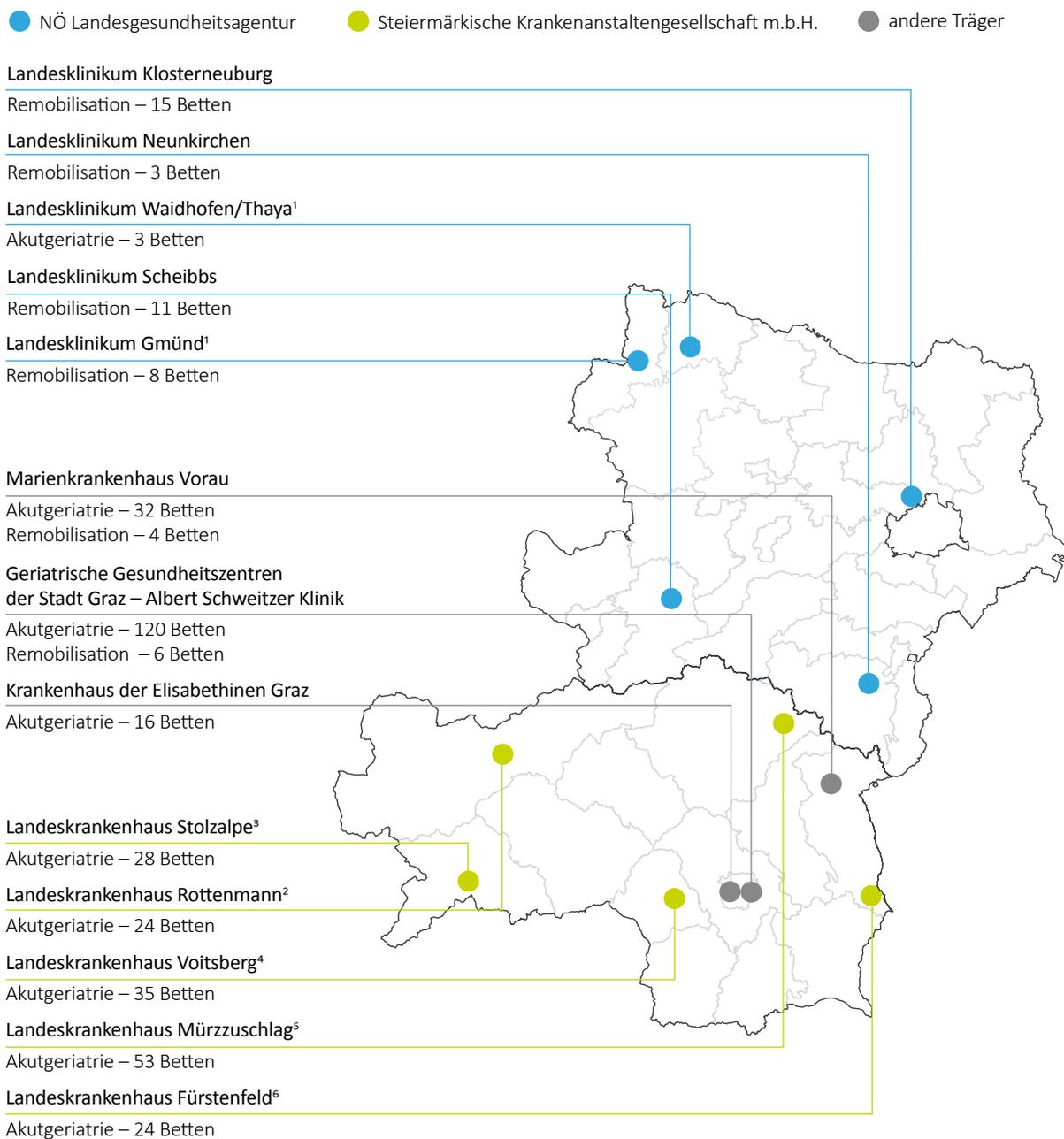
(2) Das Versorgungsangebot in der Akutgeriatrie und in der Remobilisation (Betten und Standorte) stellte sich 2022 in Niederösterreich (insgesamt 40 Betten) und in der Steiermark (insgesamt 342 Betten) wie folgt dar:

²⁹ z.B. § 2a Abs. 5 Z 1 und § 2b Abs. 2 Z 1 Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz, BGBl. 1/1957 i.d.g.F.: Department für Akutgeriatrie im Rahmen von Internen oder neurologischen Abteilungen, Department für Remobilisation u.a. im Rahmen von Internen oder orthopädischen Abteilungen

³⁰ Die grundsatzgesetzliche Vorgabe in § 2a Abs. 5 Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz, Departments nur in begründeten Ausnahmefällen einzurichten, war im Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012, LGBl. 111/2012 i.d.g.F. – im Unterschied zum NÖ Krankenanstaltengesetz, LGBl. 9440–0 i.d.g.F. – nicht ausgeführt.

³¹ Das Gesundheitsministerium verwies auf die analoge Anwendung des § 6 Abs. 7 Z 1 Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz.

Abbildung 3: Akutgeriatrie und Remobilisation in Niederösterreich und in der Steiermark, tatsächliche Betten 2022



Akutgeriatrie = Versorgungsbereich Akutgeriatrie/Remobilisation
 Remobilisation = Versorgungsbereich Remobilisation und Nachsorge

¹ gehört zu: Landeskrankenhaus Gmünd–Waidhofen/Thaya–Zwettl

⁴ gehört zu: Landeskrankenhaus Weststeiermark

² gehört zu: Krankenanstaltenverbund Rottenmann–Bad Aussee

⁵ gehört zu: Landeskrankenhaus Hochsteiermark

³ gehört zu: Landeskrankenhaus Murtal

⁶ gehört zu: Krankenhausverbund Feldbach–Fürstenfeld

– Die tatsächlichen Remobilisations–Betten sanken in Niederösterreich von 2018 bis 2022 von 94 auf 37 Betten (systemisiert waren in diesen Jahren 97 Betten). Die Reduktion fand u.a. in den Landeskliniken Neunkirchen (-28) und Gmünd (-16) statt. Siehe dazu TZ 11.

– Das Landeskrankenhaus Waidhofen/Thaya hielt ab Oktober 2022 zwölf Akutgeriatrie–Betten vor; bezogen auf das Jahr 2022 wies die DIAG daher drei Akutgeriatrie–Betten im Jahresdurchschnitt aus.

Quellen: DIAG; BMSGPK; Darstellung: RH

In Niederösterreich gehörten alle Remobilisations-Einrichtungen zur NÖ Landesgesundheitsagentur. In der Steiermark hielten neben KAGes-Krankenanstalten und den GGZ auch zwei Ordensspitäler Akutgeriatrie- bzw. Remobilisationsbetten vor.

Pro 10.000 Personen ab 75 Jahren gab es in Niederösterreich 2022 0,2 Akutgeriatrie-Betten und 2,1 Remobilisations-Betten, in der Steiermark 25,3 und 0,8 (Österreichschnitt 2022: 19,4 bzw. 2,3 Betten). In beiden Ländern waren diese Betten zur Zeit der Gebärungsüberprüfung überwiegend als Stationen oder als Departments von Internen Abteilungen der jeweiligen Krankenanstalt eingerichtet, z.B. im Landeskrankenhaus (**LK**) Gmünd als Abteilung. Ab September 2023 betrieb die KAGes ein Remobilisations-Department im Landeskrankenhaus (**LKH**) Bad Radkersburg mit 15 Betten (Stand November 2023) als Pilotprojekt (TZ 7, TZ 8).

(3) Im Marienkrankenhaus Vorau gab es laut Website ein gemeinsames Department für Akutgeriatrie und Remobilisation. Im Jahr 2022 etwa waren dort gemäß der Diagnosen- und Leistungsdokumentation für Analysen im Gesundheitswesen (**DIAG**) elf Betten mehr aufgestellt als systemisiert.

Laut Land Steiermark gebe es für diesen Standort, zusätzlich zu einem Bescheid aus 2005 für ein Department für Akutgeriatrie, einen Antrag aus 2015 für eine Abteilung „Akutgeriatrie und RNS“. Im Jänner 2024 schränkte der Krankenanstaltenträger diesen bis dahin unerledigten Antrag aus 2015 auf ein Department für „AG/RNS“ ein. Ende Jänner 2024 erteilte das Land Steiermark die Bewilligung für ein Department für „Akutgeriatrie und RNS“.³² Die DIAG wies für diese Krankenanstalt neben Akutgeriatrie-Aufenthalten seit 2013 auch zwischen 200 (2013) und acht (2022) Remobilisations-Aufenthalte aus.

Gemäß dem Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetz 1991³³ waren die Behörden verpflichtet, über Anträge von Parteien spätestens sechs Monate nach Einlangen den Bescheid zu erlassen.

(4) Internationale Studien bzw. Fachliteratur³⁴ zeigten einen Mehrwert akutgeriatrischer Behandlungen älterer Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Krankheitsbild bzw. Remobilisationspotenzial gegenüber einer Versorgung in Bereichen, die nicht auf diese Personengruppe spezialisiert waren. Dies betraf u.a. die Möglichkeit, wieder in das häusliche Umfeld zurückzukehren.

³² In der Bescheidbegründung wurde zwischen Akutgeriatrie- und Remobilisationsbetten unterschieden.

³³ BGBl. 51/1991 i.d.g.F., § 73 Abs. 1

³⁴ siehe dazu z.B. *Ellis et al.*, Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews 2017; *Prestmo et al.*, Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial, The Lancet 2015

Seit 2008 betrieb die JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH zur Qualitätssicherung ein für die Mitglieder offenes, träger- und bundesländerübergreifendes Benchmarking-System für Akutgeriatrien und wertete eine Reihe von Kennzahlen aus. An der Datenerhebung nahmen auch KAGes-Krankenanstalten und die GGZ teil. Dieses Benchmarking-System zeigte etwa auf Basis des Barthel-Index³⁵ für die Steiermark 2022 eine deutliche Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit von Patientinnen und Patienten im Laufe eines akutgeriatrischen Aufenthalts.³⁶

(5) In Niederösterreich und in der Steiermark gab es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung auch Nachsorgemöglichkeiten in Pflegeheimen nach akutstationären Aufenthalten. In der Steiermark startete im August 2023 das Pilotprojekt „Übergangspflege“ im Landespflegezentrum Mürzzuschlag mit maximal 26 Plätzen (TZ 8).

Im Unterschied dazu wurden in Niederösterreich seit Jahren rehabilitative Übergangspflegeplätze vorgehalten. Im Jahr 2022 waren es etwa in Übergangspflegezentren 336 Übergangspflegeplätze, davon rd. 270 von der NÖ Landesgesundheitsagentur. Hier gab es etwa keine mit Akutgeriatrien bzw. Remobilisationen vergleichbare medizinische Betreuung, die Übergangspflegegäste (in der Folge: **Pflegegäste**) mussten zur Finanzierung beitragen (TZ 13 bis TZ 15).

(6) Die Sonderkrankenanstalt Lebens.Med Zentrum Bad Erlach für (onkologische) Rehabilitation und Remobilisation in der Nähe von Wiener Neustadt (in der Folge: **Sonderkrankenanstalt**) hielt 60 dem LK Wiener Neustadt angegliederte Betten vor. Deren fachliche Zuordnung war den zugrunde liegenden Bescheiden zufolge widersprüchlich, die Leistungen wurden nicht als Remobilisations-Leistungen nach dem LKF-System abgerechnet (TZ 6).

5.2 Der RH hielt fest, dass Niederösterreich über 336 rehabilitative Übergangspflegeplätze in Übergangspflegezentren verfügte, jedoch im Unterschied etwa zur Steiermark und zu fünf anderen Ländern bis September 2022 über keine Akutgeriatrie-Betten (TZ 4). Darüber hinaus war die Anzahl der Remobilisations-Betten rückläufig und belief sich 2022 auf 37 Betten (2018: 94 Betten).³⁷ Weiters zeigten Analysen von Krankenhausaufenthalten mit konservativen Behandlungen³⁸ in mehreren besonders betroffenen Fachbereichen, dass es in Niederösterreich etwa 2019 um 10 %

³⁵ Der Barthel-Index ist ein Verfahren zur systematischen Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen (z.B. Essen, Baden, Körperpflege, Mobilität). Siehe dazu <https://flexikon.doccheck.com/de/Barthel-Index> (abgerufen am 24. September 2024).

³⁶ Ende Dezember 2023 wurde der „Akutgeriatriebericht 2022“ veröffentlicht. In diesem auf Basis von Benchmarking-Daten erstellten Bericht „werden die typisch akutgeriatriische Patientin und der typisch akutgeriatriische Patient“ u.a. anhand des Geriatriischen Assessments (z.B. Barthel-Index) beschrieben. Siehe <https://geriatrie-online.at/akutgeriatriebericht-2022/> (abgerufen am 24. September 2024).

³⁷ Jänner bis Oktober 2023: 69 Betten (TZ 11)

³⁸ Davon umfasst sind nach Hauptdiagnosegruppen abgerechnete Aufenthalte (ohne Aufenthalte mit (zumeist operativer) Einzelleistung und ohne Aufenthalte in speziellen Einheiten, wie für die Nachbetreuung nach Schlaganfällen oder in Akutgeriatrien).

mehr Krankenhausaufenthalte mit mindestens 14 Belagstagen bei ab 75-Jährigen gab als in der Steiermark (TZ 17).

Die rehabilitative Übergangspflege in niederösterreichischen Pflegeheimen unterschied sich von Akutgeriatrien und Remobilisationen u.a. durch eine nicht vergleichbare medizinische Betreuung und die Mitfinanzierung durch die Pflegegäste. Die Widmung von 60 Betten in einer Sonderkrankenanstalt, die dem LK Wiener Neustadt angegliedert waren, erschien widersprüchlich. Die dortigen Leistungen wurden nicht als Remobilisations-Leistungen nach dem LKF-System abgerechnet.

Der RH verwies auf seine Empfehlung an die Länder Niederösterreich und Steiermark sowie die beiden Gesundheitsfonds in TZ 7, ein längerfristiges, alle Angebote umfassendes Gesamtkonzept bzw. eine Gesamtstrategie für die optimale, effektive Versorgung insbesondere von geriatrischen Patientinnen und Patienten am Best Point of Service zu entwickeln.

Der RH hielt fest, dass das Marienkrankenhaus Voralpe laut seiner Website ein Department für Akutgeriatrie und Remobilisation betrieb, während ein Bescheid aus 2005 nur ein Department für Akutgeriatrie auswies. Er kritisierte, dass ein Antrag aus 2015 an das Land Steiermark für eine Abteilung „Akutgeriatrie und RNS“ – entgegen dem Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – über acht Jahre unerledigt blieb. Nach einer Einschränkung dieses Antrags im Jänner 2024 bewilligte das Land Steiermark ein Department für „Akutgeriatrie und RNS“ Ende Jänner 2024. Die DIAG wies für diese Krankenanstalt neben Akutgeriatrie-Aufenthalten seit 2013 auch zwischen 200 (2013) und acht (2022) Remobilisations-Aufenthalte aus.

Der RH wies darauf hin, dass das Krankenanstaltenrecht, der ÖSG und das LKF-System Akutgeriatrie sowie Remobilisation als zwei getrennte Versorgungsbereiche mit teilweise unterschiedlichen Anforderungen festlegten, jedoch der RSG Steiermark 2025 auch noch in der Version vom Februar 2019 – anders als im ÖSG 2017 vorgesehen – Akutgeriatrie- und Remobilisations-Betten gemeinsam auswies (TZ 2, TZ 7).

Der RH verwies auf seine Empfehlung an den Gesundheitsfonds Steiermark in TZ 7, auf die Entwicklung eines vorgabenkonformen RSG hinzuwirken.

In TZ 13 und TZ 16 analysiert der RH, ob bzw. inwiefern die beiden niederösterreichischen Strukturen (Übergangspflege, angegliederte Betten einer Sonderkrankenanstalt) im Zeitraum 2018 bis 2022 mit Akutgeriatrien und Remobilisationen vergleichbare Leistungen erbrachten.

- 5.3 Die Marienkrankenhaus Voralpe Gemeinnützige GmbH führte in ihrer Stellungnahme aus, dass dem RH möglicherweise nicht der vollständige Behördenakt vorliege. Mit Errichtungs- und Betriebsbewilligungsbescheid des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung vom 2. November 2005 seien die Errichtung einer „Station für Remobilisation“ und die Einrichtung eines „Departments für Akutgeriatrie und Remobilisation“ bewilligt worden. Im Jahr 2015 sei beantragt worden, diese seit 2005 als Department der Abteilung für Innere Medizin geführte Einheit für „Akutgeriatrie und Remobilisation“ in eine Abteilung für „Akutgeriatrie und RNS“ zu ändern. Nachdem dieser Antrag trotz regelmäßiger Urgenz längere Zeit nicht bearbeitet worden sei, sei im Jänner 2024 der Antrag wieder auf die Organisationsform eines Departments der Abteilung für Innere Medizin reduziert worden, weil die immer schwierigere Personalsituation eine größere Flexibilität erfordere; „Internistinnen und Internisten“ würden eher Stellen annehmen, bei denen sie sowohl in der akuten Inneren Medizin als auch in der Akutgeriatrie und Remobilisation tätig sein könnten.
- 5.4 Der RH stellte gegenüber der Marienkrankenhaus Voralpe Gemeinnützige GmbH klar, dass er in seinem Bericht durchgängig für den Versorgungsbereich „Akutgeriatrie/Remobilisation“ bzw. „AG/R“ die Bezeichnung „Akutgeriatrie“ verwendete, für den Versorgungsbereich „Remobilisation und Nachsorge“ bzw. „RNS“ die Bezeichnung „Remobilisation“. Strukturen für den Versorgungsbereich Remobilisation enthielt erstmals der ÖSG 2006. Laut DIAG gab es erste Remobilisations-Betten in Österreich im Jahr 2007, in der Steiermark 2013.

Der RH verwies auf die von der Marienkrankenhaus Voralpe Gemeinnützige GmbH und vom RH beschriebene und der Bewilligung aus 2024 vorausgegangene Entwicklung der Organisationsform im Bereich Akutgeriatrie und Remobilisation im Marienkrankenhaus Voralpe. Er hielt dazu neuerlich fest, dass die DIAG für das Marienkrankenhaus Voralpe neben Aufhalten für „Akutgeriatrie/Remobilisation“ seit 2013 auch zwischen 200 (2013) und acht (2022) Aufhalte für „Remobilisation und Nachsorge“ bzw. „RNS“ auswies, obwohl über den 2015 gestellten und 2024 geänderten Antrag auf eine Einheit für „Akutgeriatrie und RNS“ bzw. „AG/RNS“ erst 2024 entschieden wurde.

Angliederung von Betten der Sonderkrankenanstalt

6.1 (1) Im Dezember 2011 beantragte ein privater Betreiber die Vorabfeststellung des Bedarfs für die Errichtung der Sonderkrankenanstalt. Das Land Niederösterreich bestätigte den Bedarf u.a. an 60 Remobilisations-Betten mittels Bescheid im Juni 2012 und stützte sich dabei insbesondere auf positive Stellungnahmen des NÖGUS und der NÖ Landesklinikenholding (seit 1. Jänner 2020: NÖ Landesgesundheitsagentur).³⁹ Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (seit 1. Jänner 2020: Dachverband der Sozialversicherungsträger) gab damals eine ablehnende Stellungnahme ab und verwies u.a. auf die hohe Anzahl von Akutkrankenanstalten und -betten in Niederösterreich. Quantitative Aspekte zum Bedarf insbesondere an den Remobilisations-Betten – z.B. die mögliche Anzahl von Aufenthalten – enthielt der Bescheid nicht.

(2) Die NÖ Landesklinikenholding schloss im Jänner 2013 mit dem Betreiber der zu errichtenden Sonderkrankenanstalt einen Angliederungsvertrag zum LK Wiener Neustadt ab. Vertragsinhalte waren u.a. die Bereitstellung von 60 Remobilisations-Betten sowie die Übernahme der Pflege und Therapie von Patientinnen und Patienten einschließlich einer medizinischen Grundversorgung. Die fachärztliche Betreuung sollte das LK Wiener Neustadt durchführen.

Die NÖ Landesgesundheitsagentur begründete den Vertragsabschluss dem RH gegenüber u.a. damit, dass sie das LK Wiener Neustadt im Rahmen des Neubaus als „Standort der absoluten Akutversorgung“ plane.

(3) Das Land Niederösterreich erließ nach der Bedarfsfeststellung im Zusammenhang mit der Sonderkrankenanstalt 2013 bis 2016 u.a. folgende Bescheide:

Tabelle 3: Bescheide für die Sonderkrankenanstalt

Datum	Bescheidadressat	Inhalt
18. April 2013	Betreiber der Sonderkrankenanstalt	sanitätsbehördliche Errichtungsbewilligung; Anstaltszweck: „Remobilisation/Nachsorge (RNS)“ (60 Betten) und „Onkologische Rehabilitation“ (100 Betten)
23. September 2014		sanitätsbehördliche Betriebsbewilligung; Anstaltszweck: „Remobilisation/Nachsorge (RNS)“ (60 Betten) und „Onkologische Rehabilitation“ (100 Betten)
30. September 2014, 13. Juli 2016	Landeskrankenhaus Wiener Neustadt	Organisationsänderung; Bewilligung der dislozierten Führung von 60 interdisziplinären Betten

Quellen: Land Niederösterreich; NÖ Landesgesundheitsagentur

³⁹ Die Bedarfsprüfung erfolgte auf Grundlage der § 4 Abs. 5 und § 5 NÖ Krankenanstaltengesetz (LGBl. 9440–0 i.d.F. LGBl. 9940–31). Im Jahr 2017 wurde § 5 Abs. 4 NÖ Krankenanstaltengesetz durch LGBl. 93/2017 novelliert; seither war im Rahmen einer Bedarfsprüfung auch ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren (Gesundheits-)Planungsinstituts einzuholen.

Die NÖ Landesgesundheitsagentur bezeichnete die 60 Betten – bescheidkonform – als interdisziplinäre Betten und stellte diese u.a. im Bettenspiegel des LK Wiener Neustadt als solche dar. Die für diese Betten erbrachten Leistungen wurden nicht als Remobilisations–Leistungen nach dem LKF–System abgerechnet. Das ÖSG–Monitoring der Gesundheit Österreich GmbH für Akutgeriatrie und Remobilisation verwies hingegen auf eine Auskunft des Landes Niederösterreich, wonach 60 Remobilisations–Betten in der Sonderkrankenanstalt zur Verfügung stünden.

(4) Die NÖ Landesklinikenholding garantierte im Angliederungsvertrag eine 90 %ige Bettenauslastung. Das entsprach jährlich 19.710 garantierten Abrechnungstagen bzw. 19.764 Tagen in Schaltjahren. Die Zahl der abgerechneten Tage betrug 2015 bis 2022 zwischen 12.595 (2017) und 18.460 (2022) und lag damit jährlich um bis zu rd. 7.100 Tage unter den garantierten Abrechnungstagen. Daher hatte die NÖ Landesklinikenholding bzw. die NÖ Landesgesundheitsagentur im genannten Zeitraum für die Erfüllung der Auslastungsgarantie insgesamt 10,34 Mio. EUR an die Sonderkrankenanstalt zu zahlen, ohne Bettenbelegungen bzw. entsprechende Leistungen. Neben der Auslastungsgarantie vereinbarten die Vertragsparteien auch einen Kündigungsverzicht bis 30. September 2031. Ab 1. Oktober 2031 könnte der Vertrag zum Jahresende unter Einhaltung einer dreijährigen Frist gekündigt werden.

Laut NÖ Landesgesundheitsagentur bildeten die Auslastungsgarantie sowie der Kündigungsverzicht eine „zwingende Forderung“ des Vertragspartners aufgrund des Neubaus der Sonderkrankenanstalt. Zu einer möglichen Reduktion der Auslastungsgarantie verwies die NÖ Landesgesundheitsagentur dem RH gegenüber auf erfolglose Verhandlungsversuche mit dem Vertragspartner.

(5) Die Anzahl der Aufenthalte in den 60 angegliederten Betten in der Sonderkrankenanstalt betrug zwischen 2017 und 2022 insgesamt rd. 5.300. Sie schwankte dabei pro Jahr zwischen 799 (2021) und 931 (2017), 2022 belief sie sich auf 895 Aufenthalte. Die Auslastung betrug in diesem Zeitraum zwischen 53 % (2017) und 80 % (2022).⁴⁰ Die durchschnittliche Belagsdauer stieg von 2017 bis 2022 um sieben Tage auf 19,5 Tage.

(6) Im November 2015 nahm das LK Neunkirchen seinen Betrieb im Neubau auf (Spatenstich Juli 2013). Die Fahrtstrecke zwischen dem LK Wiener Neustadt, dem LK Neunkirchen und der Sonderkrankenanstalt beträgt jeweils rd. 15 km. Die Anzahl der (tatsächlichen) Remobilisations–Betten im LK Neunkirchen reduzierte sich von 2017 bis 2022 – auch in Zusammenhang mit der COVID–19–Pandemie – von 31 auf drei Betten.⁴¹ In diesem Zeitraum wurden dort insgesamt rd. 2.300 Remobilisations–

⁴⁰ Berechnung nach Belagstagen (DIAG); Auslastung gemäß den vertraglich vereinbarten Abrechnungstagen: zwischen 58 % (2017) und 84 % (2022)

⁴¹ Laut Auskunft der NÖ Landesgesundheitsagentur standen 2023 (Stand Ende November) zehn tatsächliche Remobilisations–Betten zur Verfügung.

Aufenthalte verzeichnet. Die Auslastung der Remobilisations-Betten (z.B. 2022: 59 %) lag – ebenso wie die Auslastung des gesamten LK Neunkirchen (z.B. 2022: 53 %) – 2017 bis 2022 durchgängig unter dem Österreichschnitt (2022: 65 % bzw. 70 %).

- 6.2 Der RH hielt fest, dass das Land Niederösterreich den Bedarf u.a. an 60 Remobilisations-Betten in einer Sonderkrankenanstalt in der Nähe von Wiener Neustadt bescheidmäßig feststellte. Er wies kritisch darauf hin, dass der Bescheid keine quantitativen Aspekte, z.B. die Anzahl möglicher Aufenthalte für Remobilisation, enthielt.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich, bei krankenanstaltenrechtlichen Bedarfsprüfungen aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und Transparenz den Bedarf auch quantitativ herzuleiten und nicht nur mit inhaltlichen Stellungnahmen von Beteiligten zu begründen.

Der RH wies darauf hin, dass die NÖ Landesklinikenholding im Jänner 2013 mit dem Betreiber der zu errichtenden Sonderkrankenanstalt einen Angliederungsvertrag über 60 Remobilisations-Betten abschloss. Er hielt kritisch fest, dass darin eine 90 %ige Auslastungsgarantie vereinbart war, diese Auslastung jedoch bis 2022 nie erreicht wurde. Die Zahl der abgerechneten Tage lag 2015 bis 2022 jährlich um bis zu rd. 7.100 Tage unter den garantierten Abrechnungstagen. Dabei fiel auf, dass sich die Zahl der Aufenthalte 2022 gegenüber 2017 um 4 % verringerte, jedoch die durchschnittliche Belagsdauer um sieben Tage stieg und sich die Auslastung dadurch erhöhte. Für die garantierte Auslastung hatte die NÖ Landesklinikenholding bzw. die NÖ Landesgesundheitsagentur im genannten Zeitraum Zahlungen von 10,34 Mio. EUR für nicht belegte Betten zu leisten. Die NÖ Landesgesundheitsagentur könnte den Angliederungsvertrag frühestens mit Wirkung 31. Dezember 2034 kündigen. Zu einer möglichen Reduktion der Auslastungsgarantie verwies die NÖ Landesgesundheitsagentur auf erfolglose Verhandlungsversuche mit dem Betreiber.

Der RH wies darauf hin, dass zwischen 2013 und 2015 das LK Neunkirchen in der Nähe von Wiener Neustadt und der Sonderkrankenanstalt neu gebaut wurde. Die Auslastung des LK Neunkirchen im Bereich Remobilisation und insgesamt lag in den Jahren 2017 bis 2022 (2022: 59 % bzw. 53 %) durchgängig unter dem Österreichschnitt.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur, im Sinne des sparsamen Umgangs mit öffentlichen Mitteln mit dem Betreiber der Sonderkrankenanstalt neuerlich über eine Reduktion der Auslastungsgarantie zu verhandeln oder zumindest geringere Zahlungen für nicht belegte Betten zu erwirken.

Der RH bemängelte, dass die Bescheide zu den 60 angegliederten Betten widersprüchlich waren. Die NÖ Landesgesundheitsagentur stellte sie als interdisziplinäre Betten dar, im Angliederungsvertrag waren jedoch 60 Remobilisations-Betten vereinbart. Im ÖSG-Monitoring für Akutgeriatrie und Remobilisation waren die angegliederten Betten ebenfalls als Remobilisations-Betten ausgewiesen. Eine Abrechnung als Remobilisations-Leistungen nach dem LKF-System erfolgte nicht.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich, gemeinsam mit der NÖ Landesgesundheitsagentur und dem NÖGUS auch im Sinne der Rechtssicherheit die Zuordnung der angegliederten Betten in der Sonderkrankenanstalt ehestmöglich klarzustellen. Dabei wäre auch der geplante Ausbau der akutgeriatrischen Strukturen in Niederösterreich (TZ 7) mitzubedenken.

6.3 (1) Das Land Niederösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, dass im Rahmen der durchgeführten Verfahren auch quantitative Aspekte festgehalten worden seien. Insbesondere sei ausgeführt worden, dass in der Sonderkrankenanstalt bis zu 250 Patientinnen und Patienten pro Tag behandelt werden könnten und die Therapieeinrichtungen sowohl stationären als auch ambulanten Patientinnen und Patienten zur Verfügung stünden. „Ein Bedarf konnte dementsprechend abgeleitet werden, da kein Widerspruch zu den Planungsgrundlagen RSG NÖ vorlag.“ Die Stellungnahmen des NÖGUS würden immer auf den Grundlagen ÖSG und RSG basieren, wodurch quantitative Aspekte jedenfalls in die Beurteilung miteinfließen würden. Bereits im Jahr 2017 sei eine der Empfehlung entsprechende, gesetzliche Anpassung des NÖ Krankenanstaltengesetzes kundgemacht worden (LGBl. 93/2017). Hier sei u.a. vorgesehen worden, dass im Errichtungsbewilligungsverfahren für bettenführende Krankenanstalten ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts einzuholen sei. Eine Klarstellung der Zuordnung der angegliederten Betten in der Sonderkrankenanstalt werde herbeigeführt. Im Rahmen des RSG 2030 werde eine entsprechende, standortgenaue Ausweisung der Versorgungsstrukturen erfolgen.

(2) Laut Stellungnahme der NÖ Landesgesundheitsagentur hätten, wie im Zuge der Gebarungsüberprüfung mitgeteilt, bisher informelle Gespräche mit der Geschäftsführung der Sonderkrankenanstalt keine Bereitschaft für eine Vertragsänderung gezeigt. Die NÖ Landesgesundheitsagentur werde weiterhin versuchen, eine Reduktion der Auslastungsgarantie oder zumindest geringere Zahlungen für nicht belegte Betten zu erwirken. Unabhängig davon sei es gelungen, die Auslastung auf die vereinbarte Auslastung zu erhöhen. Die NÖ Landesgesundheitsagentur werde die übergeordneten Planvorgaben (RSG Niederösterreich) im Planungszeitraum umsetzen. Eine Vereinheitlichung der systemisierten Bettenzuordnung und Berücksichtigung des Ausbaus akutgeriatrischer Strukturen seien dabei in ihrem Sinne.

(3) Laut Stellungnahme der Lebens.Med Gesundheitszentren GmbH lägen die vom RH angeführten Punkte – insbesondere zur Belegung der angegliederten Betten, zu Belagsdauer, angeordneten Therapien und Abrechnung nach dem LKF–System – ausschließlich in der Verantwortung der NÖ Landesgesundheitsagentur. Auch für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten aus den Landeskliniken an die Sonderkrankenanstalt sei die NÖ Landesgesundheitsagentur verantwortlich. Über Verweildauer und/oder Entlassung entscheide die jeweils zuweisende Landesklinik. Auch die Abrechnung nach dem LKF–System führe nicht die Sonderkrankenanstalt, sondern die jeweilige Landesklinik durch. Da die Auslastung derzeit um die 90 % und darüber liege, sei davon auszugehen, dass die bislang gesetzten Maßnahmen zur Sicherung der Auslastung wirken würden. Es sei daher nicht notwendig, den Angliederungsvertrag und die darin geregelte Auslastungsgarantie nachzuverhandeln.

- 6.4 (1) Der RH wies gegenüber dem Land Niederösterreich darauf hin, dass die bis zu 250 in der Sonderkrankenanstalt pro Tag behandelbaren Patientinnen und Patienten im Bescheid vom Juni 2012 u.a. unter der Überschrift „Anstaltsumfang“ bzw. bezogen auf die Therapieeinrichtungen angeführt waren. Diese Quantifizierung ließ jedoch keinen Rückschluss auf einen konkreten Bedarf an 60 Remobilisations–Betten zu. Laut Ausführungen des Landes Niederösterreich sei mangels Widerspruchs zu den „Planungsgrundlagen RSG NÖ“ ein Bedarf ableitbar. Auch aus diesen Ausführungen ließ sich aber nach Ansicht des RH nicht nachvollziehen, auf Basis welcher konkreten quantitativen Annahmen bzw. Daten ein Bedarf für 60 Remobilisations–Betten in der Sonderkrankenanstalt dem Grunde und der Höhe nach vorlag.

Die Leistungen in der Sonderkrankenanstalt wurden, wie der RH feststellte, nicht als Remobilisations–Leistungen nach dem LKF–System abgerechnet und die vereinbarte 90 %ige Auslastung wurde bis 2022 nie erreicht. Darüber hinaus wurde zwischen 2013 und 2015 das LK Neunkirchen in der Nähe von Wiener Neustadt und der Sonderkrankenanstalt neu gebaut. Die Auslastung des LK Neunkirchen im Bereich Remobilisation und insgesamt lag in den Jahren 2017 bis 2022 (2022: 59 % bzw. 53 %) durchgängig unter dem Österreichschnitt. Auf die vom Land Niederösterreich ausgeführten Änderungen im NÖ Krankenanstaltengesetz hatte der RH hingewiesen.

(2) Gegenüber der NÖ Landesgesundheitsagentur und der Lebens.Med Gesundheitszentren GmbH nahm der RH zur Kenntnis, dass die Auslastung der angegliederten Betten im Sinne der Auslastungsgarantie gestiegen sei. Auch im Lichte der noch mindestens zehnjährigen Vertragsdauer und vor dem Hintergrund der aufgezeigten niedrigen Auslastung des LK Neunkirchen sowie der geplanten Änderungen in der akutgeriatrischen Versorgungslandschaft (Ausbau) hielt der RH seine Empfehlung an die NÖ Landesgesundheitsagentur auch im Interesse größtmöglicher Flexibilität

aufrecht, neuerlich über eine Reduktion der Auslastungsgarantie zu verhandeln oder zumindest geringere Zahlungen für nicht belegte Betten zu erwirken.

Regionale Planungen für Akutgeriatrie und Remobilisation

7.1 (1) Laut der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (in der Folge: **Reformvereinbarung**)⁴² und laut ÖSG 2017 waren in den RSG die Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich u.a. mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen und Versorgungsstufen je Fachbereich festzulegen.

(2) Im Dezember 2018 beschloss die Landes-Zielsteuerungskommission den RSG Niederösterreich 2025, Teil 1 (Planungshorizont 2025) auf Ebene des Landes und der Versorgungsregionen. Festlegungen auf Standortebezug sollten im RSG Niederösterreich 2025, Teil 2 erfolgen. Dieser war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch ausständig, obwohl der RH bereits in seinem Bericht „Geburtshilfe-Versorgung in Niederösterreich und Wien“⁴³ u.a. die Beschlussfassung empfohlen und Niederösterreich dies zugesagt hatte. Der RSG Niederösterreich 2025, Teil 1 wies darüber hinaus, anders als im ÖSG 2017 festgelegt, keine Betten unter dem Titel „AG/R“ aus, sondern vermerkte etwa für ganz Niederösterreich u.a. unter der Kategorie „IM“ (Innere Medizin) mit Fußnote „IM 2025: davon 324 Planbetten mit geriatrischem Schwerpunkt“. Dies beanstandete auch das Gesundheitsministerium im Jänner 2019 mit dem Ersuchen um Klarstellung in Teil 2. Für die Remobilisation waren bis 2025 für Niederösterreich insgesamt 96 Planbetten vorgesehen.

Der NÖGUS begründete das Fehlen des Teils 2 mit „mehrfachen tiefgreifenden Veränderungen der Rahmenbedingungen“ (Gründung der NÖ Landesgesundheitsagentur, COVID-19-Pandemie und Arbeiten an einer Revision des ÖSG 2017). Unter anderem aufgrund der fortgeschrittenen Zeit würden die zukünftigen Planungsüberlegungen wahrscheinlich bereits den Planungshorizont 2030 betreffen.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren bis 2030 – so der NÖGUS bzw. die NÖ Landesgesundheitsagentur – in Niederösterreich insgesamt rd. 300 Akutgeriatrie-Betten und 81 Remobilisations-Betten geplant.⁴⁴ Für den Ausbau der Akut-

⁴² BGBl. I 98/2017 i.d.F. BGBl. I 198/2022, Art. 5 Abs. 7; die ab 1. Jänner 2024 vorgesehene neue Reformvereinbarung sah weiterhin eine standortbezogene Kapazitätsplanung vor.

⁴³ u.a. Reihe Niederösterreich 2021/1, TZ 6

⁴⁴ Laut NÖ Landesgesundheitsagentur würden 300 Betten auf Basis bestehender baulich-räumlicher, betriebsorganisatorischer und versorgungstechnischer Rahmenbedingungen eine mögliche Grunddimensionierung in der Akutgeriatrie-Versorgung darstellen und dem von ihr ermittelten „Akutgeriatrie-Potenzial“ entsprechen (TZ 17).

geriatrie setzte die NÖ Landesgesundheitsagentur ab Mitte 2023 verschiedene Maßnahmen (z.B. Arbeitspakete zu einzelnen Themen), um bis Ende 2023 dem Aufsichtsrat ein Konzept vorlegen zu können.

(3) Der RSG Steiermark 2025 (Version 1.2, Februar 2019) legte bis 2025 381 Planbetten (und 31 ambulante Betreuungsplätze) für Akutgeriatrie sowie Remobilisation sowohl auf Ebene des Landes, der Versorgungsregionen als auch auf Krankenanstaltenebene fest. Allerdings – anders als im ÖSG 2017 vorgesehen – nicht getrennt nach den beiden Versorgungsbereichen. Der Gesundheitsfonds Steiermark begründete dies mit der zeitlich früheren (erstmaligen) Beschlussfassung des RSG Steiermark 2025 durch die Landes-Zielsteuerungskommission (21. Juni 2017) gegenüber der Beschlussfassung des ÖSG 2017 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission (30. Juni 2017). Für den RSG 2030 gebe es – so der Gesundheitsfonds Steiermark im September 2023 – noch keine konkreten Planungen.

(4) Im Zusammenhang mit dem Pilotprojekt der sechs Remobilisations-Betten in den GGZ (TZ 8) führte ein Planungsinstitut⁴⁵ mehrere Evaluierungen durch (Endbericht für Juni 2024 vorgesehen). Diese befassten sich auch generell mit der Erforderlichkeit von Remobilisations-Betten in der Steiermark und ihres flächendeckenden Ausbaus.

Die Evaluierungen kamen bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung u.a. zu folgenden Schlüssen:

- Funktion der Remobilisation nur im Kontext der Akutgeriatrie und der Akutversorgung klar definierbar, abgrenzbar und in Versorgungsprozesse integrierbar; Ziel sollte jedenfalls die Reduktion und Vermeidung von Wartezeiten und Behandlungslücken sein; in Oberösterreich⁴⁶ seien – im Sinne eines Benchmarkings – Akutgeriatrie und Remobilisation bewusst einander ergänzend eingesetzt;
- Zielgruppe der Remobilisation mit definierten Ein- und Ausschlusskriterien sowie Entlassungskriterien weiter schärfen; Klärung der Sinnhaftigkeit einer altersspezifischen Eingrenzung; enge organisatorische Verschränkung der Remobilisation mit der Akutgeriatrie unter Beibehaltung der jetzigen LKF-Bepunktung.

Nicht empfohlen wurde etwa, „die Struktur in der aktuellen Funktion ohne jede Veränderung weiterzuführen oder gar in der Steiermark auszurollen“. Der Gesundheitsfonds Steiermark begründete das 2023 etablierte Remobilisations-Department (Pilotprojekt) im LKH Bad Radkersburg u.a. mit einem Vorgriff auf den RSG Steiermark 2030. Vorgesehen war u.a. eine Evaluierung durch dasselbe Planungsinstitut wie für die GGZ-Betten (TZ 8).

⁴⁵ EPIG GmbH Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit

⁴⁶ Evaluierungszeitraum 1. Jänner 2019 bis 31. Dezember 2020, Evaluierungsbericht vom Juli 2021

(5) Eine Analyse von RSG der anderen sieben Länder zeigte überwiegend eine beabsichtigte Erhöhung der Planbetten in der Akutgeriatrie. Im Bereich Remobilisation sahen vor allem die RSG 2025 für Oberösterreich und Wien einen Bettenausbau vor.

- 7.2 Der RH hielt kritisch fest, dass Niederösterreich bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung über keinen RSG 2025 verfügte, der die Fachrichtungen, Bettenkapazitäten etc. standortbezogen auswies. Dies widersprach den Vorgaben der Reformvereinbarung bzw. des ÖSG 2017. Der RSG Niederösterreich 2025, Teil 1 wies darüber hinaus keine (Plan-)Betten unter dem Titel „AG/R“ aus, sondern als Teil der Inneren Medizin. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren bis 2030 in Niederösterreich insgesamt rd. 300 Akutgeriatrie-Betten und 81 Remobilisations-Betten geplant.

Der RH wies darauf hin, dass der RSG Steiermark 2025 auch noch in der Version vom Februar 2019 – anders als im ÖSG 2017 vorgesehen – Akutgeriatrie- und Remobilisations-Betten gemeinsam auswies. Laut Gesundheitsfonds Steiermark (September 2023) gebe es für den RSG 2030 noch keine konkreten Planungen.

Der RH empfahl dem NÖGUS sowie dem Gesundheitsfonds Steiermark, auf die Entwicklung eines RSG nach den Vorgaben der Reformvereinbarung bzw. des ÖSG hinzuwirken.

Der RH verwies auf die bisherigen Evaluierungen eines Planungsinstituts u.a. zur Zweckmäßigkeit von Remobilisations-Betten in der Steiermark. Diese empfahlen etwa eine Schärfung der Zielgruppen, einen gesamthaften Ansatz zwischen Akutversorgung, Akutgeriatrie und Remobilisation sowie eine enge Verschränkung von Akutgeriatrie und Remobilisation. Der Endbericht war für Juni 2024 geplant.

Weiters wies der RH darauf hin, dass der Gesundheitsfonds Steiermark das 2023 etablierte Remobilisations-Department (Pilotprojekt) im LKH Bad Radkersburg u.a. mit einem Vorgriff auf den RSG 2030 begründete. Unter anderem war eine Evaluierung durch dasselbe Planungsinstitut wie für die GGZ-Betten vorgesehen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern und den Landesgesundheitsfonds auch auf Basis bestehender und gegebenenfalls weiterer Evaluierungen die beiden Versorgungsbereiche Akutgeriatrie und Remobilisation im Rahmen der erwogenen Gesamtbetrachtung (**TZ 4**) umfassend zu analysieren. Dies u.a. im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit der ÖSG-Definitionen und deren Abgrenzung, die jeweils tatsächlich versorgten bzw. idealerweise zu versorgenden Patientengruppen und die jeweiligen Versorgungsaufträge sowie die Nahtstellen zu anderen Versorgungsstrukturen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds Steiermark, auch die bisherigen Evaluierungsergebnisse sowie die für 2024 vorgesehenen Endergebnisse zu den sechs Remobilisations–Betten in den GGZ in die Entscheidungen einzubeziehen, das Pilotprojekt Remobilisations–Betten im LKH Bad Radkersburg in den Regelbetrieb überzuführen und diesen Versorgungsbereich – falls zweckmäßig – steiermarkweit auszubauen.

Der RH hielt fest, dass es in Niederösterreich und in der Steiermark neben Akutgeriatrie– und Remobilisations–Betten in Krankenanstalten auch noch eine Reihe anderer Versorgungsstrukturen für ältere Menschen gab bzw. dass solche geplant waren (TZ 8, TZ 13).

Vor diesem Hintergrund empfahl der RH den Ländern Niederösterreich und Steiermark sowie den beiden Gesundheitsfonds, gemeinsam mit den Krankenanstalten-trägern ein längerfristiges, alle Angebote umfassendes Gesamtkonzept bzw. eine Gesamtstrategie für die optimale, effektive Versorgung insbesondere von geriatrischen Patientinnen und Patienten am Best Point of Service zu entwickeln. Dies auch, um Parallelstrukturen bzw. Doppelgleisigkeiten, aber ebenso etwaige Versorgungslücken zu vermeiden. Dabei sollten u.a. konkrete Ziele formuliert, alle Angebote qualitativ und quantitativ aufeinander abgestimmt, die Versorgungsaufträge und Patientengruppen jeweils eindeutig festgelegt sowie die Nahtstellen untereinander und zu anderen Versorgungsstrukturen klar definiert werden.

7.3 (1) Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es die Empfehlung nach einer umfassenden Analyse der beiden Versorgungsbereiche Akutgeriatrie und Remobilisation unterstütze. Eine Prüfung sowie allfällige Adaptierung der Vorgaben des ÖSG für die Akutgeriatrie und die Remobilisation seien bereits in den Themenspeicher der „AG Gesundheitsplanung“ aufgenommen, die Arbeiten für das Jahr 2025 geplant.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich seien im ÖSG bis Ende 2024 die notwendigen Vorgaben für die Umsetzung der verbindlichen Planung und der Versorgungsaufträge auf regionaler Ebene festzulegen. Die RSG seien entsprechend den Vorgaben des ÖSG für jedes Land bis spätestens Ende 2025 anzupassen. Das Land Niederösterreich nehme die Empfehlung daher zur Kenntnis; mit den Arbeiten zum RSG Niederösterreich 2030 sei bereits begonnen worden.

Mit den Arbeiten zum „NÖ Gesundheitspakt“ sei Anfang 2024 begonnen worden. Zentrale Bestandteile des Arbeitsauftrags seien u.a. die Versorgungssituation der wachsenden und älter werdenden Bevölkerung sowie die optimale Nachsorge und Rehabilitation. Die Arbeitsergebnisse würden im Rahmen der integrativen Versorgungsplanung und des Nahtstellenmanagements berücksichtigt.

(3) Das Land Steiermark hielt in seiner Stellungnahme zum empfohlenen umfassenden Gesamtkonzept bzw. zur Gesamtstrategie fest, dass gemäß § 3 Abs. 1 Steiermärkisches Gesundheitsfondsgesetz 2017⁴⁷ dem Gesundheitsfonds Steiermark die Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich oblägen. §§ 23 und 24 leg. cit. legten die Bestimmungen für den RSG fest. Dieser falle somit auch in die Zuständigkeit des Gesundheitsfonds Steiermark – einem selbstständigen, mit 1. August 2012 ausgegliederten Rechtskörper. Seit diesem Zeitpunkt sei die Abteilung 8 Gesundheit und Pflege des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung in die Versorgungsplanung weder involviert noch eingebunden.

(4) Der Gesundheitsfonds Steiermark anerkannte in seiner Stellungnahme die Forderung des RH nach einer Gesamtstrategie und einem daraus abgeleiteten abgestimmten Konzept, das alle Angebote für eine angemessene Versorgung insbesondere von geriatrischen und remobilisationsbedürftigen Patientinnen und Patienten umfasse, klar abgegrenzte Versorgungsaufträge definiere und vorhandene Evaluierungsergebnisse berücksichtige. Ein solches Konzept werde als Basis für die Definition der Versorgungsstrukturen für „Akutgeriatrie/Remobilisation/Übergangspflege/etc.“ im Rahmen des RSG Steiermark 2030 erarbeitet und berücksichtigt. Im Rahmen der Erstellung des RSG Steiermark 2030 komme die RSG–Planungsmatrix des ÖSG zur Anwendung, die in Struktur und Aufbau den Vorgaben des geltenden ÖSG entspreche und eine Differenzierung zwischen Akutgeriatrie– und Remobilisations–Betten vorsehe.

(5) Die KAGes unterstützte in ihrer Stellungnahme den „Vorschlag zur Entwicklung einer trägerübergreifenden Gesamtstrategie zur Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten“. In diesem Rahmen sei insbesondere die Implementierung eines abgestuften Versorgungsprozesses unter Einbeziehung aller Versorgungsstufen anzustreben.

7.4 Der RH stellte gegenüber dem Land Steiermark klar, dass im Rahmen des empfohlenen Gesamtkonzepts bzw. einer Gesamtstrategie für die optimale, effektive Versorgung insbesondere von geriatrischen Patientinnen und Patienten am Best Point of Service u.a. auch die Übergangspflege mitberücksichtigt werden sollte. So sah das im Juli 2024 im Landtag Steiermark beschlossene Steiermärkische Pflege– und Betreuungsgesetz⁴⁸ Regelungen für die Übergangspflege vor und legte u.a. fest, dass das Land das Vorhalten von Übergangspflegebetten vertraglich mit bestimmten gemeinnützigen oder öffentlichen Einrichtungen vereinbaren konnte. Laut Materialien zu diesem Gesetz wurde von einem Aufbau von 200 Übergangspflegebetten bis 2030 ausgegangen. Insofern erachtete es der RH als zweckmäßig, dass das Land

⁴⁷ LGBl. 2/2018 i.d.g.F.

⁴⁸ LGBl. 90/2024

Steiermark bei der Erstellung des empfohlenen Gesamtkonzepts bzw. der Gesamtstrategie mitwirkte.

Projekte und Maßnahmen

- 8.1 (1) In Niederösterreich startete die NÖ Landesgesundheitsagentur im Oktober 2022 den Aufbau einer akutgeriatrischen Versorgung mit dem Pilotprojekt „Zentrum für Altersmedizin“ am LK Waidhofen/Thaya. Die zwölf Akutgeriatrie-Betten im Rahmen der Internen Abteilung wurden bis Ende 2023 auf 40 Betten ausgebaut und ein Department wurde eingerichtet. Weiters ließ die NÖ Landesgesundheitsagentur eine interne Evaluierung durchführen. Eine Auswertung der NÖ Landesgesundheitsagentur ergab für den Zeitraum Oktober 2022 bis September 2023 bei 200 Aufenthalten eine durchschnittliche Belagsdauer von 23,7 Tagen.⁴⁹

Weitere Projekte in den Bereichen Akutgeriatrie und Remobilisation gaben die NÖ Landesgesundheitsagentur bzw. der NÖGUS dem RH für den Zeitraum 2017 bis 2023 nicht bekannt.⁵⁰

⁴⁹ durchschnittliche Belagsdauer für 2023: 24,1 Tage bei 233 Aufenthalten

⁵⁰ Auch das ÖSG-Monitoring der Gesundheit Österreich GmbH in den Bereichen Akutgeriatrie und Remobilisation führte für die Jahre 2017 bis 2020 keine Projekte in Niederösterreich an.

(2) Im Unterschied zu Niederösterreich lief 2017 bis 2023 in der Steiermark eine Reihe von Projekten in den Bereichen Akutgeriatrie und Remobilisation, teilweise mit dem Ziel der Spitalsentlastung. Vier abgeschlossene Projekte stellten sich zusammengefasst wie folgt dar:

Tabelle 4: Abgeschlossene Projekte aus den Bereichen Akutgeriatrie und Remobilisation in der Steiermark

Projekttitle (Projekträger)	Laufzeit und Inhalt
	(Evaluierungs-)Ergebnisse (Auszüge)
Ambulante (mobile) geriatrische Remobilisation am Landeskrankenhaus Hörgas–Enzenbach (Phase I) (KAGes)	<p>2017–2018; Einrichtung von multiprofessionellen Teams für ambulante (mobile) geriatrische Remobilisation, um PatientInnen ein möglichst langes Leben im gewohnten Umfeld zu ermöglichen</p> <p>Evaluierungsergebnisse für März 2017 bis März 2018 (2019):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 132 PatientInnen betreut • rd. 7.900 Einzelleistungen (rd. 4.000 Leistungsstunden) erbracht; Leistungen entfielen zu 80 % auf Physio- und Ergotherapie • Therapieziele in hohem Ausmaß erreicht; vergleichbare medizinische Effekte wie bei stationärer Remobilisation • Kosten durchschnittlich ca. 50 % geringer als stationäre Behandlung • Empfehlung u.a.: flächendeckende Ausrollung als Teil eines abgestuften geriatrischen Versorgungskonzepts
Ambulante (mobile) geriatrische Remobilisation am Landeskrankenhaus Hörgas–Enzenbach (Phase II) (KAGes)	<p>2020–2022; Verlängerung aufgrund positiver Evaluierung von Phase I</p> <p>Projekt nicht gesondert (inhaltlich) evaluiert</p>
Einrichtung eines geriatrischen Konsiliardienstes in den Landespflegezentren (KAGes)	<p>2014 bis Mitte 2017; Einrichtung eines geriatrischen Konsiliardienstes im Landespflegezentrum Bad Radkersburg zur Erprobung einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit in der medizinischen Versorgung</p> <p>Evaluierungsergebnisse für 2014 und 2015 (2016):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungssicherheit verbessert • Arzt- und Ambulanzkontakte und Transporte verringert • Kostenreduktion nicht abschließend belegbar • Empfehlung: Qualifizierung der niedergelassenen ÄrztInnen, Nutzung der intramuralen Ressourcen nur in Ausnahmefällen
Geriatrischer Konsiliardienst zur Optimierung der medizinischen Versorgung von Bewohner*innen in Pflegeheimen (KAGes und GGZ)	<p>2019–2022; Erprobung eines geriatrischen Konsiliardienstes zur Verbesserung der medizinischen Versorgung geriatrischer PatientInnen in Graz und der Weststeiermark; Ziel: flächendeckende Ausrollung</p> <p>Evaluierungsergebnisse Oktober 2021 bis September 2022 (2022):</p> <ul style="list-style-type: none"> • MitarbeiterInnen fühlten sich unterstützt • Beitrag zur Versorgung der BewohnerInnen geleistet • Anforderungen durch HausärztInnen blieben hinter Erwartungen • Leistungen nachgefragt, die nicht Inhalt des Projekts waren • Empfehlung u.a.: keine Fortführung des geriatrischen Konsiliardienstes in den bestehenden Strukturen (ohne nähere Begründung)

GGZ = Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz – Albert Schweitzer Klinik
KAGes = Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark

Der Gesundheitsfonds Steiermark finanzierte bis 2022 drei abgeschlossene Projekte⁵¹ mit 3,14 Mio. EUR. Die Sozialversicherung stellte für eines der drei Projekte, die „Ambulante (mobile) geriatrische Remobilisation am Landeskrankenhaus Hörgas–Enzenbach (Phase II)“, wie auch der Gesundheitsfonds Steiermark rd. 408.000 EUR zur Verfügung. Die KAGes finanzierte das Projekt „Einrichtung eines geriatrischen Konsiliardienstes in den Landespflegezentren“ mit rd. 130.000 EUR selbst.⁵²

Im Jahr 2023 liefen bzw. begannen insbesondere folgende Projekte:

Tabelle 5: Laufende (2023) Projekte aus den Bereichen Akutgeriatrie und Remobilisation (Auswahl)

Projekttitle (Projekträger)	Laufzeit und Inhalt
	(Evaluierungs-)Ergebnisse (Auszüge)
Remobilisation und Nachsorge an der Albert Schweitzer Klinik in Graz (GGZ)	<p>seit 2019; Errichtung einer Remobilisationseinheit (sechs Betten) an der Albert Schweitzer Klinik der GGZ zur abgestuften Versorgung von PatientInnen als spitalsentlastende Maßnahme</p> <p>Evaluierungsergebnisse für die Jahre 2019 und 2020 (2021):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosen der Remobilisation vergleichbar mit jenen der Akutgeriatrie • 178 PatientInnen; Leistungsgeschehen einer multiprofessionellen Versorgung entsprechend (rd. 17.000 Leistungen – 77 % Physio- und Ergotherapie – in rd. 2.800 Leistungsstunden erbracht), „geringe“ therapeutische Leistungsstunden pro Belagstag: durchschnittlich 42 Minuten • Kosten pro Belagstag rd. 330 EUR (2020) • Empfehlung u.a.: Fortführung als Pilotprojekt <p>Ergebnisse zweite Zwischenevaluierung Jänner 2022 bis Juni 2023 (2023):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 120 PatientInnen; rd. 8.700 Leistungen (92 % Physio- und Ergotherapie) in rd. 1.450 Leistungsstunden erbracht, Leistungsstunden pro Belagstag: durchschnittlich 30 Minuten • Endbericht: für Juni 2024 vorgesehen
AG/R mobil; seit 2023: Mobile Nachsorge (GGZ) ¹	<p>seit September 2020; Unterstützung älterer Menschen beim Übergang vom Krankenhausaufenthalt zurück ins häusliche Umfeld</p> <p>bis November 2023 keine (inhaltliche) Evaluierung; im ersten Halbjahr 2023 Unterstützung von rd. 260 Personen z.B. durch rd. 880 Hausbesuche und Telefonate, wofür rd. 1.160 Personalstunden anfielen</p>
Remobilisation und Therapie für ein selbstbestimmtes Leben Zuhause (KAGes, GGZ, Krankenhaus der Elisabethinen Graz und Marienkrankenhaus Vorau)	<p>strukturierte Ausrollung des Pilotprojekts „Ambulante (mobile) geriatrische Remobilisation am Landeskrankenhaus Hörgas–Enzenbach“</p>

⁵¹ Das waren die Projekte: „Ambulante (mobile) geriatrische Remobilisation am Landeskrankenhaus Hörgas–Enzenbach (Phase I)“, „Ambulante (mobile) geriatrische Remobilisation am Landeskrankenhaus Hörgas–Enzenbach (Phase II)“ und „Geriatrischer Konsiliardienst zur Optimierung der medizinischen Versorgung von Bewohner*innen in Pflegeheimen“.

⁵² Der Gesundheitsfonds Steiermark finanzierte die Evaluierung.

Projekttitle (Projekträger)	Laufzeit und Inhalt
	(Evaluierungs-)Ergebnisse (Auszüge)
Pilotprojekt Etablierung einer Nachsorgeeinheit Landespflegezentrum Mürzzuschlag – „Übergangspflege“ (KAGes)	ab August 2023; Dauer: 24 Monate; Schaffung einer kostenlosen Übergangspflege (maximal 26 Plätze) nach akutstationären Aufenthalten zur Weiterbetreuung und Frühremobilisation für maximal 28 Tage
	bis Mitte September 2023: 52 PatientInnen aufgenommen und 31 entlassen (Alter zwischen 46 und 95 Jahren); Evaluierung für Projektende geplant
Remobilisation in Bad Radkersburg (KAGes) ²	ab September 2023; Schaffung einer Remobilisations-Einheit mit 15 Betten
	bis November 2023 noch keine (inhaltliche) Evaluierung; internes Monitoring und externe Evaluierung geplant; in drei Monaten: 55 Aufenthalte, durchschnittliche Belagsdauer 21,6 Tage und 87,1 % Auslastung

AG/R = Akutgeriatrie/Remobilisation

Quellen: Gesundheitsfonds Steiermark; KAGes; GGZ

GGZ = Geriatriische Gesundheitszentren der Stadt Graz – Albert Schweitzer Klinik

KAGes = Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

¹ Die Kosten für das Projekt trugen die GGZ (z.B. für das erste Halbjahr 2023 rd. 42.000 EUR).

² Die Finanzierung erfolgte über das System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung.

Das zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch laufende Projekt „Remobilisation und Nachsorge an der Albert Schweitzer Klinik in Graz“ finanzierte der Gesundheitsfonds Steiermark von 2019 bis 2022 mit 2,49 Mio. EUR bei Gesamtkosten laut GGZ von 2,71 Mio. EUR. Für das Jahr 2023 stellte der Gesundheitsfonds Steiermark rd. 670.000 EUR zur Verfügung.

Für die beiden im Jahr 2023 begonnenen mehrjährigen Projekte

- „Remobilisation und Therapie für ein selbstbestimmtes Leben Zuhause“ (17,45 Mio. EUR) und
- „Pilotprojekt Etablierung einer Nachsorgeeinheit Landespflegezentrum Mürzzuschlag – „Übergangspflege““ (2,14 Mio. EUR)

nahm der Gesundheitsfonds Steiermark die geplanten Gesamtkosten von 19,59 Mio. EUR zur Kenntnis bzw. gab eine Finanzierungszusage ab.

(3) Im Hinblick auf die positive Evaluierung begann 2023 – im Sinne einer abgestuften Versorgung – ausgehend vom Pilotprojekt „Ambulante (mobile) geriatrische Remobilisation am Landeskrankenhaus Hörgas-Enzenbach“ die steiermarkweite Umsetzung unter dem Titel „Remobilisation und Therapie für ein selbstbestimmtes Leben Zuhause“ (in der Folge: **mobiREM**). Innerhalb von drei Jahren sollten 17 Stützpunkte angegliedert an Krankenanstalten aufgebaut werden, um im Endausbau rd. 2.300 Personen durch rd. 80 VZÄ aus unterschiedlichen Berufsgruppen (z.B. ärztliches und therapeutisches Personal) betreuen zu können. Dadurch sollten laut dem aus 2021 stammenden Planungskonzept „Abgestufte geriatrische Remobilisation in der Steiermark – Planungskonzept“ bzw. laut Gesundheitsfonds Steiermark Krankenhausaufenthalte entweder verkürzt oder wenn möglich ersetzt werden. Laut Evaluierung des Pilotprojekts sei die mobile Versorgung um ca. 50 % günstiger als die stationäre Versorgung.

Der Gesundheitsfonds Steiermark und die Sozialversicherung vereinbarten u.a. auf Grundlage des Landes–Zielsteuerungsübereinkommens 2022–2023 vom Juni 2022, die Kosten von 17,45 Mio. EUR für den Zeitraum 2023 bis 2025 im Verhältnis zwei Drittel zu einem Drittel zu tragen. Diese Aufteilung nahmen die Landes–Zielsteuerungskommission und die Gesundheitsplattform in ihren Sitzungen vom 18. November 2022 zur Kenntnis. Darüber hinaus beschlossen sie die Finanzierung für das Jahr 2023 in Höhe von 4,15 Mio. EUR sowie deren Aufteilung. Ein begleitendes Monitoring der steiermarkweiten Umsetzung von mobiREM durch ein Planungsinstitut war vorgesehen.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung wurden die sieben Teams der ersten Ausbaustufe aufgebaut. Davon sollten sechs Teams bis zum Jahresende 2023 die Arbeit beginnen. Dazu nahmen die Krankenanstaltenträger entweder neues Personal auf oder erhöhten das Beschäftigungsausmaß. Ob bzw. in welcher Form Kooperationen mit dem niedergelassenen Bereich für die Mitwirkung im mobiREM–Team eingegangen würden, obliege laut Gesundheitsfonds Steiermark der bei der KAGes eingerichteten mobiREM–Koordinationsstelle.

(4) Das Gesundheitsministerium bewertete mobile Angebote im Bereich der geriatrischen Remobilisation positiv. Es sah dabei sowohl Vorteile für die Patientinnen und Patienten als auch für die Krankenanstalten (z.B. Therapie im gewohnten häuslichen Umfeld bzw. verkürzte Aufenthaltsdauer mit kostendämpfender Auswirkung).

Auch etwa in Kärnten und Oberösterreich gebe es laut ÖSG–Monitoring der Gesundheit Österreich GmbH vom Jänner 2023 für die Akutgeriatrie sowie Remobilisation mobile Angebote im Bereich der geriatrischen Remobilisation.

(5) Der ÖSG 2017 und der ÖSG 2023 bezogen sich z.B. in der Kapazitätsplanung nicht auf ambulante (mobile) Versorgungsangebote etwa im Bereich Akutgeriatrie. Dies trotz der im ÖSG definierten Planungsgrundsätze und –ziele, wie dem Prinzip Best Point of Service oder dem Ziel, Akutkrankenhäusern durch die Verlagerung von Leistungen in andere Bereiche zu entlasten.

- 8.2 Der RH wies darauf hin, dass in Niederösterreich die NÖ Landesgesundheitsagentur im Oktober 2022 das Pilotprojekt „Zentrum für Altersmedizin“ am LK Waidhofen/Thaya startete, bis Ende 2023 weiter ausbaute und intern evaluierte. Laut NÖ Landesgesundheitsagentur ergab sich für den Zeitraum Oktober 2022 bis September 2023 bei 200 Aufenthalten eine durchschnittliche Belagsdauer von 23,7 Tagen. Zu den durchschnittlichen Belagsdauern etwa in steirischen Akutgeriatrien verwies der RH auf TZ 9.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur, das „Zentrum für Altersmedizin“ am LK Waidhofen/Thaya weiterhin zu analysieren und die Ergebnisse auch für den geplanten weiteren Ausbau der Akutgeriatrie in Niederösterreich zu nutzen.

Der RH hielt fest, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur bzw. der NÖGUS keine weiteren Projekte in den Bereichen Akutgeriatrie und Remobilisation bekannt gaben. Im Unterschied dazu führten in der Steiermark etwa die KAGes und die GGZ 2017 bis 2023 mindestens neun Projekte – u.a. im Bereich der mobilen geriatrischen Remobilisation – durch. Auch etwa in Kärnten und Oberösterreich gebe es mobile Angebote im Bereich der geriatrischen Remobilisation.

Der RH empfahl dem NÖGUS und der NÖ Landesgesundheitsagentur, innovative – z.B. mobile – Versorgungskonzepte für Akutgeriatrie zu prüfen, darin auch die Erfahrungen anderer Länder miteinzubeziehen und bei positiver Bewertung solche Versorgungskonzepte für Niederösterreich zu erwägen.

Der RH hielt fest, dass im Jahr 2023 die steiermarkweite Umsetzung des Projekts mobiREM begann. Innerhalb von drei Jahren sollten 17 Stützpunkte angegliedert an Krankenanstalten aufgebaut werden. Er wies darauf hin, dass laut Gesundheitsfonds Steiermark die bei der KAGes eingerichtete mobiREM-Koordinationsstelle über Kooperationen mit dem niedergelassenen Bereich – etwa durch seine Mitwirkung im mobiREM-Team – entscheide.

Im Interesse einer abgestimmten Vorgangsweise empfahl der RH dem Gesundheitsfonds Steiermark, gemeinsam mit der Sozialversicherung zumindest Grundzüge für die Einbindung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. Therapeutinnen und Therapeuten in mobiREM festzulegen.

Angesichts der positiven Evaluierungsergebnisse zu mobilen Angeboten im Bereich der Akutgeriatrie in der Steiermark (z.B. vergleichbare medizinische Effekte wie bei stationärer Behandlung sowie ca. 50 % niedrigere Kosten) wies der RH darauf hin, dass sich der ÖSG 2017 und der ÖSG 2023 etwa bei der Kapazitätsplanung nicht auf solche Angebote bezogen. Dies, obwohl der ÖSG Planungsgrundsätze und –ziele, etwa das Prinzip Best Point of Service, definierte oder darauf abzielte, Akutkrankenanstalten durch die Verlagerung von Leistungen in andere Bereiche zu entlasten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, auch auf Basis vorliegender oder geplanter Evaluierungen zu prüfen, ob, inwieweit bzw. unter welchen Voraussetzungen z.B. mobile Angebote in der Akutgeriatrie und Remobilisation im ÖSG etwa in der Kapazitätsplanung mitberücksichtigt werden sollten.

- 8.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums unterstütze es die Empfehlung nach einer Prüfung der Mitberücksichtigung mobiler Angebote in der Akutge-

riatrie und der Remobilisation im ÖSG, z.B. in der Kapazitätsplanung. Eine Prüfung sowie allfällige Adaptierung der Vorgaben des ÖSG für die Akutgeriatrie und die Remobilisation seien bereits in den Themenspeicher der „AG Gesundheitsplanung“ aufgenommen, die Arbeiten für das Jahr 2025 geplant.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich würden im Rahmen des „NÖ Gesundheitspaktes“ die Angebote und Erfahrungen anderer Länder analysiert. Eine potenzielle Umsetzung werde entlang der Ergebnisse sowohl des „NÖ Gesundheitspaktes“ als auch der Arbeiten zum RSG Niederösterreich erwogen.

(3) Die NÖ Landesgesundheitsagentur hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass jeder Akutgeriatrie–Pilotbetrieb in Form eines temporären Zentrums für Altersmedizin („ZAM“) nach seinem Pilotbetrieb einen Evaluierungsbericht zu erstellen habe, im Idealfall analog jenem zum LK Waidhofen/Thaya. Der geplante weitere Ausbau der Akutgeriatrie in Niederösterreich erfolge nach Vorgabe des RSG. Erfahrungswerte zum Pilotprojekt „Zentrum für Altersmedizin“ am LK Waidhofen/Thaya seien evaluiert worden und würden zur Weiterentwicklung der akutgeriatrischen Versorgung in Niederösterreich herangezogen.

Versorgungsprozesse (und auch ihre Finanzierung), die teilweise oder gänzlich außerhalb der intramuralen Sphäre lägen, seien im Rahmen der Bundes– bzw. Landeszielsteuerung zu definieren. Die NÖ Landesgesundheitsagentur tausche Erfahrungen im Rahmen der Erweiterung des Aufbaus akutgeriatrischer Strukturen mit anderen Trägern aus. Sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen seien auf Landesebene bzw. Zielsteuerungsebene zu definieren.

(4) Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark sei die Form der Einbindung des niedergelassenen Bereichs über die zur Ausrollung von mobiREM erarbeiteten Unterlagen definiert. Der Gesundheitsfonds Steiermark werde gemeinsam mit den Projektpartnern den Bedarf einer Anpassung bzw. Weiterentwicklung der Kriterien prüfen.

(5) Die KAGes hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass Krankenhausaufenthalte durch mobiREM nicht ersetzt werden könnten. Vielmehr sei ein vorausgegangener Krankenhausaufenthalt die Regel. Es könnten allerdings „Drehtüreffekte“ vermieden werden.

- 8.4 Der RH hielt gegenüber der NÖ Landesgesundheitsagentur zur empfohlenen Überprüfung und Erwägung innovativer Versorgungskonzepte für die Akutgeriatrie fest, dass – unabhängig davon, auf welcher Ebene solche Versorgungskonzepte zu definieren wären – die NÖ Landesgesundheitsagentur auch aus Sicht des intramuralen Bereichs und unter Einbeziehung der Erfahrungen anderer Länder einen wesentlichen Beitrag leisten könnte. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Versorgung älterer Patientinnen und Patienten

Akutgeriatrie in der Steiermark

9.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt ausgewählte Kennzahlen zur Akutgeriatrie in der Steiermark:

Tabelle 6: Kennzahlen Akutgeriatrie in der Steiermark

KAGes				GGZ				Ordensspitäler			
2018 ¹	2020	2022	Veränderung ²	2018 ¹	2020	2022	Veränderung ²	2018	2020	2022	Veränderung ²
Anzahl		in %		Anzahl		in %		Anzahl		in %	
tatsächliche Betten											
144	150	164	13,9	120	120	120	–	30	49	48	60,0
Aufenthalte											
2.389	2.657	2.884	20,7	2.529	1.892	1.851	-26,8	599	886	917	53,1
Belagstage											
42.753	35.986	45.937	7,4	43.079	31.922	34.448	-20,0	10.437	14.340	14.505	39,0
durchschnittliche Belagsdauer in Tagen											
17,9	13,5	15,9	-11,0	17,0	16,9	18,6	9,3	17,4	16,2	15,8	-9,2
durchschnittliches Patientenalter in Jahren											
77,2	77,2	77,9	0,8	80,1	80,3	81,0	1,2	77,7	78,3	79,0	1,6
Auslastung											
in %		in Prozentpunkten		in %		in Prozentpunkten		in %		in Prozentpunkten	
81,3	65,5	76,7	-4,6	98,4	72,7	78,6	-19,7	95,3	80,0	82,8	-12,5
LKF-Punkte											
in Mio.		in %		in Mio.		in %		in Mio.		in %	
22,78	19,31	29,03	27,4	16,47	12,55	13,13	-20,3	4,06	6,13	6,28	54,4

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: DIAG

GGZ = Geriatriische Gesundheitszentren der Stadt Graz – Albert Schweitzer Klinik

KAGes = Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

LKF = Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

¹ ohne Berücksichtigung der tagesklinischen Leistungen, die bis 2018 dem stationären Bereich zugeordnet waren, ab 2019 dem ambulanten

² 2018 bis 2022

Während die Zahl der Betten in den GGZ von 2018 bis 2022 gleich blieb, erhöhte sie sich in der KAGes um rd. 14 %, in den Ordensspitälern um 60 %. Damit stiegen in diesen Krankenanstalten trotz COVID-19-Pandemie Aufenthalte und Belagstage, während die GGZ – bei einer Erhöhung der Belagsdauer um rd. 9 % – einen deutlichen Rückgang verzeichneten. Die Auslastung sank bei allen Krankenanstalten-trägern; besonders niedrig war sie im Jahr 2020. Über alle Krankenanstalten hinweg lag sie in der KAGes fast immer unter jener der GGZ oder der Ordensspitäler und

auch unter dem Österreichschnitt (2018: rd. 90 % bzw. 2022: rd. 79 %). Dabei war zu berücksichtigen, dass die durchschnittliche Auslastung der KAGes im Jahr 2018 auch durch die Verlagerung von Betten des LKH Graz II Standort Hörgas an ein Ordensspital und die damit einhergehende niedrige Auslastung (55 %) des Standorts Hörgas beeinflusst wurde.⁵³

Die GGZ begründeten die verringerte Auslastung ab 2020 mit den Folgen der COVID-19-Pandemie sowie Umbauarbeiten im Jahr 2022. Laut KAGes war sie in ihren Krankenanstalten auf die COVID-19-Pandemie und auf Bettensperren wegen Personalmangels im LKH Voitsberg zurückzuführen.

(2) Von 2018 bis 2022 gab es im LKH Voitsberg und in den GGZ eine Tagesklinik für Akutgeriatrie. Tageskliniken ermöglichten im Sinne einer abgestuften Versorgung die Nutzung des Behandlungsangebots untertags von Montag bis Freitag (halbstationärer Bereich). Die ab 2019 dafür eingerichteten ambulanten Betreuungsplätze reduzierten sich laut der DIAG von 23 im Jahr 2019 auf 15 im Jahr 2022, die Zahl der Besuche verringerte sich um 26 % von 6.423 auf 4.785. Die KAGes erklärte dies im Wesentlichen mit den COVID-19-bedingten Sperren der Tagesklinik im LKH Voitsberg. In den GGZ blieb die Zahl der ambulanten Betreuungsplätze mit 15 unverändert.

Auch das LKH Graz II Standort Süd verfügte von 2019 bis 2023 über bis zu vier ambulante Betreuungsplätze, an denen es in geringem Umfang akutgeriatrische Tagesbehandlungen abrechnete. Dies, obwohl an diesem Standort keine – laut LKF-Modell für die Abrechnung erforderliche – stationäre Einheit für Akutgeriatrie eingerichtet war, sondern die 2015 genehmigte tagesklinische (ab 2019 ambulante) Einheit in die Neurologie integriert war.

(3) Die durchschnittliche Belagsdauer sank von 2018 bis 2022 bei der KAGes um zwei Tage auf 15,9 Tage und lag damit unter dem Steiermarkschnitt von 16,8 und dem Österreichschnitt von 17,1 Tagen. Die KAGes gab dazu an, dass sie mit einer für den Behandlungserfolg idealtypischen Aufenthaltsdauer von 21 Tagen kalkuliere, die im Einzelfall angepasst werde. Eine fix geplante Behandlungsdauer erleichtere die Terminplanung im Sinne einer optimalen Auslastung (zur teilweisen Planbarkeit siehe [TZ 10](#)). Die tatsächlich durchschnittlich unter 21 Tagen liegende Belagsdauer sei auf eine variable Therapiezielerreichung und auf Behandlungsabbrüche aufgrund neu eingetretener Akutereignisse zurückzuführen. Die GGZ gingen von einer durchschnittlichen Belagsdauer von 17,5 Tagen aus. Aufgrund der COVID-19-Pandemie sei sie wegen des schlechteren Allgemeinzustands und Isolationsvorgaben zuletzt gestiegen.

⁵³ Krankenhaus der Elisabethinen in Graz

Gemäß LKF-Modell rechneten Krankenanstalten Leistungen der Akutgeriatrie 2018 bis 2022 mit einem pauschalen Tagessatz von 385 LKF-Punkten ab. Dabei war keine maximale Aufenthaltsdauer festgelegt. Die KAGes verwies aber darauf, dass die Akutgeriatrie der Akutversorgung zuzurechnen sei. Es gelte daher, absehbar langfristige Aufenthalte zu vermeiden.

(4) Das LKH Fürstenfeld führte als einzige Krankenanstalt der KAGes Aufzeichnungen, wie viele Personen sie aus welchem Grund nicht in der Akutgeriatrie aufnehmen konnte. Im Jahr 2019 standen 455 Aufnahmen 505 Ablehnungen gegenüber, im Jahr 2022 waren es 421 zu 419. Im Jahr 2022 wurden 96 % der Ablehnungen mit Bettenmangel begründet. Die KAGes prüfte bei einer Ablehnung aus Kapazitätsgründen durch eine Krankenanstalt nicht trägerweit, ob andernorts freie Betten verfügbar waren.

- 9.2 Der RH hielt fest, dass die akutgeriatrischen Strukturen in der Steiermark in der KAGes und in zwei Ordensspitälern 2018 bis 2022 ausgebaut wurden (Erhöhung Bettenzahl um 14 % bzw. um 60 %), aber deren Auslastung ebenso wie in den GGZ – teilweise pandemiebedingt – sank.

Vor dem Hintergrund der teilweisen Planbarkeit der Aufenthalte wies der RH auf den Zusammenhang zwischen der Belagsplanung und einer optimalen Auslastung hin. Er hielt dabei fest, dass die tatsächliche durchschnittliche Belagsdauer in der KAGes 2022 mit knapp 16 Tagen mehr als fünf Tage unter der von ihr angenommenen Aufenthaltsdauer lag. Gleichzeitig war die durchschnittliche Auslastung der Akutgeriatrie-Betten in der KAGes 2018 bis 2022 fast immer niedriger als bei den GGZ sowie den beiden Ordensspitälern und auch niedriger als der Österreichschnitt (z.B. 2022: KAGes rd. 77 %, GGZ rd. 79 %, Ordensspitäler rd. 83 %, Österreichschnitt rd. 79 %).

Der RH hielt zudem fest, dass das LKH Fürstenfeld etwa 2022 nahezu gleich viele potenzielle Patientinnen und Patienten ablehnte, wie es auf die Akutgeriatrie aufnahm. 96 % der Absagen erfolgten aus Kapazitätsgründen.

Der RH empfahl der KAGes, im Sinne der bestmöglichen Nutzung der vorhandenen Strukturen an allen Akutgeriatrien zu erfassen, wie viele Personen aus Kapazitätsgründen abgelehnt wurden und welche alternative Versorgungsmöglichkeit ihnen angeboten wurde. Dies auch, um daraus gegebenenfalls Verbesserungspotenzial abzuleiten und die Planungen der Versorgungsstrukturen zu optimieren.

Der RH hielt kritisch fest, dass für die abgerechneten akutgeriatrischen Tagesbehandlungen am LKH Graz II Standort Süd die Voraussetzungen des LKF-Modells nicht gegeben waren, weil keine stationäre Einheit für Akutgeriatrie eingerichtet war.

Er empfahl dem Gesundheitsfonds Steiermark und der KAGes, bei der Abrechnung von akutgeriatrischen Tagesbehandlungen die Vorgaben des LKF–Modells zu beachten.

9.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark seien die akutgeriatrischen Tagesbehandlungen am LKH Graz II Standort Süd regelkonform erbracht und abgerechnet worden. Das LKH Graz II Standort Süd biete an der neurologischen Abteilung Neuro–Rehabilitationsangebote an. Als Nachsorge nach stationärer Rehabilitation sei eine weiterführende tagesklinische Behandlung möglich. Die neurologische Rehabilitation sei eine spezifische Rehabilitationsform, die sich an Personen nach/mit neurologischen Erkrankungen richte (z.B. Stroke, Hirnblutung). Diese sei daher nicht unter der tagesklinischen Remobilisation subsumiert.

(2) Laut Stellungnahme der KAGes achte sie bei der Errichtung von neuen Einheiten streng auf die Einhaltung der Strukturqualitätskriterien, die auch als Basis für die Abrechnung nach dem LKF–Modell dienen würden. Im besonderen Fall („Akutgeriatrie/Remobilisation(AG/R)–Tagesklinik an der Abteilung für Neurologie am LKH Graz II, Standort Süd“) sei ein innovatives Versorgungsangebot erprobt worden, für das keine andere Abbildung im LKF–Modell möglich gewesen sei. Jedoch würden die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien (abgesehen vom gleichzeitigen Bestehen einer stationären Akutgeriatrie am selben Standort) weitgehend eingehalten. Eine der Akutgeriatrie vergleichbare Fachexpertise sei durch das breite Angebot für Neuro–Rehabilitation am Standort gegeben. Durch die Integration des Standorts Voitsberg in den Verbund LKH Graz II mit Jänner 2025 werde das Fächerangebot um eine stationäre Einrichtung für Akutgeriatrie erweitert. Darüber hinaus sei am LKH Graz II Standort Süd unter der Federführung der Abteilung für Neurologie mit März 2024 ein mobiREM–Team etabliert worden.

Die Empfehlung zur Erfassung von – aus Kapazitätsgründen – auf Akutgeriatrien abgelehnten Personen könne die KAGes nachvollziehen. Sie unterstütze diese grundsätzlich. Basis für eine derartige Dokumentation wäre aber ein steiermarkweites, digital unterstütztes Anmeldemanagement für alle Akutgeriatrie–Versorgungsstufen. Die für die Akutgeriatrie infrage kommenden Patientinnen und Patienten würden in der Regel an mehreren Akutgeriatrie–Einrichtungen und Versorgungsstufen gleichzeitig angemeldet, sodass Ablehnungen auch mehrfach erfasst würden. Vorbereitende Arbeiten für einen digitalen Anmeldeprozess seien bereits im Projekt „Mobile Geriatrische Remobilisation“ begonnen worden und würden in diesem Rahmen weiterverfolgt. Möglich wäre auch, im Rahmen des indirekten Entlassungsmanagements abgelehnte Fälle zu erfassen sowie angebotene Versorgungsmöglichkeiten zu dokumentieren.

9.4 (1) Der RH entgegnete dem Gesundheitsfonds Steiermark, dass sich seine Kritik nicht auf Neuro-Rehabilitationsmaßnahmen bzw. –angebote bezog, sondern auf die – in geringem Umfang – abgerechneten akutgeriatrischen Tagesbehandlungen. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest, bei deren Abrechnung die Vorgaben des LKF-Modells zu beachten.

(2) Der RH nahm die Ausführungen der KAGes zu den akutgeriatrischen Tagesbehandlungen am LKH Graz II Standort Süd zur Kenntnis, verwies aber auf die Vorgaben des LKF-Modells, die eine stationäre Einheit für Akutgeriatrie am Standort vorsahen.

10.1 (1) Das Prozesshandbuch enthielt Richtlinien für die Aufnahme in eine Akutgeriatrie. Diese waren weit gehalten, insbesondere um Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Pflegebedarf oder geringerem Remobilisationspotenzial nicht auszuschließen. Als Aufnahmekriterien nannte das Prozesshandbuch Multimorbidität, Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit und Bedarf an funktionsfördernden und –erhaltenden Maßnahmen. Es wies ausdrücklich darauf hin, dass die Akutgeriatrie auch für Personen zuständig sei, bei denen eine Rückkehr zur (weitgehend) selbstständigen Lebensführung nicht mehr zu erwarten war und die nur eingeschränkt von einer Förderung profitieren könnten. Demnach seien auch Personen mit z.B. schweren demenziellen Erkrankungen geeignet für die Akutgeriatrie, wenngleich sich deren hoher Pflegebedarf auf den Personalstand auswirke.

(2) Die in den Akutgeriatrie-Einheiten der KAGes behandelten Patientinnen und Patienten waren im Jahr 2022 durchschnittlich rd. 78 Jahre alt, die in Akutgeriatrie-Einheiten der GGZ rd. 81 Jahre (Österreichschnitt rd. 80 Jahre). Während auf Akutgeriatrien in der Steiermark 2022 57 % aller Aufenthalte eine Hauptdiagnose⁵⁴ aufwiesen, die insbesondere den Bewegungsapparat betraf (z.B. Arthrosen oder Gelenkverletzungen)⁵⁵, waren es österreichweit 43 %. Rund 15 % (österreichweit) und 12 % (Steiermark) der Aufenthalte gingen auf Krankheiten des Kreislaufsystems⁵⁶ zurück. Laut einem Schreiben der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie an die Leitungen der Akutgeriatrien in Österreich sei die ICD-10-Codierung geriatrischer Diagnosen und Funktionsstörungen noch sehr mangelhaft. Daraus entstehe ein falsches Bild über die an diesen Einheiten erbrachten Leistungen. Die Gesellschaft empfahl eine umfassendere Dokumentation von geriatrischen Funktionsstörungen (z.B. Inkontinenz⁵⁷).

⁵⁴ Die Krankenanstalten codierten Diagnosen nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), 10. Revision.

⁵⁵ Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99): z.B. 619 Aufenthalte wegen Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (S70–S79) oder 776 Aufenthalte wegen Arthrose (M15–M19)

⁵⁶ z.B. Erkrankungen des Herzens oder Schlaganfälle (I00–I99)

⁵⁷ nicht ausreichende Fähigkeit zur kontrollierten Abgabe von Urin oder Stuhl

Im Jahr 2022 war bei 0,6 % der Aufenthalte auf Akutgeriatrien in der Steiermark eine Hauptdiagnose aus dem Bereich psychischer Störungen oder Verhaltensstörungen dokumentiert (Österreichwert: 1,7 %). Rund 1.200 Aufenthalte (22 % aller Aufenthalte) wiesen eine Zusatzdiagnose in diesem Bereich auf (Österreichwert: 30 %). Dabei handelte es sich häufig um Demenzen oder Depressionen. Laut einer Information des Gesundheitsministeriums vom Jänner 2020 zum Österreichischen Demenzbericht würden Schätzungen zufolge in Österreich 115.000 bis 130.000 Menschen mit einer Form der Demenz leben. Aufgrund des kontinuierlichen Altersanstiegs werde sich diese Zahl bis zum Jahr 2050 verdoppeln. Laut Fachliteratur⁵⁸ konnten auch Demenzkranke von Frührehabilitation und Remobilisation profitieren.

(3) Während der ÖSG 2017 für die Remobilisation Patientinnen und Patienten vorsah, die eine Erstbehandlung bereits auf einer anderen Fachabteilung erhalten hatten, konnten Akutgeriatrien Patientinnen und Patienten sowohl primär (akut) als auch sekundär, z.B. zum Weiterführen der Behandlung, aufnehmen. Das Prozesshandbuch unterschied zwischen:

- Patientinnen und Patienten, die wegen eines Akutereignisses und damit ungeplant, z.B. aus dem niedergelassenen Bereich, einer Ambulanz oder einem Pflegeheim, kamen oder die binnen 48 Stunden auf die Akutgeriatrie verlegt wurden (in der Folge: **Primäraufnahmen**), und
- Patientinnen und Patienten, die auf Anfrage durch eine andere Abteilung (oder Krankenanstalt) aus einem anderen akutstationären Bereich und somit teilweise planbar kamen (in der Folge: **Sekundäraufnahmen**).

Laut Prozesshandbuch war eine Aufnahme in eine Akutgeriatrie möglichst zeitnah zum auslösenden Ereignis „wünschenswert“, im Idealfall mittels Primäraufnahme. War eine solche wegen des Diagnostik- oder Therapiebedarfs oder wegen struktureller Gegebenheiten nicht möglich, sollte die Übernahme in die Akutgeriatrie (als Sekundäraufnahme) möglichst frühzeitig stattfinden. Dies, weil Akutgeriatrien die Versorgung älterer multimorbider Menschen bedarfs- und bedürfnisgerechter anbieten könnten als andere Abteilungen.

(4) Laut Auswertungen im Rahmen von Austrian Inpatient Quality Indicators (**A-IQI, TZ 18**) nahmen im Zeitraum Dezember 2021 bis Ende 2022 österreichische Akutgeriatrien 27 % der Patientinnen und Patienten primär auf, in der Steiermark waren es 35 %.

Innerhalb der KAGes hatte das LKH Rottenmann mit 41 % den höchsten Anteil an Primäraufnahmen, das LKH Stolzalpe mit 82 % den höchsten Anteil an Sekundäraufnahmen. Die KAGes verwies im Wesentlichen darauf, dass die Akutgeriatrie-Betten

⁵⁸ Pichler et al., „Memory Akut“ – Versorgungskonzept zur stationären Remobilisation von akut erkrankten Demenzpatienten, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2020, S. 310

im LKH Stolzalpe eine überwiegend sekundäraufnehmende Funktion für orthopädische Patientinnen und Patienten aus dieser Krankenanstalt hätten („Ortho–Rem“ laut RSG Steiermark 2025). Bei den GGZ betrug der Anteil der Primäraufnahmen 34 %.

- 10.2 Der RH hielt fest, dass 2022 in den Akutgeriatrien der steiermärkischen Krankenanstalten deutlich mehr Patientinnen und Patienten (57 %) eine Hauptdiagnose in Zusammenhang mit dem Bewegungsapparat aufwiesen als im Österreichschnitt (43 %).

Er wies außerdem darauf hin, dass im Jahr 2022 in der Steiermark der Anteil der akutgeriatrischen Aufenthalte mit einer Haupt– oder Nebendiagnose (0,6 % bzw. 22 %) im Bereich der psychischen Störungen oder Verhaltensstörungen, z.B. Demenz, im Vergleich zum Österreichwert (1,7 % bzw. 30 %) geringer war. Dies, obwohl das Prozesshandbuch die Aufnahme von Personen mit demenziellen Erkrankungen in die Akutgeriatrie ausdrücklich vorsah und der Bevölkerungsanteil dieser Personen anstieg.

Der RH hielt fest, dass im Zeitraum Dezember 2021 bis Ende 2022 nahezu zwei Drittel der Patientinnen und Patienten in der Steiermark sekundär auf Akutgeriatrien aufgenommen wurden, obwohl dies laut Prozesshandbuch nicht der Optimalfall war und eine Aufnahme möglichst zeitnah zum auslösenden Ereignis stattfinden sollte. In ganz Österreich waren in diesem Zeitraum nur 27 % der Aufnahmen primär.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern die Gründe für die vergleichsweise niedrige Zahl an Primäraufnahmen in Akutgeriatrien zu analysieren. Dies, um gegebenenfalls bestehende Versorgungslücken für geriatrische Patientinnen und Patienten (z.B. auch mit internistischen Beschwerdebildern als auslösendes Ereignis) zu identifizieren und deren Versorgung am Best Point of Service sicherzustellen.

Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in TZ 7 zu einer umfassenden Analyse der Akutgeriatrie und der Remobilisation, etwa im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit der ÖSG–Definitionen und deren Abgrenzung oder die jeweils tatsächlich versorgten bzw. idealerweise zu versorgenden Patientengruppen sowie die jeweiligen Versorgungsaufträge.

- 10.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums unterstütze es die Empfehlung zu einer Analyse der vergleichsweise niedrigen Zahl an Primäraufnahmen in Akutgeriatrien. Eine Prüfung sowie allfällige Adaptierung der Vorgaben des ÖSG für die Akutgeriatrie und die Remobilisation seien bereits in den Themenspeicher der „AG Gesundheitsplanung“ aufgenommen, die Arbeiten für das Jahr 2025 geplant.

(2) Die Stadt Graz (GGZ) hielt in ihrer Stellungnahme Folgendes fest:

- Für Patientinnen und Patienten mit Demenz sollten differenzierte Betreuungsbereiche in der Akutgeriatrie geschaffen werden.
- Um der zunehmenden Zahl demenzkranker Menschen ein auf ihre Bedürfnisse angepasstes Versorgungsangebot bei gesundheitlichen Akutereignissen zur Verfügung zu stellen, sollten in Akutgeriatrien spezialisierte Bereiche nach dem in den GGZ implementierten und evaluierten Modell „Memory–akut“ eingerichtet werden.
- Diese „Memory–akut–Bereiche“ sollten Teil der Akutgeriatrie sein, jedoch in der Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams, in der baulichen Gestaltung des Bereichs und in den therapeutischen Prozessen auf demenzkranke Patientinnen und Patienten speziell angepasst sein.
- In den GGZ sollten zehn Akutgeriatrie–Betten eingerichtet werden, die strukturell und in der Betreuungsplanung auf die Versorgung demenzkranker Akutgeriatrie–Patientinnen und –Patienten speziell adaptiert seien.

Remobilisation in Niederösterreich

- 11.1 (1) Die NÖ Landesgesundheitsagentur verfügte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung, mit Ausnahme des Zentrums für Altersmedizin im LK Waidhofen/Thaya, über keine akutgeriatriische Bettenstruktur. Innerhalb der niederösterreichischen Krankenanstalten dienten Remobilisationen als Einheiten u.a. zur Betreuung und Remobilisierung von älteren Patientinnen und Patienten mit multidimensionalem Versorgungsbedarf⁵⁹. Auch hier waren gemäß LKF–Modell spezielle Personalvorgaben zu erfüllen (**TZ 12**) und die Leistungen pauschal über einen Tagessatz mit 303 LKF–Punkten (höchstens 28 Belagstage möglich) abzurechnen. Der RSG Niederösterreich 2025, Teil 1 nannte als Planungsvorgabe mit Planungshorizont 2025 96 Remobilisations–Betten in Niederösterreich.

⁵⁹ zu den an das LK Wiener Neustadt angegliederten interdisziplinären Betten siehe **TZ 6**

(2) Die Remobilisation stellte sich in Niederösterreich von 2018 bis 2022 wie folgt dar:

Tabelle 7: Kennzahlen Remobilisation in Niederösterreich

	NÖ Landesgesundheitsagentur			
	2018	2020	2022	Veränderung 2018 bis 2022
	Anzahl			in %
tatsächliche Betten	94	81	37	-60,6
Aufenthalte	1.678	1.093	647	-61,4
Belagstage	26.276	15.932	10.455	-60,2
durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	15,7	14,6	16,2	3,2
durchschnittliches Patientenalter in Jahren	76,6	76,3	77,5	1,1
	in %			in Prozentpunkten
Auslastung	76,6	53,7	77,4	0,8
	in Mio.			in %
LKF–Punkte	15,37	8,78	4,24	-72,4

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: DIAG

LKF = Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

Die tatsächlichen Betten reduzierten sich im überprüften Zeitraum um fast 61 % von 94 auf 37 (systemisiert waren 2018 bis 2022 jeweils 97 Betten). In ähnlichem Ausmaß sanken auch die Aufenthalte und Belagstage. Die Auslastung ging im Jahr 2020 stark zurück, stieg aber bis 2022 – bei deutlich weniger Betten – auf rd. 77 % und damit wieder auf das Niveau von 2018.

Die NÖ Landesgesundheitsagentur begründete die starke Bettenreduktion im Wesentlichen mit pandemiebedingten Personalausfällen und mit der Umfunktionierung von Remobilisations–Einheiten zu COVID–19–Stationen, vor allem in den LK Neunkirchen und Gmünd. Zudem habe es, ebenfalls pandemiebedingt, weniger Operationen im Bereich Orthopädie und Traumatologie gegeben. Eine Detailauswertung darüber, welche Stationen wie lange zu COVID–19–Stationen umfunktioniert waren, konnte die NÖ Landesgesundheitsagentur nicht vorlegen. Die Betten wurden hauptsächlich im LK Neunkirchen (von 26 Betten 2020 auf drei Betten 2021⁶⁰ bzw. 2022) und LK Gmünd (von 25 Betten 2019 mit jährlicher Reduktion auf acht Betten 2022) verringert. Im LK Scheibbs sank die Bettenzahl von 2020 bis 2022 um mehr als die Hälfte auf elf Betten, jene im LK Klosterneuburg blieb mit 15 Betten gleich.

⁶⁰ Im Jahr 2021 rechnete das LK Neunkirchen keine Remobilisations–Leistungen auf diesen drei Betten ab.

Von Jänner 2023 bis Oktober 2023 standen 69 Remobilisations–Betten zur Verfügung.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war im Zeitraum 2018 bis 2022 im LK Neunkirchen am niedrigsten (z.B. im Jahr 2022 13 Belagstage) und lag auch insgesamt deutlich unter der maximal abrechenbaren Aufenthaltsdauer von 28 Tagen. Österreichweit betrug sie in diesem Zeitraum durchschnittlich rd. 15 Tage. Niederösterreichische Krankenanstalten legten teilweise intern eine maximale bzw. optimale Aufenthaltsdauer deutlich unter 28 Tagen fest (z.B. LK Neunkirchen 14 Tage).

Die durchschnittliche Auslastung der Remobilisations–Betten bewegte sich im Jahr 2022 in einer Bandbreite zwischen 59 % im LK Neunkirchen und 91 % im LK Klosterneuburg. Die an das LK Wiener Neustadt angegliederten Betten der rd. 15 km vom LK Neunkirchen entfernten Sonderkrankenanstalt (TZ 6) waren 2018 zu 65 % und 2022 zu 80 % ausgelastet. Seit der Eröffnung des neu gebauten LK Neunkirchen im Jahr 2015 lag die Auslastung der Remobilisations–Betten niederösterreichweit nie über 80 %. Die NÖ Landesgesundheitsagentur verfügte über keine Auswertungen, ob bzw. wie viele Personen von den Remobilisationen z.B. aus Kapazitätsgründen abgewiesen wurden und welche Alternativen diesen angeboten wurden.

(3) Die Reduktion der Remobilisations–Betten führte 2018 bis 2022 zu keiner wesentlichen Erhöhung der Kapazitäten etwa in der rehabilitativen Übergangspflege (TZ 13). Die NÖ Landesgesundheitsagentur hielt in einem Konzeptpapier vom Juni 2023 fest, dass Niederösterreich eines der wenigen Länder ohne Akutgeriatrie sei. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer zunehmenden Multimorbidität im Alter sei die Einführung solcher Versorgungsformen notwendig. Das Pilotprojekt Zentrum für Altersmedizin in Waidhofen/Thaya verfügte ab Oktober 2022 über zwölf Akutgeriatrie–Betten, Ende 2023 waren es 40 Betten. Bis 2030 waren in Niederösterreich rd. 300 Akutgeriatrie–Betten und 81 Remobilisations–Betten geplant (TZ 7, TZ 8).

(4) Obwohl ein höheres Alter kein Aufnahmekriterium für die Remobilisation war, waren die Patientinnen und Patienten in Niederösterreich im Jahr 2022 im Durchschnitt 77,5 Jahre alt (Österreichwert: 76,1). Im Jahr 2022 wiesen österreichweit rd. 72 % eine Hauptdiagnose in Zusammenhang mit vor allem dem Bewegungsapparat auf, in Niederösterreich 80 %. Rund 9 % (österreichweit) und 5 % (Niederösterreich) der Aufenthalte gingen auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurück. 97 % der Aufnahmen in Niederösterreich erfolgten 2022 sekundär (im Anschluss an den Aufenthalt an einer anderen Abteilung oder Krankenanstalt); dies entsprach dem Österreichschnitt.

- 11.2 Der RH hielt fest, dass im Zeitraum 2018 bis 2022 die Patientinnen und Patienten auf niederösterreichischen Remobilisationen (z.B. Alter 2022: 77,5 Jahre) nur geringfügig jünger waren als jene in steirischen Akutgeriatrien (TZ 9, Tabelle 6).

Er wies darauf hin, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur die Remobilisations-Betten von 2018 bis 2022 um fast 61 % auf 37 Betten reduzierte. Auch mangels konkreter Auswertungen, welche Remobilisations-Stationen für welchen Zeitraum zu COVID-19-Stationen umfunktioniert wurden, war diese Entwicklung für den RH nur teilweise nachvollziehbar.

Der RH sah die Reduktion der Remobilisations-Betten umso kritischer, als die NÖ Landesgesundheitsagentur in ihrem Konzeptpapier vom Juni 2023 festhielt, dass die akutgeriatrischen Strukturen in Niederösterreich nicht ausreichend waren. Zudem versorgte die Remobilisation, ähnlich einer Akutgeriatrie, vorrangig ältere Patientinnen und Patienten. Auch mit der Aufstockung im Jahr 2023 auf 69 Remobilisations-Betten war der Wert von 2018 nicht erreicht.

Der RH verwies auf seine Empfehlung an die Länder Niederösterreich und Steiermark sowie die beiden Gesundheitsfonds in TZ 7, ein längerfristiges, alle Angebote umfassendes Gesamtkonzept bzw. eine Gesamtstrategie für die optimale, effektive Versorgung insbesondere von geriatrischen Patientinnen und Patienten am Best Point of Service zu entwickeln.

Weiters beurteilte der RH kritisch, dass die Auslastung der Remobilisations-Betten im Jahr 2022 trotz deren Reduktion seit 2018 um fast 61 % nur bei rd. 77 % lag. Dies vor dem Hintergrund der teilweise planbaren Sekundäraufnahmen (TZ 10) und angesichts der für Niederösterreich verfügbaren 37 Remobilisations-Betten. In diesem Zusammenhang wies der RH auch auf die teilweise (z.B. 2018) niedrige Auslastung der an das LK Wiener Neustadt angegliederten Betten der Sonderkrankenanstalt hin.

[Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur daher, ihre Belagsplanung in der Remobilisation unter Berücksichtigung der Kapazitäten aller Krankenanstalten-Standorte zu optimieren.](#)

Der RH bewertete kritisch, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur – auch angesichts der unterschiedlichen Auslastung der einzelnen Remobilisationen (z.B. 2022: 59 % im LK Neunkirchen und 91 % im LK Klosterneuburg) – nicht auswerten konnte, ob bzw. wie viele Personen von den Remobilisationen aus Kapazitätsgründen abgewiesen wurden und welche Alternativen diesen angeboten wurden.

Im Sinne der bestmöglichen Nutzung der vorhandenen Strukturen empfahl der RH der NÖ Landesgesundheitsagentur, an allen Remobilisationen zu erfassen, wie viele Personen aus Kapazitätsgründen abgelehnt wurden und welche alternative Versorgungsmöglichkeit ihnen angeboten wurde. Dies auch, um daraus gegebenenfalls Verbesserungspotenzial abzuleiten und die Planungen der Versorgungsstrukturen zu optimieren.

- 11.3 Laut Stellungnahme der NÖ Landesgesundheitsagentur werde sie aufgrund der (hoch-)planbaren Versorgung im Bereich Remobilisation im Rahmen des rollierenden Steuerungsprozesses auf eine effiziente Nutzung der Ressourcen achten. Generell erfolge die Versorgung bzw. die stationäre Belegung von Strukturen in der NÖ Landesgesundheitsagentur aber weiterhin entlang bedarfsorientierter Versorgungskriterien. Die bloße Auslastungsoptimierung sei auch in Zukunft kein alleiniges Zielkriterium.

Die Empfehlung, auf Remobilisationen aus Kapazitätsgründen abgelehnte Personen zu erfassen, setze eine etablierte, einheitlich strukturierte Datenerfassung in einem niederösterreichweiten elektronischen System voraus. Dieses müsse sowohl den Kliniken der NÖ Landesgesundheitsagentur als auch externen Krankenanstalten zugänglich sein. Zur Zeit der Stellungnahme sei ein solches System nicht etabliert. Im Rahmen künftiger Digitalisierungs- und Harmonisierungsprojekte werde geprüft, ob eine Umsetzung der Empfehlung möglich sei.

- 11.4 Der RH stimmte der NÖ Landesgesundheitsagentur zu, dass eine Auslastungsoptimierung nicht das alleinige Zielkriterium sein konnte. Versorgungsstrukturen sollten im Sinne einer effizienten Mittelverwendung bedarfsorientiert angeboten werden. Angesichts der unterschiedlichen Auslastung der einzelnen Remobilisationsstandorte und einer Auslastung von 77 % für alle 37 tatsächlichen Remobilisations-Betten im Jahr 2022 hielt der RH an seinen Empfehlungen fest, die Belagsplanung zu optimieren und aus Kapazitätsgründen an einem Standort abgelehnte Personen zu erfassen. Auch für eine optimale Planung der Versorgungsstrukturen waren valide Daten über die Nachfrage an den einzelnen Standorten über einen längeren Zeitraum wesentlich.

Personelle Ausstattung von Akutgeriatrie und Remobilisation

- 12.1 (1) Um stationäre Behandlungen auf einer Akutgeriatrie (durch ein interdisziplinäres Team und durch ein multidimensionales Behandlungs- und Betreuungsangebot) oder Remobilisation abrechnen zu können, mussten die Krankenanstalten in diesen Einheiten gemäß LKF-Modell bestimmte Personalvorgaben für ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal einhalten:

Tabelle 8: Personalvorgaben für Akutgeriatrie und Remobilisation (2018 bis 2022)

Personalgruppe	Akutgeriatrie	Remobilisation
	Vollzeitäquivalente pro tatsächlichem Bett	
ärztliches Personal	0,11	0,07
Pflege	0,67	0,50
therapeutisches Personal	0,12	0,08
psychologisches Personal ¹	0,01	–
Sozialarbeit	0,02	–
Summe	0,93	0,65

¹ Klinische Psychologinnen bzw. Psychologen mit Psychotherapieausbildung oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Quelle: BMSGPK

(2) (a) Bei den Akutgeriatrien der KAGes erfüllten laut Auswertungen des tatsächlichen Personalstandes u.a. folgende Krankenanstalten die Vorgaben für folgende Personalgruppen im Zeitraum 2018 bis 2022 nicht:

- das LKH Fürstenfeld für das therapeutische Personal in vier von fünf überprüften Jahren,
- das LKH Mürzzuschlag für das ärztliche Personal im gesamten überprüften Zeitraum und
- das LKH Rottenmann für das Pflegepersonal in den Jahren 2018, 2019 und 2021.

Die Vorgaben für das psychologische Personal waren an mehreren Standorten zumindest teilweise nicht, im LKH Stolzalpe durchgängig nicht erfüllt. Darüber hinaus lagen mehrere Standorte in einzelnen Jahren unter den Vorgaben für einzelne Personalgruppen. Dabei handelte es sich allerdings teilweise um nur knappe Unterschreitungen oder um die von COVID-19 betroffenen Jahre 2020 und 2021.

Die Personaldaten in der DIAG⁶¹ stimmten im Zeitraum 2018 bis 2022 bei mehreren Krankenanstalten nicht mit den Auswertungen der KAGes überein. Gemäß den DIAG-Daten hätte z.B. das LKH Fürstenfeld auch die Vorgaben für das ärztliche Personal nicht erfüllt, das LKH Mürzzuschlag jene für das therapeutische Personal nicht.

(b) Die GGZ erfüllten die Personalvorgaben des LKF-Modells im gesamten überprüften Zeitraum und verfügten teilweise über mehr Personal als erforderlich (z.B. 0,22 VZÄ therapeutisches Personal im Jahr 2022).

(c) Für die Remobilisations-Einheiten in Niederösterreich zeigten die DIAG-Auswertungen Folgendes: Das LK Gmünd erfüllte die LKF-Vorgaben durchgängig von 2018 bis 2022. Das LK Klosterneuburg und das LK Scheibbs wiesen für das therapeutische Personal durchgängig keine Angaben auf, das LK Neunkirchen im Jahr 2022 nicht.

(3) Das LKF-Modell enthielt zwar für einige spezielle Leistungsbereiche – neben Akutgeriatrie und Remobilisation etwa auch Psychiatrie – spezifische Personalvorgaben, aber keine konkreten Regelungen, wie diese zu prüfen waren. Laut Gesundheitsministerium prüfe der zuständige Landesgesundheitsfonds die LKF-Personalvorgaben im Zuge der Einstufung der speziellen Leistungsbereiche im Regelfall einmal jährlich im Voraus. Das Gesundheitsministerium gebe aber nicht vor, wie diese Vorgaben zu prüfen seien.

Der NÖGUS gab an, dass er die Einhaltung der Personalvorgaben grundsätzlich im Rahmen des LKF-Jahresabschlusses kontrolliere. Die jährlich gemeldeten VZÄ (Statistikdaten) je Personalgruppe und Funktionscode würden mit den tatsächlich gemeldeten Betten geprüft. Nach Rückfrage bei der NÖ Landesgesundheitsagentur würden das LK Klosterneuburg und das LK Scheibbs das therapeutische Personal nicht explizit der Remobilisation zuordnen, sondern für die gesamte Krankenanstalt einsetzen.

Der Gesundheitsfonds Steiermark verwies hinsichtlich der Kontrolle der Personalvorgaben auf die von den Krankenanstalten jährlich zu erbringende Meldung der VZÄ je Station und Personalgruppe. Bei der jährlichen Genehmigung des Leistungsbereichs Akutgeriatrie werde die Einhaltung der Vorgaben des LKF-Modells geprüft. Eine Genehmigung gelte immer für das gesamte Jahr, auf Personalfluktuaton könne im Rahmen der Genehmigung nicht eingegangen werden.

⁶¹ Zum Bereich Sozialarbeit waren in der DIAG keine Daten vorhanden.

- 12.2 Der RH hielt kritisch fest, dass die Akutgeriatrien der KAGes die Personalvorgaben gemäß LKF–Modell von 2018 bis 2022 teilweise nicht erfüllten bzw. dass entsprechende Angaben in der DIAG fehlten. Die KAGes–Auswertungen zum Personal in den Akutgeriatrien stimmten teilweise nicht mit den Daten in der DIAG überein. Die GGZ erfüllten laut DIAG–Auswertungen die Personalvorgaben für die Akutgeriatrie.

Auch zwei Remobilisationen in Niederösterreich wiesen für das therapeutische Personal im überprüften Zeitraum keine Angaben auf, weil das therapeutische Personal laut Angaben des NÖGUS und der NÖ Landesgesundheitsagentur für die gesamte Krankenanstalt eingesetzt werde. Aufgrund der fehlenden Zuordnung zur Remobilisation waren für den RH sowohl die Einhaltung der Personalvorgaben durch die Krankenanstalten als auch deren Prüfung durch den NÖGUS nicht nachvollziehbar.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur und der KAGes, die Personalvorgaben gemäß LKF–Modell für Remobilisationen bzw. Akutgeriatrien einzuhalten und Personaldaten nachvollziehbar zu dokumentieren.

Der RH hielt fest, dass der Gesundheitsfonds Steiermark nur im Voraus aufgrund der Angaben für die jährliche Genehmigung der speziellen Leistungsbereiche prüfte, ob die gemeldeten VZÄ den Vorgaben des LKF–Modells für Akutgeriatrien und Remobilisationen entsprachen. Die tatsächliche Erfüllung dieser Vorgaben, die u.a. eine interdisziplinäre Patientenbetreuung gewährleisten sollten, kontrollierte er nicht. Das Gesundheitsministerium bestätigte diese Vorgangsweise.

Der RH wies darauf hin, dass nur einige Leistungsbereiche LKF–Personalvorgaben zu erfüllen hatten und bemängelte das Fehlen zweckmäßiger Regelungen für deren Prüfung: Zur Zeit der Gebarungüberprüfung war eine einmalige Prüfung der Angaben der Krankenanstalten pro Jahr durch die Landesgesundheitsfonds laut Gesundheitsministerium der Regelfall. Es war daher möglich, dass Krankenanstalten Leistungen nach dem LKF–Modell abrechneten, ohne – z.B. aufgrund von Personalfuktuation während des Jahres – die dafür erforderlichen Personalvorgaben tatsächlich zu erfüllen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern bzw. den Landesgesundheitsfonds eine geeignete Vorgangsweise für eine effektive und regelmäßige Kontrolle der Personalvorgaben des LKF–Modells zu erarbeiten und umzusetzen.

- 12.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei im Zuge der Wartungsarbeiten für das LKF–Modell 2026 vorgesehen, den Personalschlüssel für die Genehmigung spezieller Funktionseinheiten – darunter auch Akutgeriatrie und Remobilisation – zu evaluieren. Detaillierte Daten aus dem Nachkalkulationsprojekt für das LKF–Modell 2025 bzw. aus der Krankenanstalten–Statistik 2022 würden die

Datengrundlage für eine allfällige Überarbeitung der Personalschlüssel bilden. Diese Daten würden dem LKF–Arbeitskreis voraussichtlich im Herbst 2024 vorgelegt. Danach sei vorgesehen, einen expertengestützten Vorschlag für angepasste Personalschlüssel zur Abstimmung im LKF–Arbeitskreis im ersten Quartal 2025 zu erarbeiten. Bei Einigkeit darüber könnten adaptierte Personalschlüssel samt Kontrollmechanismen im Rahmen des Beschlusses des LKF–Modells 2026 durch den Ständigen Koordinierungsausschuss entschieden werden.

(2) Laut Stellungnahme der NÖ Landesgesundheitsagentur liege die prinzipielle Verantwortung der Ressourcenallokation als Kernaufgabe bei den kollegialen Führungen in Zusammenschau mit den Leistungsverträgen zwischen der NÖ Landesgesundheitsagentur und den Organisationsgeschäftsführungen. Die vorgegebenen Rahmenbedingungen, wie das LKF–Modell für Remobilisation bzw. Akutgeriatrie, würden dabei eingehalten. Weiters wies die NÖ Landesgesundheitsagentur auf laufende Personalentwicklungsprojekte hin.

(3) Der Gesundheitsfonds Steiermark anerkannte in seiner Stellungnahme die Forderung des RH nach einem validen und einfach umsetzbaren Kontrollsystem für die Einhaltung der Personalvorgaben an den Akutgeriatrien und Remobilisationen. Ungeachtet der vom Gesundheitsministerium auszuarbeitenden Maßnahmen werde der Gesundheitsfonds Steiermark überlegen, wie Personalfluktuationen bei den Krankenanstalten besser monitiert würden und wie in der Folge damit umgegangen werden sollte.

(4) Laut Stellungnahme der KAGes entspreche die Personalbedarfsberechnung den Vorgaben des ÖSG und des LKF–Modells. Die Zuordnung zur Dienststelle Akutgeriatrie sei nicht durchgängig für alle Berufsgruppen gleich. So seien z.B. die Ärztinnen und Ärzte im LKH Murtal, Standort Stolzalpe, und am LKH Rottenmann–Bad–Aussee, Standort Rottenmann, im Stellenplan der Internen bzw. orthopädischen Abteilung zugeordnet (Pool), ebenso wie die Therapeutinnen und Therapeuten am Standort Stolzalpe. Die KAGes werde die Empfehlung des RH aufgreifen und die LKH künftig auf eine detailgetreuere Dokumentation der Personalausstattung u.a. für die DIAG hinweisen.

12.4 (1) Der RH begrüßte gegenüber dem Gesundheitsministerium die geplante expertengestützte Weiterentwicklung der Personalvorgaben des LKF–Modells, bekräftigte aber die Notwendigkeit von Regelungen für eine effektive und regelmäßige Kontrolle der bereits bestehenden Personalvorgaben. Er hielt daher im Sinne der Gewährleistung u.a. einer interdisziplinären Patientenbetreuung an seiner Empfehlung fest.

(2) Gegenüber der NÖ Landesgesundheitsagentur hielt der RH fest, dass die Einhaltung der Personalvorgaben insbesondere bei zwei Krankenanstalten mangels Zuordnung des therapeutischen Personals nicht überprüfbar war. Er erachtete die

Einhaltung dieser Vorgaben und deren objektive Überprüfbarkeit als wesentliches Qualitätsmerkmal und betonte die damit verbundene Verantwortung der NÖ Landesgesundheitsagentur als Träger der Krankenanstalten. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Rehabilitative Übergangspflege in Niederösterreich

Allgemeines und Therapieangebot

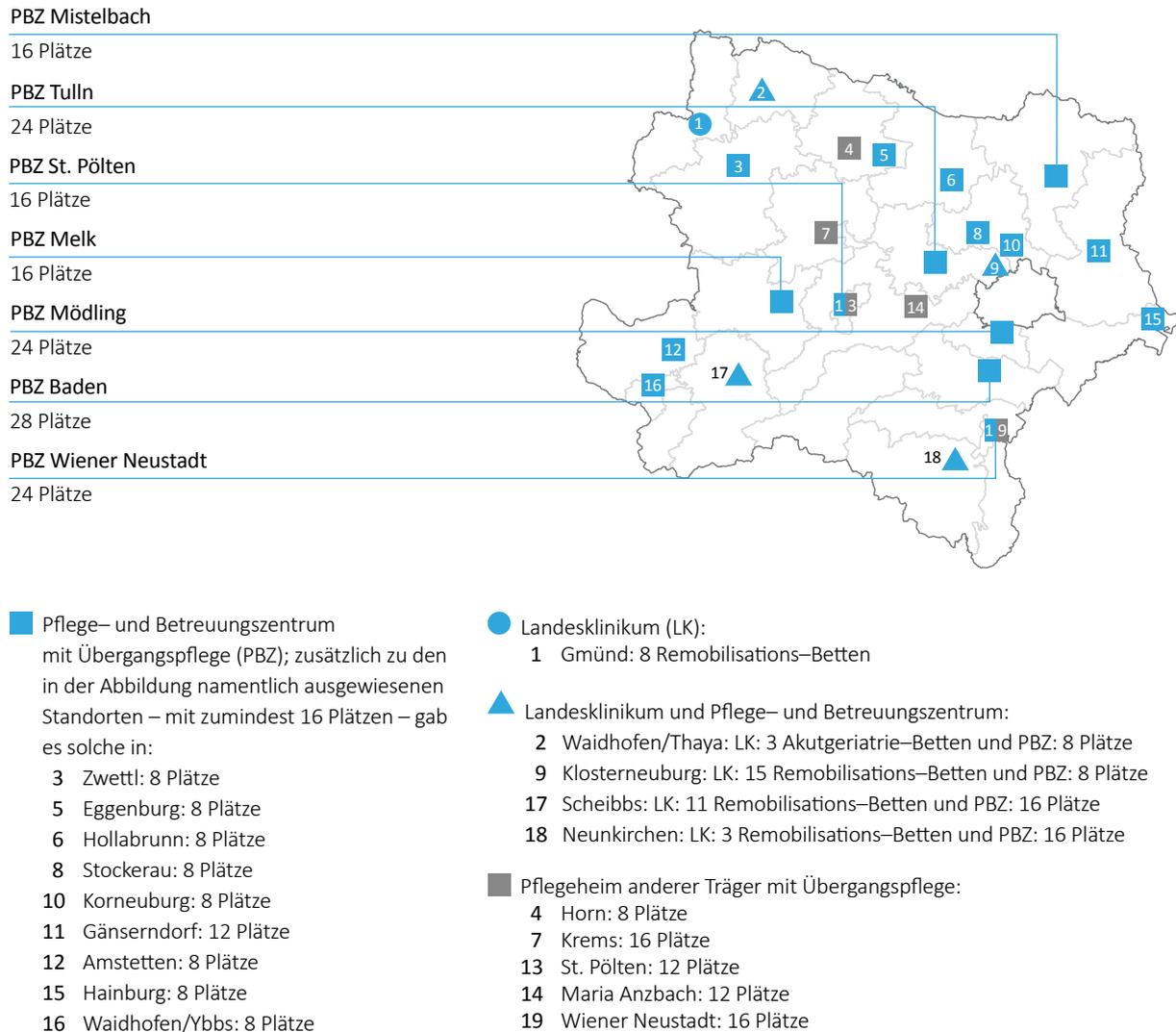
- 13.1 (1) In Niederösterreich konnten Pflegeheime als sogenannte Übergangspflegezentren rehabilitative Übergangspflege (in der Folge: **Übergangspflege**) in eigenen, nur für diesen Zweck genutzten Einheiten anbieten. Im Jahr 2022 gab es Übergangspflegezentren an 25 Standorten mit insgesamt 336 Plätzen.⁶² 272 Plätze (2022: 269 tatsächliche Plätze) davon befanden sich in 20 – häufig in Bezirkshauptstädten gelegenen – Pflege- und Betreuungszentren der NÖ Landesgesundheitsagentur.⁶³

⁶² Bis 2022 waren es 24 Standorte mit 320 Plätzen. Mitte 2022 wurde in einem neu gebauten Pflegeheim ein weiteres Übergangspflegezentrum mit 16 Plätzen eingerichtet und ab September schrittweise belegt (537 Verpflegstage bis Jahresende).

⁶³ Insgesamt gab es in Niederösterreich Ende 2021 48 Pflege- und Betreuungszentren der NÖ Landesgesundheitsagentur und 57 private Pflegeeinrichtungen mit insgesamt über 10.000 Plätzen. Im Jahr 2020 war die Übergabe der Betriebsführung der Pflege- und Betreuungszentren vom Land Niederösterreich an die NÖ Landesgesundheitsagentur erfolgt.

Die folgende Abbildung zeigt die Standorte der Übergangspflegezentren sowie der Krankenanstalten mit Remobilisationen im Jahr 2022⁶⁴:

Abbildung 4: Übergangspflegezentren und Krankenanstalten mit Remobilisationen in Niederösterreich 2022



Quellen: Land Niederösterreich; NÖ Landesgesundheitsagentur; Darstellung: RH

⁶⁴ einschließlich des Zentrums für Altersmedizin in Waidhofen/Thaya (Akutgeriatrie)

Daneben konnten auch alle anderen bewilligten Pflegeeinrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen und teilweise anderen Qualitätskriterien (z.B. keine in sich geschlossene Einheit erforderlich, sondern Integration in den Langzeitpflegebereich möglich) Übergangspflege anbieten.⁶⁵ Ihr Ziel war es, Personen nach einem Krankenhausaufenthalt durch Therapieleistungen eine Entlassung nach Hause zu ermöglichen (mit oder ohne Unterstützung z.B. durch Angehörige oder mobile Pflegedienste).

Die Übergangspflege konnten Personen für maximal zwölf Wochen pro Kalenderjahr beanspruchen, wenn sie der rehabilitativen Pflege und Betreuung bedurften, weil z.B. ein Akutereignis den Verlust bisheriger Fähigkeiten bewirkt hatte. Voraussetzung war, dass

- die Betreuung im häuslichen Rahmen aufgrund des Pflegebedarfs nicht möglich war,
- die betroffene Person willens und in der Lage war, aktiv an den Therapien teilzunehmen und
- sie bereit war, erforderliche Maßnahmen, wie eine Adaptierung des Wohnumfelds, für eine Rückkehr nach Hause zu organisieren.

Eine schwere Demenz oder eine Suchterkrankung etwa war ein Ausschlussgrund. Da die Übergangspflege nicht als Überbrückung der Wartezeit auf einen Platz in der stationären Langzeitpflege genutzt werden sollte, war ein direkter Wechsel in diese nicht vorgesehen.

Der vom Land Niederösterreich herausgegebene „Leitfaden Übergangspflege“ regelte das Zusammenwirken zwischen Bezirksverwaltungsbehörde, Pflegeheim und Entlassungsmanagement der Landeskliniken bei der Aufnahme in die Übergangspflege.

⁶⁵ Der RH überprüfte die Übergangspflege in Niederösterreich vor dem Hintergrund einer Alternative zur Betreuung in Akutgeriatrien oder Remobilisationen. Er beschränkte sich daher insbesondere auf das ärztliche, pflegerische und therapeutische Angebot in diesen Einrichtungen. Fragen der Angebotsplanung in der stationären Pflege, der Beziehungen zu und Vertragsgestaltung mit anderen Leistungserbringern als der NÖ Landesgesundheitsagentur, die Bewilligung von Pflegeeinrichtungen, die Tarifgestaltung oder die Aufsicht des Landes über Pflegeeinrichtungen waren nicht Thema dieser Gebarungsüberprüfung. Aus diesem Grund beschränkte sich der RH im Wesentlichen auf die Übergangspflegezentren der NÖ Landesgesundheitsagentur und – aus inhaltlicher Sicht – insbesondere auf die Jahre 2020 bis 2022. Zur Bedarfs- und Angebotsplanung in der Pflege, zur Tarifgestaltung etc. verwies der RH auf seinen Bericht „Pflege in Österreich“ (u.a. Reihe Bund 2020/8).

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung ausgewählter Kennzahlen in den Übergangspflegezentren der NÖ Landesgesundheitsagentur:

Tabelle 9: Kennzahlen zu Übergangspflegezentren in Niederösterreich

	NÖ Landesgesundheitsagentur ¹			
	2018	2020	2022	Veränderung 2018 bis 2022
	Anzahl			in %
Standorte	20	20	20	–
tatsächliche Plätze	262	272	269	2,7
Aufenthalte ²	1.579	1.307	1.415	-10,4
Verpflegstage ³	85.985	75.953	78.363	-8,9
durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	48,9	52,4	49,5	1,3
durchschnittliches Patientenalter in Jahren	80	81	80	–
	in %			in Prozent- punkten
Auslastung nach Verpflegstagen	89,9	76,4	79,9	-10

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: NÖ Landesgesundheitsagentur

¹ Im Jahr 2020 wurde die Betriebsführung der Pflege- und Betreuungszentren vom Land Niederösterreich an die NÖ Landesgesundheitsagentur übergeben. Die NÖ Landesgesundheitsagentur konnte aus dem Dokumentationssystem auch Daten zu 2018 übermitteln.

² nach der Anzahl der Entlassungen im jeweiligen Kalenderjahr

³ Dazu kamen etwa im Jahr 2022 15.521 Verpflegstage in Übergangspflegezentren anderer Träger und 2.150 Verpflegstage in Pflegeheimen anderer Träger mit Übergangspflege. Letztere hatten sich von 2018 bis 2022 – auch zugunsten von Langzeitpflegeplätzen und infolge von COVID-19 – um 78 % (2018: 9.646) reduziert.

Sowohl die Aufenthalte als auch die Verpflegstage gingen 2020 und 2021 deutlich zurück (z.B. um 12 % bei den Verpflegstagen von 2019 auf 2020). Im Jahr 2022 stiegen sie wieder, wobei gegenüber 2018 noch immer ein Rückgang von rd. 10 % zu verzeichnen war. Dementsprechend lag auch die Auslastung im Jahr 2022 um zehn Prozentpunkte unter jener von 2018 (rd. 90 %). Sie war 2022 an den einzelnen Standorten sehr unterschiedlich und reichte von 55 % in Neunkirchen – wo sich die tatsächlichen Plätze zwischen 2018 und 2019 auf 16 verdoppelt hatten – bis 97 % in Tulln. 2020 lag sie in drei Heimen unter 50 %.⁶⁶ Die NÖ Landesgesundheitsagentur gab an, dass die unterschiedliche Auslastung mit der Situation rund um die COVID-19-Pandemie erklärbar sei.

(3) Die erste Entscheidung darüber, ob eine Patientin bzw. ein Patient zur Zielgruppe der Übergangspflege gehörte, traf die betreuende Krankenanstalt im Rahmen ihres Entlassungsmanagements. Sie hatte den Aufnahmeantrag samt Unterlagen (etwa ärztlicher Bericht und Indikationsliste) gleichzeitig an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde und den Anbieter der Übergangspflege zur Prüfung zu übermitteln.

⁶⁶ Klosterneuburg, Neunkirchen und Waidhofen/Thaya

War eine Aufnahme möglich, schloss der Anbieter einen (privatrechtlichen) Betreuungsvertrag mit dem Pflegegast. Die Übersicht über die Antragstellungen und die Genehmigung der Anträge bzw. Plätze oblag den Bezirksverwaltungsbehörden.

(4) Laut dem „Leitfaden Übergangspflege“ lag der Übergangspflege ein interdisziplinäres Therapiekonzept zugrunde. Bei der Aufnahme sollte gemeinsam mit dem Pflegegast ein Therapieziel festgelegt werden. Alle physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen waren mit Zeitangaben und Durchführungsnachweis in einem Therapieplan festzuhalten. Das Therapieausmaß war – entsprechend dem Krankheitsbild und dem Befinden des Pflegegastes – in den Zeiteinheiten flexibel gestaltbar. Alle Pflegemaßnahmen sollten im Sinne einer aktivierenden Pflege auf die Förderung der Eigenaktivitäten und der Selbstständigkeit des Pflegegastes ausgerichtet sein („Hilfe zur Selbsthilfe“); der Verlauf war regelmäßig – z.B. mittels des standardisierten Messinstruments Functional Independence Measure (**FIM**) – zu kontrollieren.

Für die Entlassungsvorbereitung, die bereits bei der Aufnahme beginnen sollte und in die Angehörige einzubeziehen waren, war der Gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege („diplomierte Pflege“) zuständig.

(5) Für jeden Pflegegast mussten die Übergangspflegezentren eine regelmäßige ärztliche Visite – mindestens einmal pro Woche – z.B. für die medikamentöse Einstellung gewährleisten; außerdem war eine Ärztin bzw. ein Arzt bei der Aufnahme und bei der Entlassung zu konsultieren (Erstellung eines Arztbriefs für die Hausärztin bzw. den Hausarzt).

Der RH stellte bei Überprüfungen der gesamten Dokumentation von beispielhaft ausgewählten 15 Pflegegästen in Übergangspflegezentren der NÖ Landesgesundheitsagentur (in der Folge: **Fallauswahl**, **TZ 16**) fest, dass in weniger als der Hälfte aller Fälle eine wöchentliche ärztliche Visite vermerkt war. Bei einer 2022 von der NÖ Landesgesundheitsagentur durchgeführten Bewohnerbefragung zeigten sich fast 100 % der Befragten mit der Pflege und Betreuung sehr oder eher schon zufrieden, hingegen fast 11 % mit der ärztlichen Betreuung eher nicht oder gar nicht. Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen nahmen in Österreich häufig niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf Basis von Hausbesuchen wahr. Manche Pflegeheime verfügten auch über angestelltes ärztliches Personal.

(6) In der für jeden Pflegegast angelegten elektronischen Dokumentation war eine Aufstellung der Diagnosen enthalten, allerdings nicht nach dem in Krankenanstalten verwendeten Diagnoseschlüssel ICD-10. Die Diagnosen waren daher nicht in vergleichbarer Form auswertbar. Laut NÖ Landesgesundheitsagentur kamen 70 % der Pflegegäste wegen orthopädischer und unfallchirurgischer Probleme, 30 % wegen neurologischer oder interner Beschwerden. In der Fallauswahl wiesen 13 von 15 Pflegegästen (87 %) eine mit dem Bewegungsapparat oder einer Verletzung in

Zusammenhang stehende Hauptdiagnose auf (z.B. Zustand nach Prothesen-Operationen oder Knochenbrüchen). In den Nebendiagnosen zeigten sich häufig zusätzlich internistische Probleme (Bluthochdruck, Vorhofflimmern etc.), in vier Fällen auch psych(iatr)ische, wie Demenzen oder Depressionen.

Zu Beginn und am Ende des Aufenthalts durchgeführte (geriatriische) Assessments konnten eine Verbesserung zeigen oder waren zur Verlaufskontrolle geeignet, waren aber in der Fallauswahl nur in manchen Fällen dokumentiert. Laut NÖ Landesgesundheitsagentur würden alle Übergangspflegezentren bei Bedarf (geriatriische) Assessments durchführen. Es bedürfe aber nicht jeder Pflegegast solcher Assessments.

Wohin die Pflegegäste nach der Übergangspflege entlassen wurden, war nicht in auswertbarer Form dokumentiert. Die in die Fallauswahl einbezogenen Pflegegäste wurden fast ausschließlich nach Hause entlassen.

(7) Zur besseren Vergleichbarkeit mit den kürzeren Aufenthalten auf Akutgeriatrien und Remobilisationen wertete der RH in seiner Fallauswahl für die Übergangspflege die therapeutischen Interventionen in den ersten 28 Aufenthaltstagen aus (TZ 16, Tabelle 10). Er stellte dabei fest, dass jeder Pflegegast in dieser Zeit durchschnittlich 14,5 physio- und 2,7 ergotherapeutische Interventionen bekam, wobei – abhängig vom jeweiligen Bedarf – häufig nur Physiotherapie stattfand. Eine valide Aussage über die Dauer und inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Therapien war nicht möglich, auch weil die Dauer nur teilweise angegeben war und z.B. Einzeltherapien ebenso umfasst waren wie gemeinsame Turngruppen im Garten oder die Begleitung zu selbstständigen Übungen an einem Gerät. Ergotherapeutische Therapien beinhalteten z.B. auch das gemeinsame Zubereiten von Mahlzeiten oder Gedächtnistrainings.

Laut NÖ Landesgesundheitsagentur gebe es keine standardisierten Therapieeinheiten. Die Planung und Durchführung von Therapien würden sich individuell nach den Bedürfnissen des Pflegegastes richten. Bei keinem in der Fallauswahl erfassten Pflegegast waren logopädische, psychologische oder diätologische Interventionen dokumentiert.

- 13.2 Der RH hielt fest, dass die in Niederösterreich eingerichtete Übergangspflege mit rehabilitativer Pflege und (insbesondere physio-)therapeutischem Angebot das Ziel verfolgte, Personen nach einem – vor allem wegen eines Akutereignisses erfolgten – Aufenthalt in einer Krankenanstalt so wiederherzustellen, dass sie nach Hause entlassen werden konnten.

In den Übergangspflegezentren der NÖ Landesgesundheitsagentur sanken die Aufenthalte während der COVID-19-Pandemie deutlich (um 10 % von 2018 bis 2022). Diese Entwicklung war auch im Schutz vulnerabler Personen (Verringerung der Ansteckungsgefahr) begründet. Ihre Auslastung lag 2022 mit rd. 80 % um zehn Prozentpunkte unter jener von 2018 und war an den einzelnen Standorten sehr unterschiedlich.

Der RH kritisierte, dass die laut „Leitfaden Übergangspflege“ einmal wöchentlich vorgesehene ärztliche Visite bei nicht einmal jedem zweiten in seiner Fallauswahl erfassten Pflegegast dokumentiert war. Die Pflegegäste erhielten laut Fallauswahl in den ersten 28 Aufenthaltstagen durchschnittlich 14,5 physio- und 2,7 ergotherapeutische Interventionen. Logopädische, psychologische oder diätologische Betreuung war in keinem Fall dokumentiert. (Geriatrische) Assessments, die z.B. eine durch den Aufenthalt erzielte Verbesserung belegen konnten, waren nur teilweise dokumentiert. Laut „Leitfaden Übergangspflege“ war eine regelmäßige Verlaufskontrolle z.B. mittels FIM vorgesehen.

Der RH hielt fest, dass laut Fallauswahl der Großteil der Pflegegäste eine mit dem Bewegungsapparat oder einer Verletzung in Zusammenhang stehende Hauptdiagnose aufwies. Internistische Probleme waren dagegen kaum der Grund für die Aufnahme in eine Übergangspflege, schienen aber häufig als Zusatzdiagnose auf. Laut NÖ Landesgesundheitsagentur kamen 70 % der Pflegegäste wegen orthopädischer und unfallchirurgischer Probleme, 30 % wegen neurologischer oder interner Beschwerden. Auch aus diesem Grund hinterfragte der RH, ob die ärztliche Versorgung für diese Personengruppe bedarfsgerecht war. Auch bei Pflegegästen mit psych(iatr)ischer Nebendiagnose war in der Fallauswahl keine psychologische Betreuung dokumentiert.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur, bei der Übergangspflege in ihren Übergangspflegezentren

- die vorgesehene regelmäßige ärztliche Visite zu gewährleisten,
- die vorgesehene Verlaufskontrolle sowie die Evaluierung der Zielerreichung durch standardisierte Tests sicherzustellen,
- den Bedarf an zusätzlichen therapeutischen (z.B. Logopädie) und psychologischen Diensten zu prüfen und an die Erfordernisse anzupassen,
- die unterschiedliche Auslastung an den einzelnen Standorten zu analysieren und entsprechende Maßnahmen daraus abzuleiten.

Der RH verwies auf seine Empfehlung an die Länder Niederösterreich und Steiermark sowie die beiden Gesundheitsfonds in **TZ 7**, ein längerfristiges, alle Angebote umfassendes Gesamtkonzept bzw. eine Gesamtstrategie für die optimale, effektive

Versorgung insbesondere von geriatrischen Patientinnen und Patienten am Best Point of Service zu entwickeln.

- 13.3 Laut Stellungnahme der NÖ Landesgesundheitsagentur könne ausschließlich das Land Niederösterreich Vorgaben machen, weil die Übergangspflege ein Angebot aller stationären Langzeitpflegeeinrichtungen sei. Diese Vorgaben müssten in den Tarifen berücksichtigt werden. Die Auslastungen würden im laufenden Steuerungszyklus geprüft und daraus gemeinsam mit den Geschäftsführungen und dem Land Niederösterreich Maßnahmen abgeleitet.
- 13.4 Der RH hielt gegenüber der NÖ Landesgesundheitsagentur fest, dass eine Vorgabe des Landes Niederösterreich insofern bereits vorlag, als der „Leitfaden Übergangspflege“ eine regelmäßige ärztliche Visite, Verlaufskontrollen und eine Überprüfung des Fortschritts vorsah. Demnach waren auch – gegebenenfalls durch Zukauf von Zusatzangeboten wie z.B. Logopädie – die therapeutischen Leistungen sicherzustellen. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Personal

- 14.1 (1) Gemäß dem „Leitfaden Übergangspflege“ mussten die Übergangspflegezentren über ausreichend qualifiziertes Personal verfügen und als Grundlage für ihre Berechnung das Personalbedarfsberechnungsmodell für niederösterreichische Pflegeheime verwenden. Zusätzlich hatten sie pro acht Plätzen mindestens 0,5 VZÄ angestelltes physiotherapeutisches und mindestens 0,25 VZÄ physio- oder ergotherapeutisches Personal vorzuhalten. Den Bedarf an Personal für Ergotherapie, Logopädie, Diätologie etc. konnten sie auch durch den Zukauf von Leistungen decken.

Laut NÖ Landesgesundheitsagentur war eine Auswertung des angestellten (therapeutischen) Personals – und damit eine Kontrolle der Vorgaben – für die Übergangspflege nicht möglich, weil deren Plätze in „Wohnbereichen eingebettet“ seien und keine „direkte personelle Trennung“ zwischen der Langzeitpflege und der Übergangspflege gegeben sei. Auch bei den von manchen Pflege- und Betreuungszentren zugekauften z.B. therapeutischen oder pflegerischen Leistungen sei eine getrennte Zuordnung nicht möglich.

(2) Das Personalbedarfsberechnungsmodell für Pflegeheime stellte auf den erforderlichen Leistungsumfang für einen durchschnittlichen Pflegegast, eine durchschnittliche Bewohnerin oder einen durchschnittlichen Bewohner mit einem Pflegestufendurchschnitt zwischen 4,5 und 5 ab („gewichteter Bewohner“) und definierte die Mindestpräsenz; den tatsächlichen Personalbedarf musste die Einrichtung individuell errechnen. Für die Übergangspflege war – mit Ausnahme der Therapeutinnen und Therapeuten – dieselbe Berechnung wie für die stationäre Langzeitpflege zugrunde zu legen.

Für einen gewichteten Bewohner war ein variabler Personalbedarf von 0,36 VZÄ vorgesehen, der sich zu 20 % auf diplomierte Pflege, zu 57,5 % auf Pflegehilfe und zu 22,5 % auf Heimhilfe aufteilte. Für z.B. Stationsleitungen oder Nachtdienste war eine eigene – auf Plätze bezogene – Berechnung vorgesehen. Laut einer von der NÖ Landesgesundheitsagentur übermittelten Beispielberechnung kamen auf 41 Betten inklusive Führungskräfte rd. 20 VZÄ Pflegekräfte⁶⁷, davon

- 8 VZÄ diplomiertes Personal (oder höherwertige Ausbildung),
- 8,5 VZÄ Pflegehilfe und
- 3,3 VZÄ Heimhilfe.

Auf Akutgeriatrien standen österreichweit 2022 fast doppelt so viele diplomierte Pflegekräfte zur Verfügung wie Pflegehilfen, auf Remobilisationen musste die diplomierte Pflege mindestens 70 % des laut LKF–Modell vorgesehenen Pflegepersonals betragen.

- 14.2 Der RH hielt fest, dass für Übergangspflegezentren dieselbe Bedarfsberechnung für Pflegepersonal zugrunde zu legen war wie für die stationäre Langzeitpflege. Damit stand deutlich weniger diplomiertes Personal für die aktivierende und rehabilitative Pflege im Rahmen eines interdisziplinären Therapiekonzepts (**TZ 13**) zur Verfügung als etwa in einer Akutgeriatrie. Es bestand das Risiko, dass ein aus der aktivierenden und rehabilitativen Pflege resultierender möglicher Mehrbedarf an (diploiertem) Personal in der Übergangspflege die personellen Ressourcen der Langzeitpflege schmälerte.

Zusätzlich vorgesehen waren für die Übergangspflege pro acht Plätzen mindestens 0,5 VZÄ angestelltes physiotherapeutisches und mindestens 0,25 VZÄ physio– oder ergotherapeutisches Personal.

Der RH kritisierte, dass keine Auswertung des tatsächlich für die Übergangspflege zur Verfügung stehenden therapeutischen Personals möglich war und damit auch keine Möglichkeit zur Kontrolle der Vorgaben bestand.

Er empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur, in der Übergangspflege auf die Einhaltung der Personalvorgaben beim therapeutischen Personal und auf entsprechende Dokumentation zu achten. Weiters wäre zu evaluieren, ob ausreichend (diploiertes) Pflegepersonal für die in der Übergangspflege vorgesehene aktivierende und rehabilitative Pflege zur Verfügung steht. Eine mögliche Beeinträchtigung der personellen Ressourcen für die Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Langzeitpflege sollte jedenfalls vermieden werden.

⁶⁷ und 0,1 VZÄ Therapeutinnen und Therapeuten für die stationäre Langzeitpflege

- 14.3 Die NÖ Landesgesundheitsagentur verwies auf ihre Stellungnahme zu **TZ 12**, wonach u.a. die prinzipielle Verantwortung der Ressourcenallokation als Kernaufgabe bei den kollegialen Führungen in Zusammenschau mit den Leistungsverträgen zwischen der NÖ Landesgesundheitsagentur und den Organisationsgeschäftsführungen liege. Die vom Land Niederösterreich vorgegebenen Personaleinsatzquoten würden die kollegialen Führungen in Zusammenschau mit diesen Leistungsverträgen umsetzen. Der „Leitfaden Übergangspflege“ regle die Rahmenbedingungen für den Personaleinsatz.
- 14.4 Der RH verwies gegenüber der NÖ Landesgesundheitsagentur neuerlich auf die Vorgaben zum therapeutischen Personal im „Leitfaden Übergangspflege“, deren Überprüfung nicht möglich war. Laut Leitfaden war für die (aktivierende und rehabilitative) Pflege und Betreuung ausreichend qualifiziertes Personal bereitzustellen. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest und bekräftigte auch die Verantwortung der NÖ Landesgesundheitsagentur als Träger der Übergangspflegezentren.

Finanzierung

- 15.1 Bei der Übergangspflege handelte es sich um eine Leistung im Rahmen der Stationären Dienste nach § 47 NÖ Sozialhilfegesetz 2000⁶⁸. Diese Hilfe war nur so weit zu leisten, als der Bedarf nicht durch eigene Mittel der betroffenen Person oder durch Leistungen Dritter gedeckt wurde. Stationäre Dienste waren Menschen vorbehalten, die nicht (mehr) in der Lage waren, selbstständig einen eigenen Haushalt zu führen, und denen die notwendige Hilfe weder im familiären Bereich noch durch teilstationäre oder ambulante Dienste ausreichend geboten werden konnte.

Anders als bei der Betreuung in Krankenanstalten, für die sozialversicherte Patientinnen und Patienten im Wesentlichen nur einen geringen Kostenbeitrag⁶⁹ pro Verpflegstag zu entrichten hatten, hatten die Pflegegäste daher eine Eigenleistung zu erbringen. Die Differenz zwischen der täglichen Eigenleistung und dem Betreuungstarif wurde durch die – von der Bezirksverwaltungsbehörde zu bewilligende – Sozialhilfe⁷⁰ getragen. Sozialhilfe war österreichischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern oder diesen gleichgestellten Personen mit Hauptwohnsitz in Niederösterreich vorbehalten.

Der Tarif für die Betreuung in Übergangspflegezentren betrug 2023 pro Tag 186,98 EUR (ohne Umsatzsteuer, Grundtarif plus Pflegezuschlag Stufe 6) und somit für einen Monat mit 30 Tagen 5.609,40 EUR, in Pflegeheimen 124,44 EUR (ohne

⁶⁸ LGBl. 9200–0 i.d.g.F.

⁶⁹ Gemäß § 27a Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz; in Niederösterreich betrug der Höchstbetrag im Jahr 2023 für höchstens 28 Tage 14,22 EUR pro Tag (NÖ Krankenanstaltengebühren und medizinische Sonderleistungen der NÖ Fondskrankenanstalten 2023, LGBl. 91/2022 i.d.g.F.).

⁷⁰ § 12 und § 15 NÖ Sozialhilfegesetz 2000

Umsatzsteuer, Grundtarif plus Pflegezuschlag Stufe 4). Die Pflegegäste hatten als Eigenleistung pro Tag ein Dreißigstel von 80 % ihres monatlichen Einkommens (vor allem Pension) und ein Dreißigstel von 100 % ihres Pflegegeldes zu leisten. Aufgrund bestehender finanzieller Verpflichtungen (z.B. Wohnungsmieten) konnte dies dazu führen, dass für die Übergangspflege geeignete Personen diese nicht finanzieren und daher nicht beanspruchen konnten.

- 15.2 Der RH hielt fest, dass Pflegegäste für die Übergangspflege Eigenleistungen in Höhe von rd. 80 % ihres Einkommens und 100 % ihres Pflegegeldes monatlich erbringen mussten und die als Differenz zwischen diesen Eigenleistungen und dem Betreuungstarif gewährte Sozialhilfe an bestimmte Voraussetzungen – wie österreichische Staatsbürgerschaft oder Hauptwohnsitz in Niederösterreich – gebunden war.

Somit wurde die Übergangspflege infolge ihrer Konzeption als Pflegeleistung anders als die medizinische Behandlung in Krankenanstalten finanziert und konnte zu einer finanziellen Belastung der Pflegegäste führen.

Therapeutische Leistungen

- 16.1 (1) Da therapeutische Leistungen wie Physio- und Ergotherapie oder Logopädie gemäß LKF-Modell nur einmal pro Aufenthalt zu codieren waren, war dem RH eine umfassende Auswertung dieser auf Akutgeriatrien und Remobilisationen erbrachten Leistungen anhand von DIAG-Daten nicht möglich. Um näherungsweise feststellen zu können, welche therapeutischen Leistungen an den einzelnen Akutgeriatrie- und Remobilisations-Standorten in welchem Ausmaß – auch im Vergleich zu Übergangspflegezentren – erbracht wurden, forderte der RH beispielhaft ausgewählte anonymisierte Patientendokumentationen für alle Standorte der NÖ Landesgesundheitsagentur, der KAGes und der GGZ an. Die Fallauswahl betraf die Jahre 2018 bis 2022.

Da die maximal möglichen und tatsächlichen Aufenthaltsdauern in den unterschiedlichen Versorgungsformen voneinander abwichen, wertete der RH die ersten 28 Tage des Aufenthalts aus. Die Leistungserbringung war im Wesentlichen über die Aufenthaltsdauer gleichmäßig verteilt. Der RH zählte die dokumentierten Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Diätologie unabhängig davon, ob es sich um eine Gruppen- oder Einzeltherapie handelte. Zudem zählte er allfällige sozialarbeiterische und psychologische Leistungen. Konnte eine therapeutische Leistung, die offensichtlich den Bewegungsapparat betraf, laut Dokumentation nicht eindeutig einer Disziplin zugeordnet werden, wertete der RH sie als Physiotherapie. Zusätzlich erfasste der RH, ob zumindest ein (geriatisches) Assessment – z.B. Barthel-Index, FIM oder Ähnliches – bei Aufnahme oder Entlassung durchgeführt

wurde. Einschätzungen durch die Pflege anlässlich der Aufnahme, etwa die Pflegeanamnese, berücksichtigte der RH dabei nicht.

(2) Die überprüften Versorgungsbereiche erbrachten gemäß Fallauswahl durchschnittlich folgende (therapeutische) Leistungen pro Aufenthalt:

Tabelle 10: Durchschnittliche Anzahl der (therapeutischen) Leistungen pro Aufenthalt in den ersten 28 Belagstagen

Versorgungsbereich	durchschnittliche Belagsdauer 2022	durchschnittliche Leistungen 2018 bis 2022					
		Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie	Diätologie	Psychologie	Sozialarbeit
	Tage ¹	Anzahl					
Akutgeriatrie ²	16,8	14,6	8,0	0,4	0,8	0,8	1,4
Remobilisation ³	16,2	16,4	1,5	–	–	0,1	–
interdisziplinäre Betten der Sonderkrankenanstalt ³	19,5	8,2	–	–	–	–	–
rehabilitative Übergangspflege ³	49,5	14,5	2,7	–	–	–	–

¹ Steiermark- bzw. Niederösterreichwert

² in der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. und den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz – Albert Schweitzer Klinik

³ in der NÖ Landesgesundheitsagentur

Quellen: NÖ Landesgesundheitsagentur; KAGes; GGZ; DIAG

Laut Fallauswahl waren in der Remobilisation in Niederösterreich mit durchschnittlich rd. 16 Therapien pro Aufenthalt am meisten physiotherapeutische Leistungen dokumentiert. In der Akutgeriatrie waren es – für GGZ und KAGes gemeinsam – rd. 15 Therapien, wobei in den GGZ mit 17 mehr dokumentiert waren als in der KAGes (14). Die meisten Ergotherapie-Leistungen erhielten Patientinnen und Patienten in der Akutgeriatrie (8,6 in der KAGes und 5,4 in den GGZ)⁷¹. Die Akutgeriatrie war der einzige Versorgungsbereich, der auch logopädische und diätologische Leistungen dokumentierte. Bei den Patientinnen und Patienten auf den interdisziplinären Betten der Sonderkrankenanstalt waren am wenigsten therapeutische Leistungen dokumentiert.

Auch bei Betrachtung nur der ersten 14 Aufenthaltstage blieben die wesentlichen Aussagen (z.B. Reihung der Versorgungsformen) unverändert.

Die dokumentierten Diagnosen wiesen die Patientinnen und Patienten – unabhängig von der Versorgungsform – im Allgemeinen als multimorbid aus. Als Nebendiagnosen waren häufig internistische Erkrankungen angegeben.

⁷¹ Die Zahlen pro Krankenanstaltenträger weichen aufgrund der unterschiedlichen Anzahl der in die Fallauswahl einbezogenen Patientendokumentationen (mehrere Standorte bei der KAGes, nur ein Standort bei den GGZ) von den in Tabelle 10 dargestellten trägerübergreifenden Werten ab.

(3) Einzeltherapien dauerten durchschnittlich 30 Minuten in der KAGes und den GGZ, Gruppentherapien zwischen 40 und 50 Minuten bzw. zwischen 45 und 60 Minuten. In den Remobilisationen der NÖ Landesgesundheitsagentur dauerten Einzeltherapien durchschnittlich zwischen 15 und 45 Minuten und Gruppentherapien zwischen 25 und 60 Minuten (die Ergotherapien jeweils länger als die Physiotherapien). Bei allen überprüften Krankenanstaltenträgern variierte der Inhalt einer Therapieeinheit von einmaligem Treppensteigen über Anleitungen zur Verwendung von Therapiegeräten bis hin zu ausführlichen Mobilisierungsübungen, physikalischen Behandlungen und Untersuchungen.

(4) Die Qualitätskriterien des ÖSG 2017 sahen vor, dass Akutgeriatrien und Remobilisationen (geriatriische) Assessments bei ihren Patientinnen und Patienten durchzuführen hatten. Assessments konnten bei der Erstellung eines fundierten Therapieplans unterstützen, zur Verlaufskontrolle dienen oder eine Verbesserung der Fähigkeiten durch den Aufenthalt zeigen.

Laut Fallauswahl waren auf den Akutgeriatrien

- bei den GGZ in allen Fällen geriatriische Assessments sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung dokumentiert,
- bei der KAGes über alle Standorte in 80 % der Fälle Assessments – teilweise aber nur eines pro Aufenthalt – dokumentiert.

Die Patientendokumentationen der Remobilisationen der NÖ Landesgesundheitsagentur zeigten, dass in 63 % der Fälle Assessments – teilweise aber nur eines pro Aufenthalt – dokumentiert waren.

In den Patientendokumentationen der an das LK Wiener Neustadt angegliederten Betten der Sonderkrankenanstalt waren in der Fallauswahl keine Assessments enthalten.

- 16.2 Der RH hielt fest, dass nicht nur die personelle Ausstattung (**TZ 12**), sondern auch das angebotene therapeutische Leistungsspektrum in den Akutgeriatrien am größten war. Die Remobilisationen in Niederösterreich boten zwar laut den in der Fallauswahl des RH ausgewerteten Patientendokumentationen – ebenso wie die Übergangspflegezentren (**TZ 13**) – eine vergleichbare Anzahl an physiotherapeutischen, aber deutlich weniger ergotherapeutische und keine sonstigen Leistungen (z.B. Logopädie oder Diätologie). Am wenigsten therapeutische Leistungen waren in den an das LK Wiener Neustadt angegliederten Betten der Sonderkrankenanstalt dokumentiert.

Vor diesem Hintergrund verwies der RH auf den geplanten Ausbau der Akutgeriatrie in Niederösterreich und seine Empfehlung an die Länder Niederösterreich und Steiermark sowie die beiden Gesundheitsfonds in **TZ 7**, ein längerfristiges, alle Angebote umfassendes Gesamtkonzept bzw. eine Gesamtstrategie für die optimale, effektive Versorgung insbesondere von geriatrischen Patientinnen und Patienten am Best Point of Service zu entwickeln.

Der RH hielt weiters fest, dass laut Fallauswahl – mit Ausnahme der GGZ – (geriatrische) Assessments, die laut Qualitätskriterien des ÖSG 2017 ein wesentliches Merkmal der Akutgeriatrien und Remobilisationen waren, nicht in allen Fällen und teilweise auch nur einmal pro Aufenthalt dokumentiert waren. Er wies darauf hin, dass (geriatrische) Assessments bei der Erstellung eines fundierten Therapieplans unterstützen und – vorausgesetzt, dass sie mehr als einmal durchgeführt wurden – Bestandteil einer effektiven Verlaufskontrolle sein konnten.

[Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur und der KAGes, auf eine konsequente Durchführung von \(geriatrischen\) Assessments bzw. auf deren vollständige Dokumentation hinzuwirken.](#)

16.3 (1) Laut Stellungnahme der NÖ Landesgesundheitsagentur werde sie auf ihren externen Partner einwirken, Assessmentinstrumente im Rahmen der vertraglichen Möglichkeiten anzuwenden. Bei künftigen akutgeriatrischen Abteilungen würden im Rahmen der Konzepterstellung die Qualitätskriterien des ÖSG und die Empfehlungen der Fachgesellschaften bestmöglich berücksichtigt.

(2) Die Lebens.Med Gesundheitszentren GmbH teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die vom RH angeführten Punkte – insbesondere zur Belegung der angegliederten Betten, zu Belagsdauer, angeordneten Therapien und Abrechnung nach dem LKF-System – ausschließlich in der Verantwortung der NÖ Landesgesundheitsagentur lägen. Auch für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten aus den Landeskliniken an die Sonderkrankenanstalt sei die NÖ Landesgesundheitsagentur verantwortlich. Über Verweildauer und/oder Entlassung entscheide die jeweils zuweisende Landeslinik. Auch die Abrechnung nach dem LKF-System führe nicht die Sonderkrankenanstalt, sondern die jeweilige Landeslinik durch. Da die Auslastung derzeit um die 90 % und darüber liege, sei davon auszugehen, dass die bislang gesetzten Maßnahmen zur Sicherung der Auslastung gewirkt hätten. Es sei daher nicht notwendig, den Angliederungsvertrag nachzuverhandeln.

(3) Laut Stellungnahme der KAGes sei die Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessments ein wesentliches Qualitätskriterium jeder Akutgeriatrie-Versorgungsstufe. Die KAGes werde ihre Einrichtungen auf die konsequente (mehrmalige) Durchführung und vollständige Dokumentation hinweisen. Grundsätzlich sei die Dokumentation der einzelnen Komponenten des geriatrischen Assess-

ments im „openMEDOCS“ möglich. Darüber hinaus werde die Einführung eines „Therapie Monitoring Systems – TMS“ für die Akutgeriatrie in Pilotform erprobt, das diese Bestrebungen zusätzlich digital unterstütze.

16.4 (1) Der RH hielt gegenüber der NÖ Landesgesundheitsagentur neuerlich fest, dass die Remobilisationen in 37 % der Fälle kein Assessment dokumentiert hatten. Da Assessments aber ein wesentliches Qualitätsmerkmal waren, sollten diese bei allen Patientinnen und Patienten der Akutgeriatrie und Remobilisation durchgeführt und dokumentiert werden. Dies mit dem Ziel, u.a. die Erstellung fundierter Therapiepläne und eine effektive Verlaufskontrolle zu unterstützen. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

(2) Gegenüber der Lebens.Med Gesundheitszentren GmbH verwies der RH auf seine Gegenäußerung und Empfehlung in TZ 6, eine Reduktion der Auslastungsgarantie zu verhandeln bzw. zumindest geringere Zahlungen für nicht belegte Betten zu erwirken. Weiters hielt der RH fest, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur plane, gegenüber der Lebens.Med Gesundheitszentren GmbH auf die Anwendung von Assessmentinstrumenten im Rahmen der vertraglichen Möglichkeiten hinzuwirken.

Ältere Patientinnen und Patienten auf anderen Abteilungen

17.1 (1) Wie viele Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihres Krankheitsbildes und ihres Remobilisationspotenzials zur Zielgruppe einer Akutgeriatrie gehörten, aber z.B. aufgrund nicht ausreichender Kapazitäten in anderen Abteilungen versorgt wurden, war – auch aufgrund fehlender geriatrischer Assessments – nicht dokumentiert. Bei Fehlen einer geeigneten nachsorgenden Einheit als Bindeglied zwischen der Akutabteilung und einer anderen Struktur – z.B. Rehabilitationseinrichtung – bestand die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten längere Zeit in der Akutabteilung verblieben.

Die KAGes hatte 2007 für die Innere Medizin ermittelt, dass rd. 12 % der Patientinnen und Patienten über 70 Jahren Remobilisationspotenzial hatten. 2019 analysierte sie z.B. anhand von überdurchschnittlich langen Aufenthalten Entlassungsverzögerungen aufgrund fehlender Nachbetreuungsmöglichkeiten (auch im Pflegeheimbereich) und kam zum Schluss, dass insbesondere die Fachbereiche Innere Medizin und Lungenheilkunde, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Chirurgie davon betroffen waren.

Die NÖ Landesgesundheitsagentur ermittelte für Niederösterreich für die Jahre 2019 bis 2022 einen Bedarf von 289 bis 327 (fehlenden) akutgeriatrischen Betten, indem sie Patientinnen und Patienten mit mindestens 75 Jahren und einem mindestens 14 Belagstage umfassenden Aufenthalt in diesen Fachbereichen analysierte. Statt der Chirurgie bezog sie die Psychiatrie ein.

(2) Zur Erörterung der Frage, in welchem Ausmaß auch potenzielle Akutgeriatrie-Patientinnen und –Patienten auf anderen Abteilungen versorgt wurden und ob es Unterschiede zwischen den beiden Ländern gab, analysierte der RH die Krankenhausaufenthalte je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 Jahren in Niederösterreich und der Steiermark im Jahr 2019⁷²:

Tabelle 11: Stationäre Aufenthalte von Personen ab 75 Jahren je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner 2019

Land	alle Aufenthalte	davon mit konservativen Behandlungen ¹	davon wiederum mindestens 14 Belagstage	davon wiederum in ausgewählten Versorgungsbereichen ²	davon wiederum auf	
					Innerer Medizin	Orthopädie und Unfallchirurgie
	Anzahl					
Niederösterreich	614	397	48	43	30	4
Steiermark	671	442	43	39	27	1

¹ umfasst nach Hauptdiagnosegruppen abgerechnete Aufenthalte (ohne Aufenthalte mit (zumeist operativer) Einzelleistung und ohne Aufenthalte in speziellen Einheiten, wie für die Nachbetreuung nach Schlaganfällen oder in Akutgeriatrien)

² Innere Medizin, Lungenheilkunde, Unfallchirurgie, Orthopädie, Psychiatrie, Neurologie und interdisziplinärer Bereich

Quelle: DIAG

Während die Zahl aller Aufenthalte je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner für die Patientengruppe der ab 75-Jährigen in der Steiermark um rd. 10 % höher war als in Niederösterreich, gab es in Niederösterreich um rd. 10 % mehr längere Aufenthalte mit konservativen Behandlungen. Zu berücksichtigen war dabei auch, dass steirische Patientinnen und Patienten dieser Altersgruppe 95 % der längeren Aufenthalte in Krankenanstalten im eigenen Bundesland verbrachten, während dies in Niederösterreich nur 87 % waren und Wiener Krankenanstalten 10 % dieser Patientengruppe versorgten. Mehr als 60 % der längeren Aufenthalte mit konservativen Behandlungen entfielen in beiden Ländern auf die Innere Medizin.

Im Jahr 2022 war die Zahl der Aufenthalte je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 Jahren insgesamt um 15 % (Niederösterreich) bzw. 16 % (Steiermark) niedriger als 2019. Die Zahl der längeren Aufenthalte mit konservativen Behandlungen in ausgewählten Fachbereichen blieb hingegen – in absoluten Zahlen – gleich (Ortho-

⁷² um COVID-19-bedingte Effekte auszuschließen

pädie und Unfallchirurgie in beiden Ländern sowie Innere Medizin in Niederösterreich) bzw. nahm um 4 % zu (Innere Medizin in der Steiermark). Es gab im Verhältnis zur Gesamtzahl der Aufenthalte für die Patientengruppe der ab 75-Jährigen in beiden Ländern mehr Aufenthalte mit mindestens 14 Belagstagen.

(3) Auf die Frage, ob insbesondere auf Internen Abteilungen betreute Patientinnen und Patienten mit Remobilisierungspotenzial (Physio-)Therapien oder aktivierende Pflege in Anspruch nehmen konnten, verwies die NÖ Landesgesundheitsagentur – ohne dies zu konkretisieren – auf das in allen Landeskliniken zur Verfügung stehende Therapieangebot. Die KAGes führte aus, dass Akutabteilungen nur im Einzelfall therapeutische Dienste anbieten würden. Ein verstärkter Fokus auf aktivierende Pflege wäre aufgrund der Personalausstattung nur in speziellen Abteilungen, wie Intensiveinheiten, möglich.

Die Gesundheit Österreich GmbH führte schon 2006 aus, dass eine bedarfsgerechte Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in den bestehenden Fachabteilungen der Akutversorgung z.B. aufgrund des fehlenden rehabilitativen Schwerpunkts nicht möglich sei. Dadurch könnten diese ihre Chance auf Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Selbstständigkeit nicht gezielt nützen. Umgekehrt würden sie nicht während ihres gesamten Aufenthalts das (medizinische) Leistungsangebot einer – oft spezialisierten – Akutabteilung benötigen, hätten aber häufig einen hohen Betreuungs- und Pflegeaufwand, z.B. weil Mobilisierung erforderlich sei oder eine Inkontinenz bestehe. Fehlende spezifisch geriatrische Betreuung beeinträchtigt nicht nur die betroffenen Personen nachhaltig, sondern wirke sich z.B. durch verstärkte Pflegebedürftigkeit auf das Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt aus.

- 17.2 Der RH hielt fest, dass in Niederösterreich und in der Steiermark keine validen Daten darüber verfügbar waren, wie viele Patientinnen und Patienten, die zur Zielgruppe einer Akutgeriatrie gehörten, z.B. aufgrund nicht ausreichender Kapazitäten in anderen Abteilungen versorgt wurden. Auch war nicht beurteilbar, ob sie auf anderen Abteilungen (häufig war dies die Innere Medizin) in vergleichbarem Ausmaß (physio-)therapeutische Dienste oder aktivierende Pflege in Anspruch nehmen konnten.

Analysen von Krankenhausaufenthalten mit konservativen Behandlungen in mehreren besonders betroffenen Fachbereichen (insbesondere Innere Medizin sowie Orthopädie und Unfallchirurgie) je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner zeigten, dass es in Niederösterreich 2019 um 10 % mehr Krankenhausaufenthalte mit mindestens 14 Belagstagen bei ab 75-Jährigen gab als in der Steiermark. Zusätzlich wurden 10 % dieser niederösterreichischen Patientengruppe in Wiener Krankenhäusern versorgt.

Im Jahr 2022 gab es im Verhältnis zur Gesamtzahl der Aufenthalte je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner für die Patientengruppe der ab 75-Jährigen in beiden Ländern mehr Aufenthalte mit mindestens 14 Belagstagen als 2019, wenngleich die Gesamtzahl der Aufenthalte um 15 % (Niederösterreich) bzw. 16 % (Steiermark) niedriger war als 2019.

Der RH empfahl dem NÖGUS und dem Gesundheitsfonds Steiermark, im Vorfeld weiterer Maßnahmen bzw. für künftige Planungen in der Akutgeriatrie und Remobilisation das Ausmaß der insbesondere auf Internen Abteilungen versorgten geriatrischen Patientinnen und Patienten mit Remobilisationspotenzial zu analysieren.

17.3 (1) Das Land Niederösterreich verwies in seiner Stellungnahme auf die umfassenden Arbeiten im Rahmen des „NÖ Gesundheitspaktes“ bzw. zum RSG Niederösterreich. Die bis Ende 2025 festgelegten Maßnahmen und Planungen würden entlang der Empfehlung des RH analysiert werden.

(2) Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark werde im Zuge der Erstellung des RSG Steiermark 2030 mit dem Planungsinstitut versucht, Näherungszahlen zu errechnen und diese Ergebnisse in die Kapazitätsplanungen einfließen zu lassen.

Austrian Inpatient Quality Indicators

18.1 (1) Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 erklärten Bund, Länder und Sozialversicherungsträger das 2011 als Projekt eingeführte Indikatorenmodell zur bundesweit einheitlichen Ergebnisqualitätsmessung A-IQI unter Anwendung von Peer-Review-Verfahren⁷³ für verbindlich. Die Datengrundlage für die Berechnungen der A-IQI-Indikatoren bildete der Basisdatensatz der Diagnosen- und Leistungsdokumentation. Dieser diente primär der Abrechnung stationärer Aufenthalte, war von jeder Krankenanstalt über das LKF-System zu erfassen und dem Gesundheitsministerium zu melden. Die Qualitätsindikatoren wurden anhand von Krankheitsbildern oder Operationen gebildet.⁷⁴

(2) Ab der Version 2022 wertete das Gesundheitsministerium im Rahmen von A-IQI auch Daten für Akutgeriatrien und Remobilisationen aus, u.a. Todesfälle sowie Wiederaufnahmen nach Aufenthalten auf diesen Einrichtungen bei den Krankheitsbildern hüftgelenksnahe Fraktur, Lungenentzündung und Herzinsuffizienz. Diese Auswertungen erhielten die Landesgesundheitsfonds bzw. die Krankenanstalten (-träger). Bei der Auswahl der Indikatoren wurden laut Gesundheitsministerium auch die Inhalte des Benchmarking-Systems (TZ 5) und internationale Indikatoren analysiert, als Zielwerte wurden entsprechend der A-IQI-Logik Bundesdurchschnitte gewählt.

(3) Die beiden bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung verfügbaren A-IQI-Auswertungen wiesen für die überprüften Akutgeriatrien bzw. Remobilisationen in Niederösterreich und in der Steiermark teilweise auch „rote“ und „gelbe“ Ampeln⁷⁵ aus.

Der NÖGUS bzw. die NÖ Landesgesundheitsagentur verwies in diesem Zusammenhang u.a. auf eine institutionalisierte Zusammenarbeit, Besprechungen etwa mit den betroffenen Abteilungen und ein laufendes Monitoring der A-IQI-Auffälligkeiten. Da es sich bei der Akutgeriatrie und Remobilisation um eine neue Auswertung handle, sei eine mehrjährige Betrachtung notwendig.

⁷³ Das Peer-Review-Verfahren war ein strukturiertes, systematisches Verfahren und beruhte auf einer retrospektiven Krankengeschichtenanalyse. Das Verfahren führten „externe“, unabhängige, erfahrene und geschulte Primärärztinnen und Primärärzte oder leitende Oberärztinnen und Oberärzte (Peers) grundsätzlich in den Krankenanstalten vor Ort durch. Es erfolgte hauptsächlich zur Klärung statistischer Auffälligkeiten; Ziel dabei war es vor allem, den gesamten Behandlungsprozess zu optimieren.

⁷⁴ siehe dazu RH-Bericht „Geburtshilfe-Versorgung in Niederösterreich und Wien“ (u.a. Reihe Bund 2021/2, TZ 46)

⁷⁵ Für Indikatoren mit Zielbereich wurden Konfidenzintervalle berechnet. Lag der Zielwert außerhalb dieses Konfidenzintervalls, war das Ergebnis der Krankenanstalt „signifikant auffällig“ (rote Ampel). Bei einer gelben Ampel – „nicht signifikant auffällig“ – wich der Wert der Krankenanstalt zwar vom Zielwert ab, lag aber noch innerhalb des Konfidenzintervalls. Eine grüne Ampel bedeutete „nicht auffällig“.

Der Gesundheitsfonds Steiermark gab zu A-IQI u.a. an, die Krankenanstaltenträger aufzufordern, die „roten“ Ampeln zu prüfen. Eine regelmäßige Zusammenarbeit mit der KAGes solle wieder intensiviert werden. Die KAGes verwies zu A-IQI u.a. auf die primäre Zuständigkeit der Krankenanstalten, zentral koordinierte Arbeitsgruppen und das noch zu entwickelnde zentrale Monitoring.

Die GGZ erhielten erstmals im November 2023 ihre A-IQI-Auswertungen zur Stellungnahme.

Für die – relativ neuen – A-IQI-Indikatoren für Akutgeriatrie und Remobilisation sahen die beiden Landesgesundheitsfonds, die NÖ Landesgesundheitsagentur und die KAGes Prüfungs- bzw. zum Teil Optimierungsbedarf zur Erhöhung der Aussagekraft der Auswertungen. Dies betraf etwa teilweise geringe Patientenzahlen, die bei den Auswertungen zu einem vergleichsweise hohen Prozentsatz führen könnten, oder mögliche Unschärfen bei Wiederaufnahme-Indikatoren, weil z.B. zum Teil unterschiedliche Patientengruppen einbezogen würden.

(4) Laut Gesundheitsministerium wurden Akutgeriatrie und Remobilisation noch nicht als A-IQI-Jahresschwerpunkt gewählt. Auch hätten die Landesgesundheitsfonds für diese beiden Versorgungsbereiche bisher keine „freiwilligen“ (schwerpunktunabhängigen) Peer-Review-Verfahren beim Gesundheitsministerium angefordert.⁷⁶

- 18.2 Der RH hielt fest, dass ab der Version 2022 auch die Bereiche Akutgeriatrie und Remobilisation im Rahmen von A-IQI behandelt wurden, u.a. Todesfälle und Wiederaufnahmen nach Aufhalten auf Akutgeriatrien und Remobilisationen bei bestimmten Krankheitsbildern. Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung wurden Akutgeriatrie und Remobilisation weder als A-IQI-Jahresschwerpunkt ausgewählt noch fanden in diesen Bereichen schwerpunktunabhängige Peer-Review-Verfahren statt. Für die – relativ neuen – A-IQI-Indikatoren für die Akutgeriatrie und Remobilisation sahen die beiden Landesgesundheitsfonds, die NÖ Landesgesundheitsagentur und die KAGes Prüfungs- bzw. zum Teil Optimierungsbedarf zur Erhöhung der Aussagekraft der Auswertungen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Landesgesundheitsfonds und den Krankenanstaltenträgern im Rahmen von A-IQI die Indikatoren für Akutgeriatrie und Remobilisation weiterzuentwickeln und die Auswahl als Jahresschwerpunkt bzw. die Durchführung von Peer-Review-Verfahren in diesen Versorgungsbereichen zu prüfen.

⁷⁶ Bei A-IQI wurden jährlich Jahresschwerpunktthemen festgelegt, zu denen Peer-Review-Verfahren stattfanden (z.B. 2022: Geburt/Neugeborene, Schlaganfall). Darüber hinaus konnten etwa die Landesgesundheitsfonds z.B. bei Auffälligkeiten in bestimmten Fachbereichen oder Krankenanstalten beim Gesundheitsministerium schwerpunktunabhängige Peer-Reviews anfordern.

18.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums habe Anfang 2024 innerhalb des A-IQI-Projekts eine Aufarbeitung der Zusatzauswertung „Akutgeriatrie/Remobilisation, Remobilisation/Nachsorge“ gestartet. Gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie sei die Definition der Wiederaufnahmen analysiert und Anpassungsbedarf festgestellt worden. Es sei geplant, die Indikatoren im Zuge der Versionierung 2025 zu aktualisieren und darauf aufbauend schwerpunktunabhängige Peer-Review-Verfahren durchzuführen. Anschließend sei es möglich, das Thema in das Auswahlverfahren für die A-IQI-Jahresschwerpunkte aufzunehmen.

(2) Die KAGes teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie die Empfehlung zur Weiterentwicklung der A-IQI-Indikatoren aufgreifen werde. Ebenso stimme sie grundsätzlich zu, die Auswahl als Jahresschwerpunkt zu prüfen. Dabei sei zu beachten, dass vor der Entscheidung für einen Jahresschwerpunkt und vor allfälligen Peer-Reviews die Erfahrungen der einzelnen Abteilungen durch die Träger bzw. auch der Träger selbst jedenfalls eingeholt werden sollten. Zweckmäßig erscheine die generelle Einführung eines standardisierten, transparenten Prüfprozesses für alle neuen Indikatoren(-gruppen). In diesem Prozess sollten klare Definitionen, Beschreibungen zu den Indikatoren(-gruppen), generell Transparenz und Einbeziehung der Krankenhausträger als wesentliche Stakeholder sowie als „Mutterorganisationen“ der Krankenanstalten und der jeweiligen Abteilungen verankert werden. In diesem Zusammenhang wies die KAGes nochmals auf den bereits im Zuge der Gebarungsüberprüfung erwähnten Zeitlauf im Umgang mit den neuen Indikatoren und ihre Nutzung hin (u.a. mindestens dreijährige „Probezeit“, standardisierte transparente Prüfung).

Geriatrische ärztliche Qualifikation

Additivfach, Spezialisierung, Geriatrie–Diplom

- 19.1 (1) In Österreich gab es keine eigene Facharzttrichtung Geriatrie. Nach Abschluss einer allgemeinmedizinischen oder bestimmter fachärztlicher Ausbildung(en) (z.B. Innere Medizin, Neurologie) konnten Ärztinnen und Ärzte eine Zusatzqualifikation erwerben. So wurde – um den speziellen Bedürfnissen der wachsenden geriatrischen Patientengruppe gerecht zu werden – 2011 das Additivfach Geriatrie (mindestens 36 Monate Ausbildungszeit) eingeführt. Dieses konnte zur Zeit der Gebärungsüberprüfung nur noch von jenen Ärztinnen und Ärzten absolviert werden, die nach der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2006⁷⁷ ausgebildet wurden. Seit 2017 konnten Ärztinnen und Ärzte eine 27–monatige Spezialisierung (35 Wochenstunden; Lehrpraxis: 30 Wochenstunden) Geriatrie absolvieren.⁷⁸ Das Additivfach bzw. die Spezialisierung Geriatrie konnten nur an nach dem Ärztegesetz 1998⁷⁹ bewilligten Ausbildungsstellen an anerkannten Ausbildungsstätten, z.B. Internen Abteilungen in Krankenanstalten, absolviert werden.

⁷⁷ BGBl. II 286/2006 i.d.F. BGBl. II 259/2011

⁷⁸ Laut den Übergangsbestimmungen in der Spezialisierungsverordnung waren Personen, die vor dem 1. Jänner 2017 nachweislich eine zumindest dreijährige Tätigkeit gemäß der Umschreibung des Fachgebiets und den Spezialisierungsinhalten der Spezialisierung in Geriatrie zurückgelegt und ein Geriatrie–Diplom der Österreichischen Ärztekammer erworben hatten, berechtigt, bei der Österreichischen Ärztekammer einen Antrag auf Prüfung der Gleichwertigkeit in Hinblick auf die Spezialisierung in Geriatrie zu stellen.

⁷⁹ BGBl. I 169/1998 i.d.g.F.

Die Zahl der Ausbildungsstellen und deren Besetzung stellten sich in Niederösterreich und in der Steiermark sowie österreichweit im Zeitraum 2018 bis 2023 wie folgt dar:

Tabelle 12: Ausbildungsstellen Additivfach/Spezialisierung Geriatrie und Besetzungsgrad (Stichtag jeweils 1. August)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Niederösterreich	Anzahl					
Ausbildungsstellen Additivfach	2	2	2	2	2	2
<i>davon besetzt</i>	–	–	–	–	–	–
Ausbildungsstellen Spezialisierung	–	–	–	1	3	3
<i>davon besetzt</i>	–	–	–	–	1 (33 %)	–
Steiermark	Anzahl					
Ausbildungsstellen Additivfach	26	26	26	26	26	26
<i>davon besetzt</i>	2 (8 %)	1 (4 %)	2 (8 %)	1 (4 %)	–	–
Ausbildungsstellen Spezialisierung	5	5	8	9	9	9
<i>davon besetzt</i>	3 (60 %)	3 (60 %)	8 (100 %)	8 (89 %)	7 (78 %)	5 (56 %)
Österreich	Anzahl					
Ausbildungsstellen Additivfach	94	94	94	94	94	94
<i>davon besetzt</i>	20 (21 %)	14 (15 %)	17 (18 %)	11 (12 %)	9 (10 %)	8 (9 %)
Ausbildungsstellen Spezialisierung	37	38	45	48	51	51
<i>davon besetzt</i>	13 (35 %)	13 (34 %)	21 (47 %)	26 (54 %)	26 (51 %)	24 (47 %)

Quelle: Österreichische Ärztekammer

Während in Niederösterreich im August 2023 keine Ausbildungsstelle Geriatrie besetzt war, waren in der Steiermark fünf von neun Spezialisierungs–Ausbildungsstellen (56 %) besetzt. In fünf weiteren Ländern⁸⁰ bewegte sich zu diesem Stichtag die Bandbreite an bewilligten Spezialisierungs–Ausbildungsstellen Geriatrie zwischen zwei (Salzburg) und 16 (Kärnten), der Anteil der besetzten Spezialisierungs–Ausbildungsstellen lag zwischen 29 % (Oberösterreich) und 100 % (Salzburg). Im Burgenland und in Vorarlberg gab es weder besetzbare noch besetzte Spezialisierungs–Ausbildungsstellen Geriatrie.

(2) Aufgrund der weitgehend bedarfsunabhängigen Anerkennung von Ausbildungsstätten und Festsetzung von Ausbildungsstellen bedeutete eine Unterauslastung von verfügbaren Ausbildungsstellen nicht, dass es (k)einen Versorgungsengpass gab. Zum einen deshalb, weil die Zahl der Ausbildungsstellen keine Maßzahl für den Bedarf war, zum anderen konnten für eine Nichtauslastung auch andere Gründe maßgeblich sein, etwa die Bereitstellung einer begrenzten Anzahl von Dienstposten

⁸⁰ Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Wien

durch den Krankenanstaltenträger oder eine wahrgenommene inhaltliche bzw. finanzielle Unattraktivität des Fachs.⁸¹

(3) Ärztinnen und Ärzte konnten etwa auch das Geriatrie–Diplom der Österreichischen Ärztekammer erlangen (acht Teilseminare, insgesamt 112 Stunden).

(4) Der ÖSG 2017 und der ÖSG 2023 sahen vor, dass die Leitung einer Akutgeriatrie über das Geriatrie–Additivfach bzw. die Geriatrie–Spezialisierung zu verfügen hatte, ebenso eine Ärztin bzw. ein Arzt im Tagdienst.

19.2 Der RH hielt fest, dass im August 2023 österreichweit mehr als 50 % der Ausbildungsstellen für die Spezialisierung Geriatrie nicht besetzt waren. In Niederösterreich war keine Ausbildungsstelle besetzt, in der Steiermark waren 44 % unbesetzt. Dies vor dem Hintergrund der speziellen Bedürfnisse der wachsenden geriatrischen Patientengruppe bzw. der demografischen Entwicklung und Prognosen (TZ 3) sowie des Bestrebens nach einem (weiteren) Ausbau akutgeriatrischer Versorgungsangebote, etwa in Niederösterreich und in der Steiermark (TZ 7, TZ 8). Ausbildungsdauer und –umfang für das Geriatrie–Diplom der Österreichischen Ärztekammer waren deutlich kürzer als etwa für die Spezialisierung Geriatrie.

Der RH wies grundsätzlich darauf hin, dass aufgrund der weitgehend bedarfsunabhängigen Anerkennung von Ausbildungsstätten und Festsetzung von Ausbildungsstellen eine Unterauslastung von verfügbaren Ausbildungsstellen nicht bedeutete, dass es (k)einen Versorgungsengpass gab.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern den Bedarf, die Ausbildungskapazitäten und deren Inanspruchnahme im geriatrischen Bereich sowie die Attraktivität der Spezialisierung Geriatrie zu analysieren und erforderlichenfalls Maßnahmen zur verstärkten Ausbildung in diesem (Spezialisierungs–)Bereich bzw. für eine wirksame, bedarfsorientierte Nachwuchssteuerung zu erarbeiten.

19.3 Das Gesundheitsministerium begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH. Aktuell würden das österreichweite ärztliche Monitoring und die ärztliche Bedarfsprognose weiterentwickelt. Zukünftig sollten kontinuierlich – insbesondere für Fachbereiche, in denen ein Mangel absehbar bzw. schon vorhanden sei – Prognoseberechnungen, Bedarfstrends und Entwicklungen abgebildet werden können. Ein wesentliches Ziel sei, daraus Maßnahmen abzuleiten und umzusetzen. Durch die Einführung des neuen Sonderfachs für Allgemeinmedizin und Familienmedizin solle eine hochqualitative Versorgung in allen Lebensphasen forciert werden und der geriatrische Aspekt eine zentrale Rolle einnehmen. Darüber hinaus sehe § 16 Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 einen fachspezifischen Fokus auf Geriatrie in allen Sonderfach–Ausbildungen vor.

⁸¹ siehe dazu RH–Bericht „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2021/42, TZ 38)

Ärztinnen und Ärzte mit geriatrischer Aus- und Fortbildung

20.1 Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit geriatrischer Qualifikation, der Anteil der Anstellungen, die Altersstruktur sowie die Versorgungssituation bezogen auf Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 Jahren in Niederösterreich und in der Steiermark sowie österreichweit stellten sich 2018 bis 2023 laut Daten der Österreichischen Ärztekammer wie folgt dar:

Tabelle 13: Ärztinnen und Ärzte mit Additivfach und/oder Spezialisierung Geriatrie sowie Geriatrie-Diplom (Stichtag jeweils 1. August)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Niederösterreich	Anzahl					
ÄrztInnen mit Additivfach und/oder Spezialisierung ¹	137	136	130	128	126	121
<i>davon</i>						
<i>angestellt² in %</i>	47,4	48,5	45,4	45,3	46,0	47,1
<i>50 Jahre und älter in %</i>	70,1	71,3	74,6	75,8	77,8	81,0
je 10.000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren	8,1	7,9	7,4	7,4	7,3	6,8
ÄrztInnen ausschließlich mit Geriatrie-Diplom	172	180	189	200	206	212
<i>davon</i>						
<i>angestellt² in %</i>	51,2	49,4	48,1	49,5	49,5	44,3
<i>50 Jahre und älter in %</i>	55,2	55,0	51,9	54,0	54,9	56,6
je 10.000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren	10,2	10,5	10,8	11,5	11,9	12,0
Steiermark	Anzahl					
ÄrztInnen mit Additivfach und/oder Spezialisierung ¹	203	203	199	190	186	185
<i>davon</i>						
<i>angestellt² in %</i>	76,4	75,4	74,9	70,0	71,0	69,2
<i>50 Jahre und älter in %</i>	69,0	69,0	70,9	72,6	72,6	74,1
je 10.000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren	15,9	15,7	15,2	14,7	14,3	14,0
ÄrztInnen ausschließlich mit Geriatrie-Diplom	163	166	176	187	202	208
<i>davon</i>						
<i>angestellt² in %</i>	78,5	75,9	72,7	70,6	64,9	63,0
<i>50 Jahre und älter in %</i>	33,1	33,7	32,4	32,6	31,7	35,6
je 10.000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren	12,8	12,8	13,4	14,5	15,5	15,8

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Österreich	Anzahl					
ÄrztInnen mit Additivfach und/oder Spezialisierung ¹	1.164	1.154	1.108	1.088	1.060	1.030
<i>davon</i>						
<i>angestellt² in %</i>	72,5	71,1	68,1	66,0	63,8	63,0
<i>50 Jahre und älter in %</i>	71,6	73,7	74,4	75,8	77,6	78,6
je 10.000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren	14,2	13,8	13,0	12,9	12,5	11,9
ÄrztInnen ausschließlich mit Geriatrie–Diplom	1.063	1.107	1.146	1.178	1.230	1.303
<i>davon</i>						
<i>angestellt² in %</i>	64,3	63,8	61,3	61,1	58,8	57,3
<i>50 Jahre und älter in %</i>	45,5	45,8	44,3	45,0	44,4	45,0
je 10.000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren	13,0	13,3	13,5	14,0	14,5	15,0

¹ Mitumfasst sind auch jene Ärztinnen und Ärzte, die zusätzlich zum Additivfach und/oder zur Spezialisierung über das Geriatrie–Diplom verfügen. Ausschließliche Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte wurden ausgenommen; das sind laut Ärztegesetz 1998 zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Ärztinnen und Ärzte, die ausschließlich solche ärztlichen Tätigkeiten auszuüben beabsichtigen, die weder eine Ordinationsstätte erfordern noch in einem Angestelltenverhältnis ausgeübt werden (z.B. Erstellung von Aktengutachten, Vertretungen in Ordinationsstätten, arbeitsmedizinische und schulärztliche Tätigkeiten).

² Mitumfasst sind auch jene angestellten Ärztinnen und Ärzte, die zusätzlich etwa auch niedergelassen tätig waren.

Quellen: Österreichische Ärztekammer; Statistik Austria

Während die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit Additivfach und/oder Spezialisierung Geriatrie 2018 bis 2023 in Niederösterreich und in der Steiermark (-12 % bzw. -9 %) sowie österreichweit (-12 %) sank, nahm die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit Geriatrie–Diplom (ohne Additivfach und/oder Spezialisierung) zu (Niederösterreich +23 %, Steiermark +28 %, österreichweit +23 %). Diese waren durchschnittlich jünger als jene mit Additivfach und/oder Spezialisierung. Bezogen auf die Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 Jahren lag Niederösterreich bei diesen Qualifikationen unter, die Steiermark mehrheitlich über dem Österreichschnitt.

20.2 Der RH wies darauf hin, dass 2018 bis 2023 die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit Additivfach und/oder Spezialisierung Geriatrie sowohl in Niederösterreich und der Steiermark als auch österreichweit um bis zu 12 % abnahm und bis zu 81 % dieser Ärztinnen und Ärzte 50 Jahre und älter waren. Je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 Jahren gab es in Niederösterreich etwa im Jahr 2023 rund sieben Ärztinnen und Ärzte mit Additivfach und/oder Spezialisierung Geriatrie, in der Steiermark mit 14 doppelt so viele (Österreichschnitt: rund zwölf). Auch angesichts unbesetzter Ausbildungsstellen (**TZ 19**) könnten die Rückgänge bzw. die Altersstruktur u.a. dazu führen, dass für die künftig steigende Zahl älterer Personen (**TZ 3**) vergleichsweise weniger ärztliche geriatrische Fachkompetenz auf Basis einer Additivfach– oder Spezialisierungsausbildung zur Verfügung steht.

Gegenläufig – bis zu rd. 28 % steigend – war die Entwicklung bei jenen Ärztinnen und Ärzten, die zwar „zumindest“ über das Geriatrie–Diplom verfügten, aber über kein Additivfach bzw. keine Spezialisierung Geriatrie. Diese waren durchschnittlich jünger als Ärztinnen und Ärzte mit Additivfach und/oder Spezialisierung Geriatrie.

Vor dem Hintergrund, dass Niederösterreich den Ausbau akutgeriatrischer Versorgungsstrukturen plante (TZ 7), wies der RH u.a. aber auch darauf hin, dass die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit „ausschließlich“ Geriatrie-Diplom pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 Jahren im Jahr 2023 mit zwölf ebenfalls unter dem Steiermark- bzw. Österreichschnitt lag (rd. 16 bzw. 15). Während in Niederösterreich rd. 57 % dieser Ärztinnen und Ärzte 50 Jahre und älter waren, lag der Österreichwert bei 45 % (Steiermark rd. 36 %).

Der RH verwies auf seine Feststellungen und seine Empfehlung in TZ 19 an das Gesundheitsministerium zur Analyse des Bedarfs, der Ausbildungskapazitäten und deren Inanspruchnahme im geriatrischen Bereich sowie der Attraktivität der Spezialisierung Geriatrie.

Schlussempfehlungen

21 Zusammenfassend empfahl der RH

- dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (**BMSGPK**),
- dem Land Niederösterreich (**NÖ**),
- dem Land Steiermark (**Stmk**),
- dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (**NÖGUS**),
- dem Gesundheitsfonds Steiermark (**GF Stmk**),
- der NÖ Landesgesundheitsagentur (**NÖ LAG**) und
- der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (**KAGes**):

	BMSGPK	NÖ	Stmk	NÖGUS	GF Stmk	NÖ LAG	KAGes
(1) Bei krankenstellenrechtlichen Bedarfsprüfungen wäre aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Bedarf auch quantitativ herzuleiten und nicht nur mit inhaltlichen Stellungnahmen von Beteiligten zu begründen. (<u>TZ 6</u>)		X					
(2) Im Sinne des sparsamen Umgangs mit öffentlichen Mitteln wäre mit dem Betreiber der Sonderkrankenanstalt neuerlich über eine Reduktion der Auslastungsgarantie zu verhandeln oder wären zumindest geringere Zahlungen für nicht belegte Betten zu erwirken. (<u>TZ 6</u>)						X	
(3) Gemeinsam mit der NÖ Landesgesundheitsagentur und dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds wäre auch im Sinne der Rechtssicherheit die Zuordnung der angegliederten Betten in der Sonderkrankenanstalt ehestmöglich klarzustellen. Dabei wäre auch der geplante Ausbau der akutgeriatrischen Strukturen in Niederösterreich mitzubedenken. (<u>TZ 6</u>)		X					

	BMSGPK	NÖ	Stmk	NÖGUS	GF Stmk	NÖ LAG	KAGes
(4) Auf die Entwicklung eines Regionalen Strukturplans Gesundheit nach den Vorgaben der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. des Österreichischen Strukturplans Gesundheit wäre hinzuwirken. (TZ 7)				X	X		
(5) Gemeinsam mit den Ländern und den Landesgesundheitsfonds wären auch auf Basis bestehender und gegebenenfalls weiterer Evaluierungen die beiden Versorgungsbereiche Akutgeriatrie und Remobilisation im Rahmen der erwogenen Gesamtbetrachtung umfassend zu analysieren. Dies u.a. im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit der Definitionen gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit und deren Abgrenzung, die jeweils tatsächlich versorgten bzw. idealerweise zu versorgenden Patientengruppen und die jeweiligen Versorgungsaufträge sowie die Nahtstellen zu anderen Versorgungsstrukturen. (TZ 7)	X						
(6) Auch die bisherigen Evaluierungsergebnisse sowie die für 2024 vorgesehenen Endergebnisse zu den sechs Remobilisations-Betten in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz – Albert Schweitzer Klinik wären in die Entscheidungen einzubeziehen, das Pilotprojekt Remobilisations-Betten im Landeskrankenhaus Bad Radkersburg in den Regelbetrieb überzuführen und diesen Versorgungsbereich – falls zweckmäßig – steiermarkweit auszubauen. (TZ 7)					X		

	BMSGPK	NÖ	Stmk	NÖGUS	GF Stmk	NÖ LAG	KAGes
(7) Gemeinsam mit den Krankenanstaltenträgern wäre ein längerfristiges, alle Angebote umfassendes Gesamtkonzept bzw. eine Gesamtstrategie für die optimale, effektive Versorgung insbesondere von geriatrischen Patientinnen und Patienten am Best Point of Service zu entwickeln. Dies auch, um Parallelstrukturen bzw. Doppelgleisigkeiten, aber ebenso etwaige Versorgungslücken zu vermeiden. Dabei sollten u.a. konkrete Ziele formuliert, alle Angebote qualitativ und quantitativ aufeinander abgestimmt, die Versorgungsaufträge und Patientengruppen jeweils eindeutig festgelegt sowie die Nahtstellen untereinander und zu anderen Versorgungsstrukturen klar definiert werden. (TZ 7)		X	X	X	X		
(8) Das „Zentrum für Altersmedizin“ am Landeskrankenhaus Waidhofen/Thaya wäre weiterhin zu analysieren und die Ergebnisse wären auch für den geplanten weiteren Ausbau der Akutgeriatrie in Niederösterreich zu nutzen. (TZ 8)						X	
(9) Innovative – z.B. mobile – Versorgungskonzepte für Akutgeriatrie wären zu prüfen, darin auch die Erfahrungen anderer Länder miteinzubeziehen und bei positiver Bewertung solche Versorgungskonzepte für Niederösterreich zu erwägen. (TZ 8)				X		X	
(10) Im Interesse einer abgestimmten Vorgangsweise wären gemeinsam mit der Sozialversicherung zumindest Grundzüge für die Einbindung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. Therapeutinnen und Therapeuten in das Projekt „Remobilisation und Therapie für ein selbstbestimmtes Leben Zuhause“ festzulegen. (TZ 8)					X		
(11) Auch auf Basis vorliegender oder geplanter Evaluierungen wäre zu prüfen, ob, inwieweit bzw. unter welchen Voraussetzungen z.B. mobile Angebote in der Akutgeriatrie und Remobilisation im Österreichischen Strukturplan Gesundheit etwa in der Kapazitätsplanung mitberücksichtigt werden sollten. (TZ 8)	X						

	BMSGPK	NÖ	Stmk	NÖGUS	GF Stmk	NÖ LAG	KAGes
(12) Bei der Abrechnung von akutgeriatrischen Tagesbehandlungen wären die Vorgaben des Modells der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung zu beachten. (TZ 9)					X		X
(13) Im Sinne der bestmöglichen Nutzung der vorhandenen Strukturen wäre an allen Akutgeriatrien zu erfassen, wie viele Personen aus Kapazitätsgründen abgelehnt wurden und welche alternative Versorgungsmöglichkeit ihnen angeboten wurde. Dies auch, um daraus gegebenenfalls Verbesserungspotenzial abzuleiten und die Planungen der Versorgungsstrukturen zu optimieren. (TZ 9)							X
(14) Gemeinsam mit den Ländern wären die Gründe für die vergleichsweise niedrige Zahl an Primäraufnahmen in Akutgeriatrien zu analysieren. Dies, um gegebenenfalls bestehende Versorgungslücken für geriatrische Patientinnen und Patienten (z.B. auch mit internistischen Beschwerdebildern als auslösendes Ereignis) zu identifizieren und deren Versorgung am Best Point of Service sicherzustellen. (TZ 10)	X						
(15) Die Belagsplanung in der Remobilisation wäre unter Berücksichtigung der Kapazitäten aller Krankenanstalten-Standorte zu optimieren. (TZ 11)						X	
(16) Im Sinne der bestmöglichen Nutzung der vorhandenen Strukturen wäre an allen Remobilisationen zu erfassen, wie viele Personen aus Kapazitätsgründen abgelehnt wurden und welche alternative Versorgungsmöglichkeit ihnen angeboten wurde. Dies auch, um daraus gegebenenfalls Verbesserungspotenzial abzuleiten und die Planungen der Versorgungsstrukturen zu optimieren. (TZ 11)						X	
(17) Die Personalvorgaben gemäß dem Modell der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung für Remobilisationen bzw. Akutgeriatrien wären einzuhalten und Personaldaten nachvollziehbar zu dokumentieren. (TZ 12)						X	X

	BMSGPK	NÖ	Stmk	NÖGUS	GF Stmk	NÖ LAG	KAGes
(18) Gemeinsam mit den Ländern bzw. den Landesgesundheitsfonds wäre eine geeignete Vorgangsweise für eine effektive und regelmäßige Kontrolle der Personalvorgaben des Modells der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung zu erarbeiten und umzusetzen. (TZ 12)	X						
(19) Bei der Übergangspflege in den Übergangspflegezentren wäre(n) <ul style="list-style-type: none"> • die vorgesehene regelmäßige ärztliche Visite zu gewährleisten, • die vorgesehene Verlaufskontrolle sowie die Evaluierung der Zielerreichung durch standardisierte Tests sicherzustellen, • der Bedarf an zusätzlichen therapeutischen (z.B. Logopädie) und psychologischen Diensten zu prüfen und an die Erfordernisse anzupassen, • die unterschiedliche Auslastung an den einzelnen Standorten zu analysieren und entsprechende Maßnahmen daraus abzuleiten. (TZ 13) 						X	
(20) Auf die Einhaltung der Personalvorgaben beim therapeutischen Personal und auf entsprechende Dokumentation wäre in der Übergangspflege zu achten. Weiters wäre zu evaluieren, ob ausreichend (diplombiertes) Pflegepersonal für die in der Übergangspflege vorgesehene aktivierende und rehabilitative Pflege zur Verfügung steht. Eine mögliche Beeinträchtigung der personellen Ressourcen für die Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Langzeitpflege sollte jedenfalls vermieden werden. (TZ 14)						X	
(21) Auf eine konsequente Durchführung von (geriatrischen) Assessments bzw. auf deren vollständige Dokumentation wäre hinzuwirken. (TZ 16)						X	X

	BMSGPK	NÖ	Stmk	NÖGUS	GF Stmk	NÖ LAG	KAGes
(22) Im Vorfeld weiterer Maßnahmen bzw. für künftige Planungen in der Akutgeriatrie und Remobilisation wäre das Ausmaß der insbesondere auf Internen Abteilungen versorgten geriatrischen Patientinnen und Patienten mit Remobilisationspotenzial zu analysieren. (TZ 17)				X	X		
(23) Gemeinsam mit den Landesgesundheitsfonds und den Krankenanstaltenträgern wären im Rahmen von Austrian Inpatient Quality Indicators die Indikatoren für Akutgeriatrie und Remobilisation weiterzuentwickeln und die Auswahl als Jahres-schwerpunkt bzw. die Durchführung von Peer-Review-Verfahren in diesen Versorgungsbereichen zu prüfen. (TZ 18)	X						
(24) Gemeinsam mit den Ländern wären der Bedarf, die Ausbildungskapazitäten und deren Inanspruchnahme im geriatrischen Bereich sowie die Attraktivität der Spezialisierung Geriatrie zu analysieren und erforderlichenfalls Maßnahmen zur verstärkten Ausbildung in diesem (Spezialisierungs-) Bereich bzw. für eine wirksame, bedarfsorientierte Nachwuchssteuerung zu erarbeiten. (TZ 19)	X						



Wien, im Dezember 2024

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

Anhang

Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger

Anmerkung: im Amt befindliche Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in **Fettdruck**

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
(KAGes)

Aufsichtsrat

Vorsitz

Günter Dörflinger, MBA

(seit 22. Mai 2017)

Stellvertretung

Mag. Gerhard Poppe

(23. Juli 2013 bis 24. September 2021)

Mag.^a Birgit Ragger

(29. November 2021 bis 28. November 2022)

Mag. Dr. Peter Ebner

(seit 28. November 2022)

Geschäftsführung

Dipl. KHBw. Ernst Fartek, MBA

(1. April 2008 bis 14. Februar 2023)

Univ.-Prof. Dr. Karlheinz Tscheliessnigg

(14. Februar 2013 bis 30. November 2021)

Univ.-Prof. Ing. Dr. Gerhard Stark

(seit 1. Dezember 2021)

Mag. DDr. Ulf Drabek, MSc, MBA

(seit 15. Februar 2023)

Marienkrankenhaus Voralpe Gemeinnützige GmbH

Aufsichtsrat

Vorsitz

Mag. Dr. Gerhard K. Hörting

(seit 14. Juni 2022)

Stellvertretung

Maria Anna (Sr. Marianne) Schuh

(14. Juni 2022 bis 17. Juli 2024)

Cornelia (Sr. Mirjam) Schmedler

(seit 17. Juli 2024)

Geschäftsführung

Manuela Holowaty

(5. August 2009 bis 3. Juni 2024)

Johanna Schlagbauer

(seit 5. August 2009)

DI Dr. Bertram Gangl

(seit 3. Juni 2024)

Lebens.Med Gesundheitszentren GmbH

Geschäftsführung

Karin Weissenböck

(seit 26. November 2010)

Franz Buchleitner

(seit 29. August 2013)

Ressortbezeichnung und –verantwortliche

Tabelle A: Gesundheitsministerium im Zeitraum 2018 bis 2022

Zeitraum	Bundesministerien-gesetz–Novelle	Ressortbezeichnung	Bundesminister/in
1. Juli 2016 bis 7. Jänner 2018	BGBl. I 49/2016	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen	1. Juli 2016 bis 23. Februar 2017: Dr. ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS
			24. Februar 2017 bis 7. März 2017: Alois Stöger, diplomé (betraut)
			8. März 2017 bis 18. Dezember 2017: Dr. ⁱⁿ Pamela Rendi–Wagner, MSc
			18. Dezember 2017 bis 8. Jänner 2018: Mag. ^a Beate Hartinger–Klein
8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020	BGBl. I 164/2017	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz	8. Jänner 2018 bis 22. Mai 2019: Mag. ^a Beate Hartinger–Klein
			22. Mai 2019 bis 3. Juni 2019: Dr. Walter Pöltner
			3. Juni 2019 bis 7. Jänner 2020: Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Brigitte Zarfl
			7. Jänner 2020 bis 29. Jänner 2020: Rudolf Anschober
seit 29. Jänner 2020	BGBl. I 8/2020	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	29. Jänner 2020 bis 19. April 2021: Rudolf Anschober
			19. April 2021 bis 8. März 2022: Dr. Wolfgang Mückstein
			seit 8. März 2022: Johannes Rauch

Quelle: Parlament; Zusammenstellung: RH

R
—
H

