

Bericht des Rechnungshofes

**Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in den Landeskrankenhäusern Mittersill
und Tamsweg, in den Krankenhäusern Zell am See und
Oberndorf sowie im Krankenhaus der Barmherzigen
Brüder in Salzburg**

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis _____	256
Abkürzungsverzeichnis _____	258
Glossar _____	261

BMG**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit**

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung
in den Landeskrankenhäusern Mittersill und Tamsweg, in den
Krankenhäusern Zell am See und Oberndorf sowie im Krankenhaus
der Barmherzigen Brüder in Salzburg

KURZFASSUNG _____	266
Prüfungsablauf und –gegenstand _____	271
Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten _____	272
Qualitätsindikatoren in Deutschland _____	284
Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten _____	286
Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe _____	310
Sonstige Feststellungen _____	330
Getroffene Maßnahmen _____	332
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen _____	333
ANHANG _____	339

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht Strukturqualitätskriterien ÖSG 2010 _____	279
Tabelle 2:	Deutsche Qualitätsindikatoren für die Cholezystektomie mit Referenzwerten und Ergebnissen 2009, 2010 _____	284
Tabelle 3:	Festgelegte Mindestmengen in Deutschland (Stand: 2010) _____	285
Tabelle 4:	Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung der Hygieneteams (PROHYG 2.0) _____	288
Tabelle 5:	Personalausstattung des Hygieneteams im KH Zell am See _____	289
Tabelle 6:	Personalausstattung des Hygieneteams im LKH Mittersill _____	289
Tabelle 7:	Personalausstattung des Hygieneteams im LKH Tamsweg _____	290
Tabelle 8:	Personalausstattung des Hygieneteams im KH BBR Salzburg _____	290
Tabelle 9:	Personalausstattung des Hygieneteams im KH Oberndorf _____	291
Tabelle 10:	Erfassung von Komplikationsraten im KH Zell am See _	297
Tabelle 11:	Erfassung von Komplikationsraten im LKH Mittersill____	298
Tabelle 12:	Erfassung von Komplikationsraten im LKH Tamsweg __	298
Tabelle 13:	Erfassung von Komplikationsraten im KH BBR Salzburg _____	299
Tabelle 14:	Erfassung von Komplikationsraten im KH Oberndorf____	299
Tabelle 15:	Ausgewählte Eingriffe _____	310
Tabelle 16:	Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im KH Zell am See 2009 bis 2011 _____	314

Tabelle 17:	Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im KH Zell am See 2011	314
Tabelle 18	Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im LKH Mittersill 2009 bis 2011	315
Tabelle 19:	Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im LKH Mittersill 2011	315
Tabelle 20:	Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im LKH Tamsweg 2009 bis 2011	316
Tabelle 21:	Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im LKH Tamsweg 2011	316
Tabelle 22:	Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im KH BBR Salzburg 2011	317
Tabelle 23:	Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im KH Oberndorf 2009 bis 2011	317
Tabelle 24:	Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im KH Oberndorf 2011	318
Tabelle 25:	Verweildauer im OP	328
Tabelle 26:	Wartezeit zwischen Anästhesiebeginn und erstem Hautschnitt	329

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
Art.	Artikel
ATS	österreichische Schilling
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BlgNR	Beilagen des Nationalrats
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BÖC	Berufsverband österreichischer Chirurgen
bspw.	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz, BGBL. Nr. 1/1930 i.d.g.F.
COPD	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit – Raucherlunge
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
ErlRV	Erläuterungen zur Regierungsvorlage
EUR	Euro
f.	folgende
ff.	fortfolgende
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖGG	Bundesgesetz über die Gesundheit Öster- reich GmbH, BGBL. I Nr. 132/2006 i.d.g.F.
GP	Gesetzgebungsperiode
GQG	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheits- leistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBL. I Nr. 179/2004
Hrsg.	Herausgeber
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IT	Informationstechnologie
i.V.m.	in Verbindung mit

KA	Krankenanstalt(en)
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.
KH	Krankenhaus(häuser)
KH BBR Salzburg	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg
KH Hallein	Krankenhaus der Stadtgemeinde Hallein
KH Oberndorf	Krankenhaus der Stadtgemeinde Oberndorf
KH Schwarzach	Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul
KH Zell am See	Krankenhaus der Stadtgemeinde Zell am See
Konvent der Barmherzigen Brüder	Konvent der Barmherzigen Brüder vom Hl. Johannes von Gott
leg. cit.	legis citatae
LGBL	Landesgesetzblatt
lit.	litera
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH Mittersill	Landeskrankenhaus Mittersill
LKH Salzburg	Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der Paracelsus medizinischen Privatuniversität
LKH Tamsweg	Landeskrankenhaus Tamsweg
Mio.	Million(en)
mwN	mit weiteren Nachweisen
Nr.	Nummer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGC	Österreichische Gesellschaft für Chirurgie
OGH	Oberster Gerichtshof
Oö.	Oberösterreichisch(e, em, en, er, es)
OP	Operation(ssaal)
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PPP	Public Private Partnership
QIP	Quality Indicator Project der Maryland Hospital Association

Abkürzungen



RdM	Recht der Medizin
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
SKAG	Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 – SKAG, LGBl. Nr. 24/2000 i.d.g.F.
SKAP	Salzburger Krankenanstalten- und Großgeräteplan, LGBl. Nr. 87/2007 i.d.g.F.
SOP	Standard Operating Procedures
StGB	Strafgesetzbuch
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Glossar

Appendektomie

operative Entfernung des Blinddarms

Arthroskopie

Hineinsehen in das Körperinnere (Gelenksspiegelung) durch kleine Hautschnitte (minimal invasiv) mit Hilfe eines Geräts (Endoskop)

Cholezystektomie

operative Entfernung der Gallenblase

Disease Management Programm

systematisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen auf Grundlage empirisch nachgewiesener Medizin (evidenzbasiert)

Endoskop(ie)

technisches Gerät (starre oder flexible Rohre mit oder ohne Optik) zur Diagnose und Behandlung in Körperhöhlen

Kolektomie

operative Entfernung des Dickdarms

Kolon (Colon)

Dickdarm

Konsiliararzt, konsiliarärztlich

unterstützende patientenbezogene Beratung durch einen in der Regel externen Facharzt; im Rahmen des Tumorboards Beratung vorrangig durch krankenhouseigene Fachärzte

Laparoskopisch

Hineinsehen und Operieren in Körperhöhlen mit Hilfe von Endoskopen

Leistenhernie

Bruch von Bindegewebe im Bereich der Leisten (Leistenbruch)

Maligne Erkrankung

bösartige Erkrankung

Mammateilresektion

teilweise Entfernung der Brust

Mastektomie

Brustentfernung

Mikrobiologie

Lehre von krankheitserregenden Mikroorganismen (Bakterien, Pilze, Protozoen)

Mortalitätsrate

Sterberate

Neonatologie

Lehre von den Frühgeborenen und ihren Erkrankungen

Nosokomiale Infektionen

Infektionen, die sich ein Patient im Laufe des Spitalsaufenthalts zuzieht

Onkologische Fälle (Onkologie)

an Krebs erkrankte Patienten (medizinisches Fachgebiet zur Erkennung und Behandlung von Tumorerkrankungen)

Pankreatektomie

operative Entfernung der Bauchspeicheldrüse

Schlüssellochchirurgie

Operationstechnik mit kleinstmöglichen Zugangsschnitten (minimal-invasive Chirurgie mit Hilfe laparoskopischer Operationstechniken)

Sectio Caesarea

Entbindung mittels Kaiserschnitt

Thyreoidektomie

operative Entfernung der Schilddrüse

Tumorboard

ein Qualitätsinstrument im Sinne einer verpflichtenden konsiliarärztlichen Kooperation, um für die an Krebs erkrankten Patienten die bestmöglichen diagnostischen und therapeutischen Schritte zu besprechen und festzulegen

Zytopathologische bzw. histopathologische Untersuchung

Beurteilung von Zellen, die aus einem Gewebeverband durch Abstriche, Biopsien oder Punktion (Zytologie) bzw. aus Gewebe von Operationspräparaten (Histologie) entnommen werden

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbe- handlung in den Landeskrankenhäusern Mittersill und Tamsweg, in den Krankenhäusern Zell am See und Oberndorf sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Salzburg

Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2005 und entgegen der klaren Zielsetzung des Gesetzgebers legte der Bundesminister für Gesundheit noch keine verbindlichen Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Form von Bundesqualitätsrichtlinien fest. Lediglich im Österreichischen Strukturplan Gesundheit waren bundesweit einheitliche fach- und leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien für Krankenanstalten vorgegeben. Diese leisteten einen Beitrag zur Sicherung der Strukturqualität, nicht jedoch der Prozess- und Ergebnisqualität.

Die fünf überprüften Krankenanstalten (Landeskrankenhäuser Mittersill und Tamsweg, Krankenhäuser Zell am See und Oberndorf sowie Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg) erfassten im eigenen Interesse bestimmte Qualitätsparameter (z.B. Komplikationsraten). Interne, standardisierte Fehlermeldesysteme waren nur bei zwei Krankenanstalten eingerichtet; die Qualitätsdaten der fünf Krankenanstalten wurden nicht einheitlich erfasst und waren daher schwer vergleichbar. Mit Ausnahme des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Salzburg wiesen die überprüften Krankenanstalten in bestimmten medizinischen Fachbereichen Fallzahlen auf, die unter den im Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgegebenen Mindestfrequenzen lagen. Diese Ergebnisse stimmten in weiten Bereichen mit jenen der vorangegangenen Gebarungsüberprüfung zu diesem Thema im Landeskrankenhaus Salzburg sowie den Krankenhäusern Schwarzach und Hallein überein.

In keiner der fünf Krankenanstalten bestand die nach dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgesehene Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts bzw. einer telepathologischen Versorgung durch eine andere Krankenanstalt.

KURZFASSUNG**Prüfungsziel**

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, in den Landeskrankenhäusern Mittersill und Tamsweg (LKH Mittersill, LKH Tamsweg), in den Krankenhäusern der Stadtgemeinden Zell am See und Oberndorf (KH Zell am See, KH Oberndorf) sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg (KH BBR Salzburg) die Umsetzung der im Gesundheitsqualitätsgesetz und in den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften des Bundes und des Landes Salzburg festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beurteilen. Anhand ausgewählter medizinischer Eingriffe überprüfte der RH in diesem Zusammenhang auch die Einhaltung der im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vorgegebenen Strukturqualitätskriterien. (TZ 1)

Grundlagen der Qualitätssicherung in den Krankenanstalten

Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2005 und entgegen der klaren Zielsetzung des Gesetzgebers legte der Bundesminister für Gesundheit noch keine verbindlichen Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Form von Bundesqualitätsrichtlinien fest. Auch hatte das BMG erst zwei Bundesqualitätsleitlinien erlassen. (TZ 3, 4)

Obwohl seit dem Jahr 1996 nach dem Salzburger Krankenanstaltengesetz (SKAG) die Verpflichtung bestand, interne Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und die dafür erforderlichen Voraussetzungen im Rahmen einer Verordnung zu schaffen, erließ die Salzburger Landesregierung eine solche Verordnung bisher nicht. (TZ 5)

Die im ÖSG festgelegten fach- und leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien waren grundsätzlich geeignet, zur Sicherung der Strukturqualität in den österreichischen Krankenanstalten beizutragen. Allerdings berücksichtigte der Salzburger Gesundheitsfonds die Strukturqualitätskriterien des ÖSG im Rahmen der LKF-Abrechnung (LKF = leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) nicht in vollem Umfang. Dies hatte zur Folge, dass eine Leistung, die nicht den Strukturqualitätskriterien entsprach, der Krankenanstalt unter Umständen dennoch finanziell abgegolten wurde. (TZ 6, 7)

Ein einheitliches Verfahren der Qualitätsmessung im Interesse der Patienten und für transparente Vergleiche zwischen den Krankenanstalten ist nach Auffassung des RH unverzichtbar. Eine Veröffentlichung von Kennzahlen für einen Qualitätsbericht wird laut BMG nicht vor November 2013 erwartet. (TZ 8)

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Die tatsächliche Personalausstattung der Hygieneteams unterschritt – wenn auch in unterschiedlicher Höhe – in allen fünf überprüften Krankenanstalten das in einem Dokument des BMG jeweils empfohlene Ausmaß. (TZ 12)

Das KH Zell am See, das KH BBR Salzburg und das KH Oberndorf kamen ihren gesetzlichen Verpflichtungen zur Infektions-Surveillance in sehr unterschiedlichem Ausmaß nach. Die LKH Mittersill und Tamsweg setzten diese Verpflichtung zur Infektionsüberwachung nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System bisher nicht um. (TZ 13)

Die Erfassung und Auswertung von Komplikationen handhabten die überprüften Krankenanstalten je nach Abteilung und abhängig vom persönlichen Engagement des jeweiligen Abteilungsleiters unterschiedlich. Eine krankenhausesübergreifende zentrale Auswertung war dadurch in keiner Krankenanstalt möglich. (TZ 14)

Im Unterschied etwa zum Wiener Krankenanstaltengesetz bestand im SKAG keine Verpflichtung, alle durch diagnostische und therapeutische Eingriffe gewonnenen Zellen und Gewebe einer zytologischen bzw. histopathologischen Untersuchung zuzuführen. Wie bereits in der Überprüfung des RH im Herbst 2011 (Reihe Bund 2012/12, Reihe Salzburg 2012/9) festgestellt, führten die Salzburger Krankenanstalten zytologische bzw. histopathologische Untersuchungen nicht lückenlos im Zuge von Operationen durch. (TZ 15)

Das KH Zell am See und das LKH Tamsweg verfügten über interne Fehlermeldesysteme. Demgegenüber fehlten in den anderen drei überprüften Krankenanstalten solche standardisierten Systeme. (TZ 16)

Alle fünf überprüften Krankenanstalten verwendeten angepasste Versionen der OP-Checkliste der WHO. (TZ 18)

Im KH Zell am See war ein Tumorboard eingerichtet, für das jedoch keine Standard Operating Procedures (SOP) vorlagen. Das KH BBR Salzburg verfügte ebenfalls über ein Tumorboard und arbeitete im Rahmen einer Geschäftsordnung mit dem LKH Salzburg zusammen. Im LKH Mittersill wurden onkologische Behandlungen nur in Abstimmung mit dem LKH Salzburg (onkologisches Zentrum) durchgeführt. Im LKH Tamsweg bestand für die Behandlung von Tumorpatienten keine Kooperationsvereinbarung. Das KH Obern-

dorf führte keine Chemotherapien durch und überwies alle Patienten an das LKH Salzburg. (TZ 19)

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Anhand ausgewählter Eingriffe beurteilte der RH in den fünf überprüften Krankenanstalten die Einhaltung der fach- und leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien des ÖSG. Er stellte fest, dass bei einigen Leistungen die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Abteilung unter den vom ÖSG geforderten Mindestwerten lag. (TZ 20)

Mit Ausnahme des KH BBR Salzburg hatten alle überprüften Krankenanstalten zumindest bei einzelnen Leistungen Schwierigkeiten, die im ÖSG angegebenen Mindestfrequenzen auch nur annähernd zu erreichen. Besonders bedenklich war die Situation im KH Zell am See, das die in der Leistungsmatrix geforderten Mindestfrequenzen – mit einer einzigen Ausnahme (Entbindungen – 92 %) – für alle überprüften Eingriffe deutlich verfehlte. Im LKH Mittersill wurden Mindestfrequenzen nur bei Schilddrüsenoperationen unterschritten (2011 nur zwei derartige Eingriffe). Das LKH Tamsweg erreichte die Mindestfrequenzen im Bereich der Endoprothetik bezüglich der Knieoperationen zu 41 %, bezüglich der Hüftoperationen zu 72 %. Das KH Oberndorf erreichte die Mindestfrequenzen für die Eingriffe am Pankreas und an der Schilddrüse nur zu 37 % bzw. zu 14 %. (TZ 21)

Die im ÖSG für die Erbringung bestimmter Leistungen geforderte Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts bzw. einer telepathologischen Versorgung durch eine andere Krankenanstalt gab es an keiner der fünf überprüften Krankenanstalten. (TZ 21)

Im KH BBR Salzburg erbrachten externe Fachärzte ohne Deckung in der Versorgungsplanung elektive orthopädische und unfallchirurgische Leistungen. Dennoch wurden diese Leistungen vom Salzburger Gesundheitsfonds vergütet. Die Salzburger Landesregierung als Aufsichtsbehörde duldete diese Praxis. (TZ 22)

In drei (KH Zell am See, LKH Mittersill und KH BBR Salzburg) der fünf überprüften Krankenanstalten waren Fachschwerpunkte (reduzierte Organisationsformen) eingerichtet. Ihre Anbindung an entsprechende Patronanzabteilungen war jeweils unterschiedlich gelöst. Eine schriftliche Vereinbarung über diese Zusammenarbeit gab es nur im LKH Mittersill. (TZ 23)

Die Verweildauern im OP-Bereich (Zeitraum zwischen Ein- und Ausschleusen abzüglich Schnitt-Naht-Zeiten) bewegten sich in einer unauffälligen Bandbreite. Ihre Größenordnung entsprach im Übrigen den Verweildauern im 2011 vom RH überprüften KH Schwarzach. Auch bei den Wartezeiten im OP zwischen der Einleitung der Narkose und erstem Hautschnitt gab es keine auffälligen bzw. nicht erklärbaren Abweichungen zwischen vier überprüften Krankenanstalten (das LKH Tamsweg verfügte über keine auswertbaren Daten). (TZ 24, 25)

Sonstige Feststellungen

In einer Abteilung des LKH Tamsweg gab es in Bezug auf zwei Ärzte Unstimmigkeiten bei der Zeiterfassung. (TZ 26)

Wann ein im Krankenhaus verstorbener Patient zu obduzieren ist, ist im SKAG nur allgemein geregelt und in Verordnungen nicht näher ausgeführt. Dies führte zu unterschiedlichen Vorgangsweisen in den fünf überprüften Krankenanstalten. (TZ 27)

Getroffene Maßnahmen

Während der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle zeigte der RH einen potenziellen Interessenkonflikt im LKH Tamsweg auf, weil ein Arzt im LKH Tamsweg sowohl eine unselbständige Beschäftigung (im Rahmen der Anstellung) als auch eine selbständige Beschäftigung (als Belegarzt) ausübte. Noch während der Gebarungsüberprüfung setzte das LKH Tamsweg die Empfehlung des RH zur Bereinigung dieses Interessenkonflikts um. (TZ 28)

Kenndaten zu Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in den Landeskrankenhäusern Mittersill und Tamsweg, in den Krankenhäusern Zell am See und Oberndorf sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Salzburg

überprüfte Krankenanstalten	Krankenhaus Zell am See, Landeskrankenhaus Mittersill, Landeskrankenhaus Tamsweg, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg, Krankenhaus Oberndorf				
Rechtsträger	Stadtgemeinde Zell am See für das KH Zell am See; Land Salzburg (Abteilung 8 Finanz- und Vermögensverwaltung) für die LKH Mittersill und Tamsweg; Konvent der Barmherzigen Brüder vom Hl. Johannes von Gott für das KH BBR Salzburg; Stadtgemeinde Oberndorf (51 %) in PPP mit der VAMED Management und Service GmbH & Co KG (49 %) für das KH Oberndorf				
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F., Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten				
Bundesrecht	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.				
Landesrecht	Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl. Nr. 24/2000				
Rechtsgrundlagen bezüglich Qualität	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitäts-gesetz – GQG), BGBl. I Nr. 179/2004; Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBl. I Nr. 132/2006, i.d.g.F.				
	KH Zell am See	LKH Mittersill	LKH Tamsweg	KH BBR Salzburg	KH Oberndorf
Leistungsdaten 2011	Anzahl				
tatsächliche Betten	266	105	147	235	111
stationäre Aufenthalte	18.352	5.952	5.911	14.199	5.514
Frequenzen ambulanter Patienten	125.913	37.262	47.630	43.219	40.591
	in %				
Auslastung nach Belagstagen	67,72	71,00	64,98	75,56	71,70
	Anzahl				
durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	3,58	4,56	5,90	4,62	5,06
Personal in VZÄ	455,56	159,13	240,40	389,00	196,34
Endkosten in Mio. EUR	41,91	14,66	17,97	40,10	18,52
LKF-Punkte in Mio.	33,60	12,19	13,85	35,66	14,94
Kosten je LKF-Punkt in EUR	1,25	1,20	1,30	1,12	1,24

Quellen: LKH Mittersill und Tamsweg, KH Zell am See und Oberndorf, KH BBR Salzburg, DIAG

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 Der RH überprüfte von Mai bis Juli 2012 im Rahmen einer Querschnittsüberprüfung Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Patientenbehandlung in den Landeskrankenhäusern Mittersill und Tamsweg (LKH Mittersill, LKH Tamsweg), in den Krankenhäusern der Stadtgemeinden Zell am See und Oberndorf (KH Zell am See, KH Oberndorf) sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg (KH BBR Salzburg). Diese Gebarungsüberprüfung stand im Zusammenhang mit der Ende 2011/Anfang 2012 vom RH durchgeführten themengleichen Überprüfung des LKH Salzburg und der KH Schwarzach und Hallein¹ (Reihe Bund 2012/12, Reihe Salzburg 2012/9) und soll einen Gesamtüberblick über die Qualitätssicherung in den öffentlichen Krankenanstalten im Land Salzburg ermöglichen.

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, in den fünf genannten Krankenanstalten die Umsetzung der im Gesundheitsqualitätsgesetz und in den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) sowie in den entsprechenden Landesausführungsgesetzen – konkret im Salzburger Krankenanstaltengesetz (SKAG) – festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beurteilen. Anhand ausgewählter medizinischer Eingriffe (Mandel- und Nasenpolypenentfernung, Bauchchirurgie, Schilddrüsenoperationen, Gallenblasenentfernung, Kaiserschnittgeburten, Brustentfernungen, Arthroskopien, Knie- und Hüftendoprothetik) überprüfte der RH in diesem Zusammenhang auch die Einhaltung der im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vorgegebenen Strukturqualitätskriterien.

Im Hinblick darauf, dass die Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten bereits in der vorangegangenen Gebarungsüberprüfung behandelt wurden, entsprechen die grundsätzlichen Ausführungen und die diesbezüglich an das BMG bzw. das Land Salzburg gerichteten Schlussempfehlungen im Wesentlichen jenen im bereits dazu ergangenen Bericht.

Zu dem im Oktober 2012 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das BMG, das Land Salzburg, die Stadtgemeinden Zell am See und Oberndorf sowie der Konvent der Barmherzigen Brüder vom Hl. Johannes von Gott (**Konvent der Barmherzigen Brüder**) im Jänner 2013 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im März 2013.

¹ Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der Paracelsus medizinischen Privatuniversität, Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul, Krankenhaus der Stadtgemeinde Hallein

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

Allgemeines

2 Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitswesen dienen im Wesentlichen der Verbesserung der Versorgung der Patienten in organisatorischer, technischer bzw. pflegerischer und ärztlicher Hinsicht. Für Träger von Krankenanstalten sind derartige Maßnahmen mittlerweile unverzichtbar geworden; einerseits aufgrund der gesetzlichen Vorgaben und andererseits deshalb, weil Qualitätssicherung in der Regel auch zu einer optimierten Ressourcennutzung führt und daher dazu beitragen kann, Rationalisierungspotenziale besser auszuschöpfen.²

Regelungen über die Qualitätssicherung in Krankenanstalten finden sich insbesondere in folgenden Rechtsvorschriften und Vereinbarungen auf Bundes- und Länderebene:

- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F. (KAKuG),
- Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004 (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG),
- Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl. Nr. 24/2000 i.d.g.F. (SKAG) sowie
- Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG).

Gesundheitsqualitätsgesetz

3.1 (1) Das Gesundheitsqualitätsgesetz wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 mit dem Ziel beschlossen, ein bundesländer- und sektorenübergreifendes Qualitätssystem zu implementieren und verbindliche Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu schaffen. Der Bundesgesetzgeber entschied sich dabei jedoch nicht für ein konkretes Qualitätsmanagementmodell, sondern überließ es dem Bundesminister für Gesundheit, Qualitätsstandards entweder in Form von verbindlichen Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung zu erlassen oder in Form von Bundesqualitätsleitlinien im Sinne einer Hilfestellung zu empfehlen (§ 4 Gesundheitsqualitätsgesetz).³

² vgl. dazu: Tragl, Die Grundlagen der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung, in: Fischer/Tragl (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Medizin, Wien 2000, S. 9 und die Ausführungen in der Qualitätsstrategie des Bundes (S. 3 Z 5), die unter www.goeg.at/de/Bereich/Qualitaetsstrategie.html abrufbar ist.

³ Laut den Erläuterungen sollte dadurch „einerseits die Flexibilität der Gesundheitsleister in der Qualitätsarbeit gestützt werden, andererseits auch die Weiterentwicklung von Qualitätsmanagementsystemen und –modellen und der Wettbewerb nicht behindert werden“.

(2) Konkreter und für den Bundesminister für Gesundheit verpflichtend waren die vom Gesetzgeber in den §§ 5 ff. Gesundheitsqualitätsgesetz verankerten Vorgaben, die im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigten. Demnach waren vom Bundesminister u.a. verbindliche Strukturqualitätskriterien und Anforderungen im Bereich der Prozessqualität zu entwickeln sowie Indikatoren bzw. Referenzgrößen zur Ergebnisqualität und auch entsprechende Meldepflichten festzulegen.

Weiters hatte der Bundesminister den Aufbau einer bundeseinheitlichen bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung vorzugeben. Darüber hinaus war eine bundesweite Beobachtung und Kontrolle der Mitwirkung an der Qualitätsberichterstattung, der Umsetzung von Bundesqualitätsrichtlinien und der Anwendung von Bundesqualitätsleitlinien sicherzustellen.

(3) Ungeachtet dieser gesetzlichen Verpflichtung erließ der Bundesminister für Gesundheit bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung keine verbindlichen Qualitätsvorgaben (Bundesqualitätsrichtlinien).

3.2 Der RH beanstandete, dass seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2005 und entgegen der klaren Zielsetzung des Gesetzgebers noch keine verbindlichen Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Form von Bundesqualitätsrichtlinien festgelegt wurden. Er empfahl dem BMG, entsprechende Vorgaben zu erlassen.

3.3 *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass es keine gesetzliche Verpflichtung zur Erlassung von Bundesqualitätsleit- und -richtlinien gebe. Die Festlegung verbindlicher Qualitätsvorgaben habe sich in der Praxis nicht in jedem Fall als zweckmäßig und in der Sache zielführend herausgestellt. So sei insbesondere zu beachten, dass die Unterschiede hinsichtlich der historisch gewachsenen Strukturen und bei den darauf aufbauenden Versorgungsprozessen teilweise sehr groß seien und durchaus ihre Berechtigung haben könnten.*

Weiters hätten sich die Länder in der bislang geltenden Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ein Mitspracherecht insofern ausbedungen, als die Inhalte aller Verordnungen im Rahmen des Gesundheitsqualitätsgesetzes nur im Konsens zwischen Bund und Ländern festgelegt werden könnten. Nunmehr hätten sich Bund und Länder im Rahmen der Verhandlungen zu einer politischen Vereinbarung über ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem darauf geeinigt, dass der Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen im Rahmen der zukünftigen Zielsteuerung

lung-Gesundheit ein sehr hoher Stellenwert einzuräumen sein werde und dass – insbesondere zur Sicherstellung bundesweit einheitlicher Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität – das genannte Mitspracherecht entfallen könne.

Das BMG hob schließlich hervor, dass im ÖSG und im Rahmen der LKF-Abrechnungsvorschriften bereits verbindliche Qualitätsstandards bestünden und sich diese Regelungen – mit entsprechender Verknüpfung mit der Finanzierung – sehr gut bewährten.

- 3.4** Der RH entgegnete unter Verweis auf die gesetzlichen Materialien⁴, dass es gerade die Intention des Gesetzgebers war, mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz die Grundlage für ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem zu schaffen und die Einhaltung von Qualitätsvorgaben bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen verbindlich vorzuschreiben.

Zum Hinweis des BMG auf das Mitspracherecht der Länder hielt der RH fest, dass ein solches am gesetzlichen Auftrag des Bundesministers zur Erlassung verbindlicher Qualitätsvorgaben nichts ändert.

Da ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem, wie es das Gesundheitsqualitätsgesetz forderte, ohne bundeseinheitliche, sektorenübergreifende und transparente Standards nicht denkbar war, beurteilte der RH die Bemühungen des BMG, im Rahmen der zukünftigen Zielsteuerung-Gesundheit bundesweit einheitliche Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität sicherstellen zu wollen, positiv. Derartige Vorgaben standen im Übrigen, wie die im ÖSG enthaltenen Qualitätsstandards bewiesen, einer individuellen Behandlung und Patientenorientierung nicht entgegen.

Bundesinstitut für
Qualität im Gesundheitswesen

- 4.1** (1) Das mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz im Jahr 2006 eingerichtete Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (Bundesinstitut) sollte den Bundesminister für Gesundheit insbesondere bei der Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen sowie bei der Überprüfung, Empfehlung, Erarbeitung und der Kontrolle von Qualitätsstandards unterstützen. Dementsprechend beauftragte der Bundesminister das Bundesinstitut im Jahr 2008, in einer sogenannten „Metaleitlinie“ die Methode für die Entwicklung und Evaluierung von Qualitätsstandards festzulegen.

⁴ ErlRV 693 der Beilagen XXII. GP, S. 27 f.

Die Metaleitlinie wurde im Jahr 2010 fertiggestellt; darauf aufbauend veröffentlichte das BMG zwei Bundesqualitätsleitlinien, bei denen es sich um Qualitätsstandards mit Empfehlungscharakter handelte:

- das „Disease Management Programm für Diabetes mellitus Typ 2“⁵ und
- die „Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen“.

Vom Bundesinstitut bereits fertiggestellt, aber noch nicht in Form einer Bundesqualitätsleitlinie veröffentlicht, waren Qualitätsstandards zur Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening sowie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Weitere Bundesqualitätsleitlinien zu den Themen Demenz, Parkinson und COPD (Chronisch obstruktive Lungenkrankheit – Raucherlunge) befanden sich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in Planung.

(2) Darüber hinaus hatte das Bundesinstitut die Aufgabe, Qualitätsberichte zu erstellen.⁶ Erstmals veröffentlichte es im Jahr 2011 zwei themenspezifische Berichte über den Bereich Patientenzufriedenheit und über Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten.

Mittelfristiges Ziel des Bundes war eine periodische Veröffentlichung eines österreichischen Qualitätsberichts, jedoch fehlten laut Bundesinstitut bisher die erforderlichen Daten.

4.2 Der RH bemängelte, dass seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2005 erst zwei Bundesqualitätsleitlinien erlassen wurden. Er empfahl dem BMG unter Hinweis auf die im Gesundheitsqualitätsgesetz festgelegten Verpflichtungen, den Aufbau eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems zügig voranzutreiben.

Weiters empfahl der RH dem BMG im Interesse einer einheitlichen Qualitätsberichterstattung die Entwicklung von Vorgaben auf Basis bereits bestehender Dokumentationsgrundlagen⁷. Wie den TZ 13 und 14 zu entnehmen ist, erfassten die fünf vom RH überprüften Krankenanstalten bereits auf freiwilliger Basis Qualitätsparameter (z.B. Infektionsraten), die jedoch unterschiedlich und nicht vergleichbar waren.

⁵ Programm zur Behandlung von Zuckerkrankheiten Typ 2

⁶ vgl. § 4 Abs. 2 Z 4 GÖGG (Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH)

⁷ z.B. LKF-System, Pflege-, Intensiv- und OP-Protokolle

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

Vorgaben im Krankenanstaltenrecht

4.3 *Das BMG hielt in seiner Stellungnahme fest, dass es in den letzten beiden Jahren zusätzlich zu der bereits vorhandenen Bundesqualitätsleitlinie „Disease Management Programm für Diabetes mellitus Typ 2“ die Bundesqualitätsleitlinie zur Präoperativen Diagnostik, Qualitätsstandards für die Brustkrebs-Früherkennung sowie die Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement erlassen habe.*

4.4 Der RH hielt an seiner Kritik fest, nahm aber die zwischenzeitlich erfolgten Bemühungen des BMG, u.a. die Erlassung der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement, zur Kenntnis.

5.1 (1) Im Bereich „Heil- und Pflegeanstalten“ (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) liegt die Grundsatzgesetzgebung beim Bund; die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung kommt den Ländern zu. Demnach waren für die Qualitätssicherung im KH Zell am See, in den LKH Mittersill und Tamsweg, im KH BBR Salzburg sowie im KH Oberndorf sowohl das KAKuG als auch das SKAG einschlägig.

Die KAKuG-Novelle 1993⁸ schuf im Krankenanstaltenrecht erstmals spezifische Regelungen⁹ für Qualitätssicherung. Demnach hat die Landesgesetzgebung die Krankenanstaltenträger zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzusehen, die vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglichen. Die Voraussetzungen für diese Maßnahmen haben die Träger selbst zu schaffen, wobei laut KAKuG drei Dimensionen von Qualität zu berücksichtigen sind:

- Strukturqualität (Wie gut ist die sachliche und personelle Ausstattung der Krankenanstalt auf die angebotene medizinische Versorgung abgestimmt?);
- Prozessqualität (Wie gut sind die im Rahmen der medizinischen Versorgung in der Krankenanstalt zu durchlaufenden Prozesse darauf abgestimmt, das bestmögliche Behandlungsergebnis zu erzielen?);
- Ergebnisqualität (Wie gut ist das erzielte im Vergleich zum erzielbaren Behandlungsergebnis?).

⁸ BGBl. Nr. 801/1993

⁹ § 5b KAKuG

Innerhalb dieses gesetzlichen Rahmens kann der Rechtsträger selbst entscheiden, wie er dem Gebot zur Qualitätssicherung konkret nachkommt und z.B. eine eigene Qualitätsstrategie formulieren.

(2) Gemäß dem SKAG¹⁰ sind die Rechtsträger von Krankenanstalten verpflichtet, interne Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und die dafür erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen. Konkretere Vorgaben waren von der Landesregierung durch Verordnung zu erlassen. Obwohl diese Verpflichtung bereits seit dem Jahr 1996¹¹ bestand, erließ die Salzburger Landesregierung eine solche Verordnung bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung nicht.

(3) Im Unterschied dazu hatte etwa die Oberösterreichische Landesregierung bereits im Jahr 2000 eine entsprechende Verordnung erlassen¹², obwohl im Oö. Krankenanstaltengesetz¹³ keine Verpflichtung dazu bestand. Danach waren die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten, der Sanatorien sowie der privaten Krankenanstalten zur Akutversorgung in Oberösterreich verpflichtet, an einem Qualitätsprojekt¹⁴ teilzunehmen und Daten für verschiedene Indikatoren zu erfassen.¹⁵

5.2 Der RH beanstandete, dass die Salzburger Landesregierung bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Verpflichtung mehr als 15 Jahre säumig blieb. Er empfahl dem Land Salzburg, die Verordnung zur näheren Bestimmung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Kontrolle im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umgehend zu erlassen.

5.3 *Das Land Salzburg wies in seiner Stellungnahme betreffend die in § 33 SKAG normierte Verpflichtung zur Erlassung einer Verordnung darauf hin, dass die Kundmachung des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2004, also zeitlich nach der Erlassung des SKAG erfolgt sei. Gemäß § 3 Abs. 1 Gesundheitsqualitätsgesetz seien die Bestimmungen dieses Gesetzes bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unab-*

¹⁰ § 33 leg. cit.

¹¹ LGBl. Nr. 76/1995, § 12 f.

¹² Verordnung der Oberösterreichischen Landesregierung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten, LGBl. Nr. 77/2000 i.d.g.F.

¹³ siehe § 27 Abs. 6 Oö. Krankenanstaltengesetz 1997, LGBl. Nr. 132/1997 i.d.g.F.: „Die Landesregierung kann ...“.

¹⁴ Quality Indicator Project (QIP) der Maryland Hospital Association

¹⁵ vgl. § 2 der Verordnung der Oberösterreichischen Landesregierung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten, LGBl. Nr. 77/2000 i.d.g.F.; z.B. im Krankenhaus zugezogene Infektionen, Kathedereinsatz, Mortalität, ungeplante Rückkehr in den OP oder speziell auf den Bereich der Psychiatrie zugeschnittene Indikatoren wie unvorhergesehene Abgänge oder der Gebrauch von physischen Maßnahmen

hängig von der Organisationsform der Leistungserbringer einzuhalten, somit auch für den Bereich der Krankenanstalten.

Das Land Salzburg verwies weiters auf die Zielsetzung des Gesundheitsqualitätsgesetzes, ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Der zuständige Bundesminister habe sicherzustellen, dass diese Arbeiten bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen. Ein solches Qualitätssystem sei nach Ansicht des Landes Salzburg sinnvoller als die Schaffung von neun „Insellösungen“ für den intramuralen Bereich, die im schlechtesten Fall nicht einmal miteinander vergleichbar wären. In diesem Sinne begrüße das Land Salzburg ausdrücklich die diesbezüglichen Empfehlungen des RH an das BMG. Die Forderung des RH nach Erlassung einer „Salzburger Qualitätsverordnung“ widerspreche den Vorgaben, die an eine wirtschaftliche, sparsame und zweckmäßige Verwaltung zu stellen seien.

Abschließend wies das Land Salzburg noch darauf hin, dass auch der Entwurf der Art. 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit ein österreichisches Qualitätssystem mit bundeseinheitlichen, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifenden (insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs) Vorgaben vorsehe.

- 5.4 Der RH teilte die Ansicht des Landes Salzburg bezüglich der grundsätzlichen Sinnhaftigkeit eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems. Allerdings wurde dem § 33 Abs. 1 zweiter Satz SKAG durch § 3 Abs. 1 Gesundheitsqualitätsgesetz nicht materiell derogiert, weil aus Sicht des RH weder eine Normenkonkurrenz noch ein Normenkonflikt vorlagen. Das Gesundheitsqualitätsgesetz stützt sich auf die in Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG verankerte Kompetenz des Bundes für die Gesetzgebung und Vollziehung im Gesundheitswesen. Mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz sollte demnach die Grundlage für die Festsetzung von allgemeinen Qualitätsstandards für das gesamte Gesundheitswesen geschaffen werden, die unabhängig davon gelten, von wem und in welchem organisatorischen Rahmen (intra- oder extramural) die Gesundheitsdienstleistung erbracht wird.

Hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten ist jedoch gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nur die Grundsatzgesetzgebung Bundessache; die Erlassung von Ausführungsgesetzen sowie die Vollziehung obliegt den Bundesländern. Vorgaben darüber, welche konkreten Maßnahmen der Qualitätssicherung im Rahmen der Organisation einer Krankenanstalt vorzusehen sind, fallen daher in die Zuständigkeit der Länder als Ausführungsgesetzgeber (vgl. § 5b Abs. 1 Satz 1 KAKuG). Folgerichtig verpflichtet § 33 SKAG die Rechtsträger der Krankenanstalten

zu internen Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Landesregierung zur Erlassung einer diesbezüglichen Verordnung.

Zum Argument des Landes, eine „Salzburger Qualitätsverordnung“ widerspreche einer wirtschaftlichen, sparsamen und zweckmäßigen Verwaltung, verwies der RH erneut auf die klare gesetzliche Verpflichtung und hielt daher seine Empfehlung aufrecht.

Österreichischer
Strukturplan Gesund-
heit

6.1 (1) Der ÖSG 2010 ist Grundlage für die Leistungsangebotsplanung in den regionalen Strukturplänen. Er legt fachbezogene und leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien fest.¹⁶

Tabelle 1: Übersicht Strukturqualitätskriterien ÖSG 2010	
Leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien	
Mindestversorgungsstruktur	z.B. Referenzzentrum, Abteilung, reduzierte Organisationsformen
Mindest-Krankenanstaltentyp	in Bezug auf die Vorhaltung von Strukturen im Fachbereich Kinderheilkunde
intensivmedizinische Versorgung	z.B. Intensivstation, Überwachungseinheit
intraoperative histopathologische Befundung	Möglichkeit eines Gefrierschnitts am Krankenanstalten-Standort bzw. mittels Telepathologie
Mindestfrequenz	Soll-Fallzahl pro Jahr und Krankenanstalten-Standort
Fachbezogene Strukturqualitätskriterien	
Versorgungsstrukturen	z.B. Abteilung, Fachschwerpunkt, dislozierte Tagesklinik
Personalausstattung und -qualifikation	z.B. Anwesenheit Fachärzte, Funktionspersonal etc.
Infrastruktur	z.B. technisch apparative Ausstattung
Sonstige	z.B. Teilnahme an Ergebnisqualitätsregistern

Quellen: ÖSG 2010; RH

¹⁶ vgl. Art. 4 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008: „Verbindliche Qualitätskriterien stellen einen integrierenden Bestandteil der Planungsaussagen im Rahmen der Leistungsangebotsplanung dar.“

(2) Die fachbezogenen Planungsgrundsätze und Qualitätskriterien enthalten Vorgaben insbesondere hinsichtlich der Versorgungsstrukturen, der Personalausstattung und –qualifikation sowie der Infrastruktur.

Die Vorgaben bezüglich der Versorgungsstruktur bestimmen, im Rahmen welcher Organisationsformen die Leistungen einer Fachrichtung in einer Krankenanstalt erbracht werden dürfen. So sind bspw. Leistungen der Fachrichtung Orthopädie und orthopädische Chirurgie nur an solchen Krankenanstalten zu erbringen, an denen entweder ein Fachschwerpunkt oder eine Vollabteilung eingerichtet ist. Die fachlich verwandten Leistungen des Fachbereichs Unfallchirurgie waren pro Versorgungsregion sogar möglichst nur an einer zentralen unfallchirurgischen Standardabteilung zu erbringen, die auch als „Mutterabteilung“ von Satellitendepartements¹⁷ an anderen Standorten fungieren kann.

Bei den Vorgaben bezüglich der Personalausstattung handelt es sich um Richtwerte, von denen nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden darf. Diese können je nach Versorgungsstufe (Maximalversorgung, Schwerpunktversorgung oder Grundversorgung) unterschiedlich sein.

Die Infrastrukturvorgaben des ÖSG enthalten eine Aufzählung der erforderlichen Einrichtungen bzw. Geräte. So ist z.B. für den Fachbereich Unfallchirurgie vorgeschrieben, dass die apparative Ausstattung einer sogenannten „Schockraummannschaft“ im Rahmen einer unfallchirurgischen Abteilung der Ausstattung einer anästhesiologischen Überwachungseinheit entsprechen muss.

(3) Bezüglich der leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien enthält der ÖSG eine sogenannte Leistungsmatrix, die – bezogen auf die zu erbringenden Leistungen – u.a. die abteilungsspezifische Organisationsform, die Organisationsform der intensivmedizinischen Versorgung und Mindestfrequenzen pro ausgewählter medizinischer Einzelleistung umfasst.

6.2 Nach Ansicht des RH waren die im ÖSG formulierten Planungsgrundsätze und Qualitätskriterien grundsätzlich geeignet, zur Sicherung der Strukturqualität in den österreichischen Krankenanstalten beizutragen.

¹⁷ dezentrale, kleine Versorgungseinheiten an anderen KA-Standorten im organisatorischen Verbund mit der Mutterabteilung einer zumeist größeren KA

Verbindlichkeit der
Strukturqualitäts-
kriterien

7.1 (1) Gemäß der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens¹⁸ stellt der ÖSG die verbindliche Grundlage für die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur dar. Er ist daher als Rahmenvorgabe für die Länder bei der Entwicklung ihrer regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) zu betrachten.¹⁹

Darüber hinaus wurde mit einer Novelle des KAKuG²⁰ klargestellt, dass insbesondere die Qualitätskriterien des ÖSG den Stand der medizinischen Wissenschaft im Sinne des § 8 Abs. 2 KAKuG abbilden und diesbezüglich „als Sachverständigengutachten“ in die Rechtsordnung einfließen. Sie sind von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze²¹ und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen.

Eine medizinische Leistung ist daher nur dann als „nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich erbracht“²² zu qualifizieren, wenn in der betreffenden Krankenanstalt die Qualitätskriterien des ÖSG eingehalten werden.

(2) Bei der Abrechnung im System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) waren die Qualitätskriterien des ÖSG grundsätzlich zu berücksichtigen. So hatten sich Bund und Länder im Rahmen der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Art. 4 Abs. 8) darauf geeinigt, die Abrechenbarkeit von Leistungen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds durch die Leistungserbringer an die verpflichtende Einhaltung der qualitativen Inhalte des ÖSG und der regionalen Detailplanungen, insbesondere des RSG, zu binden.

(3) Ein Monitoring des Salzburger Gesundheitsfonds²³ wies zwar die Krankenanstalten anhand einzelner Leistungen auf die Nichterfüllung bestimmter Qualitätskriterien des ÖSG hin; dies führte jedoch nur fallweise zu einem Punkteabzug.

¹⁸ BGBl. I Nr. 105/2008

¹⁹ In den Ländern sind dazu die Landesgesundheitsplattformen zuständig.

²⁰ BGBl. I Nr. 147/2011

²¹ Landesregierung bzw. Landeshauptmann und Bezirksverwaltungsbehörden

²² vgl. § 8 Abs. 2 KAKuG

²³ Der Salzburger Gesundheitsfonds führt die Abgeltung der Leistungen der Fondskrankenanstalten durch und gewährt Zuschüsse und Zuwendungen an Einrichtungen des Gesundheitswesens für strukturverbessernde Maßnahmen.

7.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass der Salzburger Gesundheitsfonds die Strukturqualitätskriterien des ÖSG im Rahmen der LKF-Abrechnung nicht in vollem Umfang berücksichtigte. Dies hatte zur Folge, dass eine Leistung, die nicht den Strukturqualitätskriterien entsprach, der Krankenanstalt unter Umständen dennoch finanziell abgegolten wurde.

Der RH empfahl dem Land Salzburg, den Salzburger Gesundheitsfonds dazu anzuhalten, die Abrechnungskriterien nach dem LKF-System an die Strukturqualitätskriterien des ÖSG anzugleichen und Leistungen, die diesen nicht entsprechen, den Fondskrankenanstalten auch nicht zu vergüten.

7.3 *Laut Stellungnahme des Landes Salzburg seien seit der Einrichtung des Salzburger Gesundheitsfonds bzw. zuvor des Salzburger Krankenanstalten-Finanzierungsfonds bei Nichterfüllung dieser angeführten Kriterien entsprechende LKF-Punkteabzüge vorgenommen worden; der Abzug habe sich im ersten Jahr des Bestehens des Fonds (1997) auf ca. 2,3 Mio. ATS und im Jahr 2011 auf 930.000 EUR belaufen. Seit Jänner 2010 werde ein spezielles Programmmodul des KDok (Dokumentationssystem für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten) angewendet, das generell unter Verwendung der sogenannten Leistungsmatrix des ÖSG eine Auswertung von LKF-Punkten liefere, die als Subtrahend (abziehende Zahl) bei der Berechnung der leistungsbezogenen Auszahlungen des Salzburger Gesundheitsfonds herangezogen würde; im Jahr 2011 habe der Abzug 240.000 EUR betragen. Dem RH seien seit diesem Zeitpunkt die Unterlagen über die mit dem Programm des Bundes ermittelten Abzüge vorgelegen.*

7.4 Der RH anerkannte die Bemühungen des Salzburger Gesundheitsfonds, nur zulässige Leistungen im Sinne des LKF-Modells bzw. des ÖSG bzw. der Festlegung der medizinischen Aufgabengebiete abzurechnen. Die Unterlagen über die mit dem Programm des Bundes ermittelten Abzüge wurden vom RH berücksichtigt. Im Hinblick darauf, dass im KH BBR Salzburg elektive orthopädische bzw. unfallchirurgische Leistungen entgegen den Strukturqualitätskriterien des ÖSG erbracht und dennoch vom Salzburger Gesundheitsfonds abgegolten wurden, hielt er seine Kritik aufrecht.

Indikatorenmodell

8.1 (1) Im Rahmen eines von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Projekts war geplant, ein Indikatorenmodell²⁴ auf alle Krankenanstalten Österreichs auszuweiten.²⁵ Dieses Modell greift auf Daten zurück, die über das LKF-System routinemäßig in jeder Krankenanstalt erfasst werden und dem BMG verpflichtend zu melden sind, weshalb kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand anfällt. Als Schwerpunktindikatoren werden vorerst Auswertungen für die Behandlungspfade Herzinfarkt, Lungenentzündung und Oberschenkelhalsbruch durchgeführt.

Eine Veröffentlichung von Kennzahlen für einen Qualitätsbericht wird laut BMG nicht vor November 2013 erwartet. Der Qualitätsbericht soll u.a. folgende Kennzahlen beinhalten: Mortalitätsraten, Erwartungswerte, Information zu Operationstechnik, Intensivhäufigkeit bei bestimmten Operationen, Wiederaufnahmeraten und Komplikationen.

(2) Der Salzburger Gesundheitsfonds führte 2011 auf Basis der Daten des Jahres 2010 für die drei oben genannten Behandlungspfade eine Probeauswertung in allen Salzburger Krankenanstalten durch. Dabei zeigten sich gegenüber anderen Bundesländern nur geringe Auffälligkeiten. Die Auswertungen werden 2012 fortgeführt.

8.2 Nach Ansicht des RH ist ein einheitliches Verfahren der Qualitätsmessung im Interesse der Patienten und für transparente Vergleiche zwischen den Krankenanstalten unverzichtbar. Der RH empfahl daher dem BMG, die Bemühungen zur flächendeckenden Einführung eines Indikatorenmodells in der Bundesgesundheitskommission voranzutreiben.

8.3 *Das BMG hielt dazu in seiner Stellungnahme fest, dass es das Indikatorenmodell A-IQI seit Juni 2011 flächendeckend für alle Krankenanstalten zur Verfügung gestellt habe. In der Version 2012 seien ca. 120 Indikatoren enthalten, welche mit den Routinedaten aus dem Jahr 2011 überprüft würden. Die Ergebnisse stünden den Leistungserbringern seit Oktober 2012 flächendeckend zur Verfügung.*

²⁴ Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI

²⁵ Dieses Indikatorenmodell wurde von der NÖ Landeskliniken-Holding in Zusammenarbeit mit einem deutschen Klinikenträger und dem Schweizer Bundesamt für Gesundheit entwickelt.

Qualitätsindikatoren in Deutschland

9.1 (1) In der Bundesrepublik Deutschland wurden 182 Qualitätsindikatoren für 25 Behandlungspfade erstellt und definiert. Die Daten werden bundesweit einheitlich gesammelt und ausgewertet. Die Ergebnisse finden Eingang in jährliche Qualitätsreports, die im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (eines Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen) erstellt werden.

Die folgende Tabelle veranschaulicht am Beispiel eines konkreten chirurgischen Eingriffs (Gallenblasenentfernung – Cholezystektomie) die deutschen Qualitätsindikatoren:

Tabelle 2: Deutsche Qualitätsindikatoren für die Cholezystektomie mit Referenzwerten und Ergebnissen 2009, 2010			
Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Ergebnis 2009	Ergebnis 2010
	in %		
Indikation fraglich	≤ 5,0	1,4	1,3
präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	≥ 95,0	97,6	97,7
Erhebung eines histologischen Befundes	≥ 95,0	99,2	99,3
Eingriffsspezifische Komplikationen			
Patienten mit Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus	Sentinel Event ¹	0,14	0,10
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation nach laparoskopisch begonnener Operation	≤ 6,1	2,4	2,4
Allgemeine postoperative Komplikationen			
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	≤ 7,7	2,9	2,9
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation nach laparoskopisch begonnener Operation	≤ 6,0	2,0	2,0
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation nach offenchirurgischer Operation	≤ 33,0	14,0	14,5
Reinterventionsrate	≤ 1,5	0,9	0,9
Letalität	Sentinel Event ¹	0,5	0,4

¹ seltenes schwerwiegendes Ereignis

Quelle: Qualitätsreport 2010 vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen

(2) Ausgehend von Studien, wonach bei ausgewählten Eingriffen²⁶ ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit durchgeführter Operationen und der Qualität der Behandlungsergebnisse besteht, entschied der deutsche Bundesgesetzgeber im Jahr 2002, für bestimmte Behandlungen Mindestmengen vorzuschreiben. Im Unterschied zur Situation in Österreich zog die Unterschreitung der vorgeschriebenen Mindestmengen für die deutschen Krankenanstalten finanzielle Konsequenzen nach sich.

Bisher wurden in Deutschland für folgende Behandlungen Mindestmengen festgelegt:

Tabelle 3: Festgelegte Mindestmengen in Deutschland (Stand: 2010)

Operation	Mindestmenge pro Krankenhaus (Arzt)
Lebertransplantation	20
Nierentransplantation	25
komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre)	10
komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	10
Stammzellentransplantation	25
Kniegelenk Totalendoprothesen ¹	50
koronarchirurgische Eingriffe	2
Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 g	30 ³

¹ Die Mindestmenge von 50 Kniegelenktotalendoprothesen erklärte das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg mit Urteil vom 17. August 2011, L 7 KA 77/08 KL für nichtig.

² Die Aufnahme in den Katalog erfolgte vorerst ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge.

³ mit Beschluss vom 16. Dezember 2010 befristet ausgesetzt

Quelle: Mindestmengenvereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses 2011

(3) Die Erfahrungen in Deutschland zeigten, dass die regelmäßige Qualitätsberichterstattung zu einer Qualitätssteigerung führte.

9.2 Die Erfahrungen in Deutschland untermauerten die Empfehlungen des RH bezüglich der Abrechnungskriterien nach dem LKF-System (TZ 7) und der flächendeckenden Einführung des Indikatorenmodells (TZ 8).

²⁶ z.B. Bauchspeicheldrüse, Kniegelenk, PTCA (Eingriff am Herz), akuter Myokardinfarkt, Organtransplantation

- 9.3** *Das BMG teilte dazu mit, dass diese Entwicklungen sehr genau beobachtet würden; man habe sich in den für die ÖSG- und LKF-Weiterentwicklung zuständigen Gremien der Bundesgesundheitsagentur darauf verständigt, dass als Voraussetzung für die verbindliche Festlegung von Mindestfrequenzen eine wissenschaftlich breit fundierte internationale Evidenz vorhanden sein müsse. Die Akzeptanz und Einhaltung solcher Kriterien sei im hohen Maß vom empirischen Nachweis ihrer qualitätssichernden und qualitätsfördernden Wirkungen abhängig. Wissenschaftlich angreifbare Festlegungen, die unter Umständen bis zu Gerichtsverfahren führen, würden sich dagegen auf die Akzeptanz solcher Festlegungen erfahrungsgemäß kontraproduktiv auswirken.*
- 9.4** Der RH wies darauf hin, dass auch in Deutschland ein empirisch nachgewiesener Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität Voraussetzung für die Festsetzung von Mindestmengen war.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Allgemeines

- 10.1** Als Maßnahmen der Qualitätssicherung im Sinne des § 5b KAKuG bzw. des § 33 SKAG kamen für die Rechtsträger der Krankenanstalten insbesondere
- Maßnahmen des Hygienemanagements (siehe auch TZ 12 und 13),
 - die Erfassung von Komplikationsraten (siehe auch TZ 14),
 - die Durchführung von histologischen Untersuchungen (siehe auch TZ 15),
 - die Einführung von Fehlermelde- und Lernsystemen (siehe auch TZ 16),
 - die Anwendung von Checklisten (siehe auch TZ 18),
 - die interdisziplinäre Besprechung onkologischer Fälle im Rahmen eines Tumorboards (siehe auch TZ 19) sowie
 - pathologische Untersuchungen (siehe auch TZ 27)

in Frage, weshalb der RH sich im Rahmen seiner Überprüfung auf diese Themenbereiche konzentrierte.

10.2 Der RH empfahl dem Land Salzburg, die angeführten Qualitätsindikatoren in die zu erlassende Verordnung (siehe TZ 5) aufzunehmen.

Hygieneteam –
Grundlagen

11 (1) Gemäß § 8a KAKuG ist in jeder Krankenanstalt ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaustygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Zu deren Unterstützung ist darüber hinaus mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen, die ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, hauptberuflich auszuüben hat.

Krankenhaustygieniker bzw. Hygienebeauftragter und Hygienefachkraft haben gemeinsam (als sogenanntes Hygieneteam) u.a. folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- Erstellung von Arbeitsanleitungen bzw. Richtlinien zu hygienisch relevanten Tätigkeiten,
- Erstellung von Hygieneplänen,
- Infektionsüberwachung und –statistik,
- Information und Fortbildung der Mitarbeiter der Krankenanstalt über die Belange der Hygiene,
- fachliche und inhaltliche Begleitung der Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen.

Gemäß § 28 Abs. 8 SKAG hat das in der Krankenanstalt beschäftigte Personal dem Krankenhaustygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten alle erforderlichen Informationen zukommen zu lassen und ihn über besondere Vorkommnisse, insbesondere betreffend die Infektionsüberwachung, in Kenntnis zu setzen.

Um diesen Aufgaben nachkommen zu können, sind sowohl ausreichende personelle Ressourcen als auch eine adäquate Infrastruktur für das Hygieneteam Voraussetzung. Das BMG hat daher in dem Dokument PROHYG 2.0 „Organisation und Strategie der Krankenhaustygiene“ folgende Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung des Hygieneteams ausgesprochen:

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Tabelle 4: Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung der Hygieneteams (PROHYG 2.0)		
Krankenanstaltentyp	Krankenhausthygieniker/ Hygienebeauftragter	Hygienefachkraft
	in VZÄ	
Zentralkrankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker und 1 Hygienebeauftragter Krankenanstalt > 800 Betten + 1 pro 400 Betten	mindestens 1 pro 150 Betten
Schwerpunktkrankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter Krankenanstalt > 400 Betten + 1 pro 400 Betten	mindestens 1 pro 200 Betten
Standardkrankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter pro 400 Betten	mindestens 1 pro 200 Betten

Quellen: PROHYG; RH

(2) Das zeitliche Ausmaß der Tätigkeit des Hygieneteams war, abgesehen von der Bettenanzahl, abhängig vom Leistungsangebot der Krankenanstalt und den damit verbundenen potenziellen Infektionsrisiken, die von der Anstaltsleitung zu ermitteln und festzulegen waren. Ebenso war eine geeignete Stellvertretungsregelung zu treffen.²⁷

Hygieneteams in den fünf überprüften Krankenanstalten

12.1 (1) Im KH Zell am See waren je ein Facharzt für Gynäkologie bzw. für Urologie als Hygienebeauftragte tätig und im Ausmaß von zusammen 0,5 VZÄ freigestellt. Ein diplomierter Krankenpfleger war halbtags als Hygienefachkraft tätig. Eine weitere Pflegefachkraft, deren Einsatz als Hygienefachkraft im Ausmaß von 0,75 VZÄ geplant war, hatte die dafür nötige Ausbildung noch nicht abgeschlossen und befand sich in Karenz.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 300 Betten wie das KH Zell am See vor, dass ein Hygienebeauftragter mit 75 % seiner Vollzeitarbeitszeit sowie zwei Hygienefachkräfte im Ausmaß von insgesamt 1,5 VZÄ Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten.

²⁷ Im Jahr 1992 wurde erstmals in Österreich der Rechtsträger einer Krankenanstalt zu Schadenersatz verurteilt, weil keine ausreichenden Maßnahmen ergriffen worden waren, um Krankenhausinfektionen zu verhindern, darunter auch, dass es keine Stellvertretung für den Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragten gab (vgl. OGH 2 Ob 538/92 vom 17. Juni 1992).

Tabelle 5: Personalausstattung des Hygieneteams im KH Zell am See				
KH Zell am See	Krankenhaustygieniker		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
Standardkranken- anstalt mit 293 Planbetten	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
		1 pro 400 Betten = 0,75 bei 300 Betten	0,5	1 pro 200 Betten = 1,5 bei 300 Betten

Quelle: KH Zell am See

(2) Am LKH Mittersill war ein Facharzt für Chirurgie als Hygienebeauftragter mit ca. 200 Stunden im Jahr tätig. Im Rahmen eines Werkvertrags nahm eine diplomierte Krankenpflegekraft im Ausmaß von vier bis fünf Stunden pro Monat die Aufgaben der Hygienefachkraft wahr.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 100 Betten vor, dass ein Hygienebeauftragter mit 25 % seiner Vollzeitarbeitszeit sowie eine Hygienefachkraft mit 50 % ihrer Vollzeitarbeitszeit Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten.

Tabelle 6: Personalausstattung des Hygieneteams im LKH Mittersill				
LKH Mittersill	Krankenhaustygieniker		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
Standardkranken- anstalt mit 113 Planbetten	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
		1 pro 400 Betten = 0,25 bei 100 Betten	0,12 ¹	1 pro 200 Betten = 0,5 bei 100 Betten

¹ 200 Stunden von 1.680 Jahresstunden

² 5 Stunden pro Monat zu 160 Monatsstunden

Quelle: LKH Mittersill

(3) Im LKH Tamsweg befand sich ein Arzt in Ausbildung zum „Hygienebeauftragten Arzt“, um diese Funktion in Zukunft im Ausmaß von 0,2 VZÄ übernehmen zu können. Eine entsprechend ausgebildete diplomierte Pflegekraft war im Ausmaß einer Halbtagsstelle als Hygienefachkraft tätig.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 140 Betten vor, dass ein Hygienebeauftragter mit 35 % seiner Vollzeitarbeitszeit sowie eine Hygienefachkraft mit 70 % ihrer Vollzeitarbeitszeit Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Tabelle 7: Personalausstattung des Hygieneteams im LKH Tamsweg				
LKH Tamsweg	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
Standardkrankenanstalt mit 139 Planbetten	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
		1 pro 400 Betten = 0,35 bei 140 Betten	0,2	1 pro 200 Betten = 0,7 bei 140 Betten

Quelle: LKH Tamsweg

(4) Im KH BBR Salzburg war ein Oberarzt der Anästhesie als hygienebeauftragter Arzt tätig, für diese Funktion jedoch nicht freigestellt. Eine entsprechend ausgebildete diplomierte Pflegekraft war im Ausmaß von 0,5 VZÄ als Hygienefachkraft beschäftigt.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 240 Betten eine Freistellung von insgesamt 0,6 VZÄ für den oder die Hygienebeauftragten und von insgesamt 1,2 VZÄ für die Hygienefachkräfte vor.

Tabelle 8: Personalausstattung des Hygieneteams im KH BBR Salzburg				
KH BBR Salzburg	Krankenhausthygieniker		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
Standardkrankenanstalt mit 235 Planbetten	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
		1 pro 400 Betten = 0,6 bei 240 Betten	0	1 pro 200 Betten = 1,2 bei 240 Betten

Quelle: KH BBR Salzburg

(5) Im KH Oberndorf war ein Oberarzt der Orthopädie im Ausmaß von 0,25 VZÄ als hygienebeauftragter Arzt tätig. Eine entsprechend ausgebildete diplomierte Pflegekraft war im Ausmaß von 0,25 VZÄ als Hygienefachkraft beschäftigt.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 110 Betten vor, dass eine Hygienefachkraft mit 55 % ihrer Vollzeitarbeitszeit Hygieneaufgaben wahrnehmen sollte. Die Freistellung des hygienebeauftragten Arztes entsprach mit 25 % annähernd den empfohlenen 0,28 VZÄ.

Tabelle 9: Personalausstattung des Hygieneteams im KH Oberndorf

KH Oberndorf	Krankenhaustygieniker		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
Standardkranken- anstalt mit 111 Planbetten	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
		1 pro 400 Betten = 0,28 bei 110 Betten	0,25	1 pro 200 Betten = 0,55 bei 110 Betten

Quelle: KH Oberndorf

- 12.2** Die tatsächliche Personalausstattung der Hygieneteams unterschritt – wenn auch in unterschiedlicher Höhe – in allen überprüften Krankenanstalten das im Dokument PROHYG 2.0 des BMG jeweils empfohlene Ausmaß.

Dringenden Handlungsbedarf ortete der RH insbesondere dort, wo die Empfehlungen nicht einmal zu 50 % erreicht wurden. Dies war bezüglich der Hygienefachkräfte im KH Zell am See (33 %), im LKH Mittersill (6 %), im KH BBR Salzburg (42 %) und im KH Oberndorf (45 %) der Fall. Bezüglich der Hygienebeauftragten traf dies auf das LKH Mittersill (48 %) und das KH BBR Salzburg zu, in welchem der hygienebeauftragte Arzt über keine Freistellung verfügte.

Der RH empfahl den überprüften Krankenanstalten, die Personalausstattung ihrer Hygieneteams zu ergänzen und sich dabei an den Empfehlungen des BMG zu orientieren.

- 12.3** *Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Zell am See sei es problematisch, dass eine vom BMG in Heftform publizierte Empfehlung über den Umweg „Stand der Wissenschaft“ zu einer verbindlichen Vorgabe mit entsprechenden Kostenauswirkungen erklärt worden sei. Auch verfüge das KH Zell am See über 266 Betten, weshalb ein Hygienebeauftragter im Ausmaß von 66,5 % seiner Vollzeitarbeitszeit und zwei Hygienefachkräfte im Ausmaß von 1,33 VZÄ Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten. Ergänzend führte die Stadtgemeinde Zell am See aus, dass eine hauptamtliche Hygienefachkraft (eine ausgebildete Molekularbiologin und diplomierte Pflegekraft) auf einer 0,75-VZÄ-Stelle vorgesehen sei, wegen Mutterschutz/Karenz die Spezialausbildung jedoch noch nicht abgeschlossen habe. Alle Bemühungen um eine Karenzvertretung seien erfolglos gewesen. Nach Rückkehr der angesprochenen Hygienefachkraft aus der Karenz und Beendigung ihrer Spezialausbildung stünden 1,25 VZÄ für diesen Bereich zur Verfügung.*

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Bezüglich des LKH Mittersill teilte das Land Salzburg mit, dass ein zweiter Arzt eine entsprechende Ausbildung absolviere. Im Sinne der Empfehlung des RH sei hinsichtlich der Hygienefachkraft bereits eine neue 0,5-VZÄ-Stelle geschaffen worden.

Laut Stellungnahme des Konvents der Barmherzigen Brüder sei die Personalausstattung der Hygiene eine Leitlinie mit Empfehlungscharakter und keine zwingende Vorgabe.

Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Oberndorf seien die fehlenden 45 % VZÄ im Bereich der Hygienefachkraft budgetiert worden; eine Mitarbeiterin werde im Mai 2013 die entsprechende Ausbildung beginnen.

- 12.4** Der Stadtgemeinde Zell am See entgegnete der RH, dass er bei allen überprüften Krankenanstalten von den im Salzburger Landeskrankenanstaltenplan genehmigten Planbetten (somit rd. 300 im Falle des KH Zell am See) ausgegangen war, weil sich die Personalplanung seiner Ansicht nach an dem von der Landesregierung vorgesehenen Leistungsangebot orientieren soll.

Gegenüber dem KH Zell am See und dem KH BBR Salzburg verwies der RH auf seine Ausführungen in TZ 11, wonach es sich im Zusammenhang mit dem Dokument PROHYG um Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung des Hygieneteams handelt. Aus Sicht des RH war eine solche allerdings Voraussetzung für eine gut funktionierende Infektionsüberwachung, zu der die Krankenanstalten gesetzlich verpflichtet waren.

Nosokomiale Infektionen

- 13.1** Nosokomiale Infektionen sind Infektionen, die sich ein Patient im Laufe des Spitalsaufenthalts zuzieht.²⁸ Sie stellen auch einen erheblichen Kostenfaktor dar, der sich aus der verlängerten Verweildauer des Patienten (durchschnittlich vier Tage) sowie aus zusätzlicher Diagnostik und Therapie der Infektionen – oft auch auf der Intensivstation – ergibt.²⁹ Um nosokomiale Infektionen nach Möglichkeit zu vermeiden, sind die Krankenanstalten gesetzlich verpflichtet, entsprechende Vorkehrungen und organisatorische Maßnahmen zu treffen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die fortlaufende, systematische Erfassung, Analyse und Interpretation relevanter Daten zu

²⁸ unabhängig davon, ob die Folgewirkungen vor oder erst nach der Entlassung auftreten

²⁹ vgl. das vom BMG herausgegebene Dokument PROHYG 2.0, Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene, S. 5 f.

nosokomialen Infektionen („Surveillance“) sowie eine entsprechende Rückmeldung an die jeweilige Fachabteilung von Bedeutung.³⁰

Die diesbezügliche Verantwortung liegt bei der kollegialen Führung (Anstaltsleitung). Letzten Endes wird aber der Rechtsträger schadenersatzpflichtig, sofern die Krankenanstalt keine ausreichenden Maßnahmen getroffen hat, um nosokomiale Infektionen zu verhindern.³¹

Gemäß § 8a Abs. 4 KAKuG bzw. § 28 Abs. 5 lit. h SKAG ist ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Überwachungssystem (sogenanntes Surveillance-System) einzurichten. Darunter sind Systeme wie das österreichische ANISS-Projekt³² oder das deutsche KISS³³ zu verstehen. Die Überwachung sollte sich schwerpunktmäßig auf besondere Risikobereiche innerhalb der Krankenanstalt beziehen. Der Gesetzgeber nennt in diesem Zusammenhang etwa die Fachdisziplinen Intensivmedizin und Chirurgie.

(1) Im KH Zell am See wurden Infektionen nach dem deutschen KISS-System nur an der Abteilung für Unfallchirurgie für die Indikator-OP arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk erfasst. In den anderen Fachbereichen gab es keine Infektionsüberwachung mit Hilfe eines dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-Systems. Für die Intensivstation wurde eine Erfassung nach KISS zwar überlegt, aber bisher nicht umgesetzt.

(2) Im LKH Mittersill war keine Infektionsüberwachung auf Basis eines dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-Systems eingerichtet. Am Fachschwerpunkt Orthopädie stand jedoch ein an KISS angelehnter Erfassungsbogen für postoperative Wundinfektionen in Verwendung.

(3) Im LKH Tamsweg war geplant, für bestimmte Eingriffe eine Infektions-Surveillance über KISS einzuführen. Ein an KISS angelehnter Erfassungsbogen war nach Angaben des LKH zwar in Verwendung, entsprechende Auswertungen lagen jedoch nicht vor. Eine Infektions-

³⁰ vgl. <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/>

³¹ vgl. die letztinstanzliche Verurteilung eines Landes als Rechtsträger einer Krankenanstalt durch den OGH (2 Ob 538/92 vom 17. Juni 1992)

³² Das ANISS-Projekt (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System) wird seit 2004 als gemeinsames Projekt von der Medizinischen Universität Wien (Klinisches Institut für Krankenhaushygiene) und dem BMG betrieben und dient der laufenden, standardisierten Infektionserfassung in österreichischen Krankenanstalten.

³³ KISS (Deutsches Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) wird seit 1996 als gemeinsames Projekt vom nationalen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene und dem Robert Koch Institut in Berlin zur laufenden Infektionserfassung betrieben.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

überwachung auf Basis eines dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-Systems war in Tamsweg nicht eingerichtet.

(4) Im KH BBR Salzburg wurden nosokomiale Infektionen auf der anästhesiologischen und der internen Intensivstation im Rahmen von ICdoc³⁴ nach den Kriterien des ANISS-Projekts erfasst. In den anderen Fachbereichen gab es eine derartige Infektionsüberwachung nicht.

(5) Das KH Oberndorf erfasste nosokomiale Infektionen auf der Abteilung für Orthopädie anhand des Indikators „Erst-Implantation einer Knieendoprothese“ und auf der Abteilung für Chirurgie anhand des Indikatoreingriffs „Verschluss einer Leistenhernie“ und wertete diese aus. Auf der Intensivstation wurden Infektionen im Rahmen der routinemäßig durchgeführten Dokumentationen im elektronischen Krankenhaus-Informationssystem (KIS, PATIDOC) erfasst. Der Beitritt zum ICdoc-System des Vereins ASDI³⁵ war geplant.

13.2 Der RH stellte kritisch fest, dass die fünf überprüften Krankenanstalten ihren gesetzlichen Verpflichtungen zur Infektions-Surveillance nur in sehr unterschiedlichem Ausmaß bzw. bisher gar nicht nachkamen. Der RH sah dies im Zusammenhang mit dem Versäumnis der Salzburger Landesregierung, nähere Bestimmungen über Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen einer Verordnung zu erlassen (TZ 5). Die Verpflichtung zur Infektions-Surveillance hätte in dieser Verordnung konkretisiert werden sollen.³⁶

Dem KH Zell am See, in dem eine systematische Infektions-Surveillance nur an der Abteilung für Unfallchirurgie vorhanden war, empfahl der RH eine Ausdehnung auf die Fachbereiche Allgemeine Chirurgie (anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“), Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikators „Kaiserschnitt“) sowie – wie bereits geplant – auf den Intensivbereich.

Die LKH Mittersill und Tamsweg waren der gesetzlichen Verpflichtung zur Infektionsüberwachung nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System bisher nicht nachgekommen. Der RH empfahl daher dem LKH Mittersill, ein ent-

³⁴ Intensiv Care Documentation; Dokumentation von Patientendaten auf der Intensivstation

³⁵ Verein ASDI – Österreichisches Zentrum für Dokumentation und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin

³⁶ In Oberösterreich war auf diese Weise eine Teilnahme am QIP verfügt worden. Vgl. die Verordnung der Oberösterreichischen Landesregierung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten, LGBl. Nr. 77/2000 i.d.g.F. und die Ausführungen unter TZ 5 in diesem Bericht.

sprechendes System einzurichten, und dem LKH Tamsweg, die schon vorhandenen Pläne für eine Infektionsüberwachung über KISS umzusetzen. Dies sollte in beiden Krankenanstalten anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“ (Allgemeine Chirurgie) und „Knie- sowie Hüftendoprothetik“ (Orthopädie bzw. Unfallchirurgie) sowie im LKH Tamsweg zusätzlich anhand des Indikators „Kaiserschnitt“ erfolgen.

Im KH BBR Salzburg war eine systematische Infektions-Surveillance nur an der Intensivstation vorhanden. Der RH empfahl daher eine Ausdehnung auf den Fachbereich Allgemeine Chirurgie (anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“).

Dem KH Oberndorf empfahl der RH, die Einführung des ICdoc-Systems auf der Intensivstation wie geplant umzusetzen und im Bereich der Allgemeinen Chirurgie auf die Kolektomie auszuweiten.

- 13.3** *Die Stadtgemeinde Zell am See teilte in ihrer Stellungnahme mit, das KH Zell am See habe unabhängig von einer schrittweisen Ausweitung der Infektionserfassung nach dem KISS-System in der Allgemein Chirurgie die Wund- bzw. Bauchdeckeninfektionen nach laparoskopischen Eingriffen statistisch erfasst und keine einzige postoperative Infektion vorgefunden. Die Aufzeichnungen hätte es nur in Papierform gegeben; im Übrigen sei dieses Monitoring wieder eingestellt worden.*

Im LKH Mittersill sei laut Stellungnahme des Landes Salzburg ein Surveillance-System mit den Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“ sowie „Knie- und Hüftendoprothetik“ geplant.

Betreffend das LKH Tamsweg hielt das Land Salzburg in seiner Stellungnahme fest, dass LKH sei bemüht, der Verpflichtung zur Infektionsüberwachung nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System nachzukommen. Im Rahmen der Implementierung einer EDV-gestützten Pflegedokumentation werde in weiterer Folge auch die Implementierung eines KISS-Systems angestrebt.

Der Konvent der Barmherzigen Brüder teilte in seiner Stellungnahme mit, dass für das Jahr 2013 eine entsprechende Software für die Infektionsüberwachung angedacht werde.

Die Stadtgemeinde Oberndorf erklärte in ihrer Stellungnahme, dass die Einführung des ICdoc-Systems wie geplant umgesetzt und die systematische Infektions-Surveillance im Bereich der Allgemeinen Chirurgie auf die Colonresektionen ausgeweitet worden sei.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Erfassung von Komplikationen

14.1 Wesentliche Indikatoren für die Qualität der medizinischen Leistungserbringung sind auch Art und Anzahl von Komplikationen nach operativen Eingriffen. Da diesbezüglich weder auf Bundes- noch auf Landesebene einheitliche Vorgaben bestanden, ermittelte der RH, ob bzw. in welchem Umfang die fünf Krankenanstalten Komplikationen – abgesehen von der Dokumentation in der Krankengeschichte – systematisch erfassten.

Eine solche Erfassung ist nicht nur Voraussetzung für krankenhaushausweite Auswertungen von Komplikationsraten, sondern auch für Meldungen an zentrale Register und damit für ein krankenhaushausübergreifendes Benchmarking. Beispiele für derartige Register waren das freiwillige Geburtenregister Österreichs³⁷ und das Hüftendoprothesen-Register³⁸, das zukünftig alle in österreichischen Krankenanstalten durchgeführten Primärimplantationen und Komponentenwechsel dokumentieren soll.

(1) Im KH Zell am See wurden Komplikationen nicht zentral erfasst und krankenhaushausweit ausgewertet. Abteilungsspezifisch erfolgte eine Erfassung in den Fachbereichen Innere Medizin, Unfallchirurgie, Anästhesie und Intensivmedizin sowie durch die Geburtshilfe im Rahmen der Teilnahme am österreichischen Geburtenregister.

³⁷ Im Jahr 2005 beauftragte die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe das Institut für klinische Epidemiologie in Innsbruck, das für das Bundesland Tirol seit 2000 bestehende Register für die freiwillige Teilnahme von geburtshilflichen Abteilungen aller österreichischen Krankenanstalten sowie Hebammen, die Geburten selbstständig betreuen, zu öffnen. Siehe dazu *Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe* 4/2007, S. 5 f.

³⁸ Mit der Einführung des Hüftendoprothesen-Registers sollen laut ÖBIG bundesweit einheitliche Daten über Behandlungserfolge bzw. über Unterschiede bei der Verwendung von Implantaten verschiedener Hersteller generiert und ausgewertet werden können.

Tabelle 10: Erfassung von Komplikationsraten im KH Zell am See

	Systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle	Meldung an Register
Chirurgie	nein	nein	nein	nein
Innere Medizin	ja	nein	teilweise	nein
Unfallchirurgie	ja	nein	nein	nein
Gynäkologie Geburtshilfe	Schwangerschaft/ Geburt/ Wochenbett	ja (Viewpoint)	nein	ja (österreichisches Geburtenregister)
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	nein	nein	nein	nein
Urologie	nein	nein	nein	nein
Augenheilkunde	nein	nein	nein	nein
Anästhesie und Intensivmedizin	ja	ja (ANDOK bzw. MCC-OP)	nein	Transfusions- medizinregister

Quelle: KH Zell am See

(2) Auch im LKH Mittersill wurden Komplikationen nicht zentral erfasst und krankenhausesweit ausgewertet. Abteilungsspezifisch erfolgte eine Erfassung im Fachbereich Chirurgie im Rahmen des österreichweiten Projekts „Qualitätssicherung in der Chirurgie“ von BIQG, der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC) und des Berufsverbands Österreichischer Chirurgen (BÖC). Dokumentiert wurden Fälle, bei denen ein sogenannter „ungeplanter Re-Eingriff“ bis zum 14. postoperativen Tag durchgeführt wurde, um eine Re-Operationsrate, differenziert nach Operationsarten, auswerten zu können. Detailliertere Auswertungen über Komplikationen gab es für den Fachschwerpunkt Orthopädie.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Tabelle 11: Erfassung von Komplikationsraten im LKH Mittersill

	Systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle	Meldung an Register
Chirurgie	ja	ja	ja (GÖG)	ja (Qualitätssicherung in der Chirurgie, GÖG)
Innere Medizin	nein	nein	nein	nein
Orthopädie	ja	nein	ja (Patronanzabteilung im KH Schwarzach)	nein

Quelle: LKH Mittersill

(3) Im LKH Tamsweg wurden Komplikationen ebenfalls nicht zentral erfasst und krankenhausesweit ausgewertet. Abteilungsspezifisch erfolgte eine Erfassung nur durch die Geburtshilfe im Rahmen der Teilnahme am österreichischen Geburtenregister.

Tabelle 12: Erfassung von Komplikationsraten im LKH Tamsweg

	Systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle	Meldung an Register
Chirurgie	nein	nein	nein	nein
Innere Medizin	nein	nein	nein	nein
Gynäkologie Geburtshilfe	ja (Meldung Geburtenregister)	ja (Meldung Geburtenregister)	nein	ja (Österreichisches Geburtenregister)
Unfallchirurgie	nein	nein	nein	nein

Quelle: LKH Tamsweg

(4) Im KH BBR Salzburg wurden Komplikationen an den Abteilungen für Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Intensivmedizin erfasst; eine zentrale Auswertung im Sinne einer krankenhausesweiten Komplikationsstatistik war jedoch nicht möglich. Die Erfassung erfolgte abteilungsspezifisch unterschiedlich. Die chirurgische Abteilung erfasste im Rahmen der Patientendokumentation die aufgetretene Komplikation sowie die dadurch erforderlich gewordene zusätzliche Therapie nach der sogenannten Clavien-Dindo Klassifikation³⁹. Letz-

³⁹ eine Klassifikation für die Erfassung des Schweregrades von (hier chirurgischen) Komplikationen mit dem Ziel der zukünftigen Fehlervermeidung

tere war für die Abteilung auch statistisch auswertbar. Bei minimal-invasiven Eingriffen fand auf der chirurgischen Abteilung zusätzlich eine systematische Erfassung mit Hilfe einer eigens erstellten Datenbank statt, wodurch auch mit externen Daten im Sinne eines Benchmark verglichen wurde (Single Incision Register).

Tabelle 13: Erfassung von Komplikationsraten im KH BBR Salzburg

	Systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle	Meldung an Register
Chirurgie	ja	ja (KIS)	nein	ja (Single Incision Register)
Innere Medizin	ja	ja (KIS, ICDoc)	nein	nein
Gynäkologie	ja	ja (KIS)	nein	nein
Anästhesie und Intensivmedizin	ja	ja (KIS, ICDoc)	nein	nein
Urologie	nein	nein	nein	nein

Quelle: KH BBR Salzburg

(5) Das KH Oberndorf erfasste Komplikationen an allen Abteilungen. Auch hier fand aber keine zentrale Meldung und keine krankenhaushausweite Auswertung statt.

Tabelle 14: Erfassung von Komplikationsraten im KH Oberndorf

	Systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle	Meldung an Register
Chirurgie	ja	ja (Excel)	nein	nein
Innere Medizin	ja	ja (Excel)	nein	ja (ÖGGH)
Orthopädie	ja	ja (Excel)	nein	ja (KEP-Register GÖG)
Anästhesie und Intensivmedizin	ja	ja	nein	nein

Quelle: KH Oberndorf

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

- 14.2** Die Erfassung von Komplikationen handhabten die überprüften Krankenanstalten je nach Abteilung und abhängig vom persönlichen Engagement des jeweiligen Abteilungsleiters unterschiedlich. Eine krankenhausübergreifende zentrale Auswertung war dadurch in keiner Krankenanstalt möglich.

Der RH wies in diesem Zusammenhang auf die krankenanstaltenrechtliche Verantwortung der kollegialen Führung, insbesondere der ärztlichen Leitung hin, „die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen“ (§ 5b Abs. 3 KAKuG bzw. § 33 Abs. 2 SKAG). Dazu zählten auch Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität, für deren Beurteilung ein Überblick über die Komplikationsraten der einzelnen Abteilungen aus Sicht des RH ein wesentliches Kriterium war.

Auch im Sinne der Transparenz empfahl der RH den überprüften Krankenanstalten, unter Einbindung der Primärärzte der Fachabteilungen auf eine systematische Erfassung und zentrale Auswertung von Komplikationen durch das Qualitätsmanagement mit anschließender Meldung an die kollegiale Führung hinzuwirken.

Im Interesse einer bundesweiten Vergleichbarkeit der Komplikationsraten wären nach Ansicht des RH zentrale Vorgaben bezüglich der zu erfassenden Daten unabdingbar. Diese Vorgaben sollte das BMG – z.B. aufbauend auf dem Indikatorenmodell (siehe TZ 8) und bereits bestehenden Registern sowie auf WHO-Vergleichsdaten – etwa in Form einer Bundesqualitätsrichtlinie erlassen. Diese Daten könnten auch ein bundesweites Benchmarking ermöglichen.

- 14.3** *Laut Stellungnahme des BMG würden Komplikationen durch A-IQI systematisch erfasst und ausgewertet. Mit aus dem LKF-System erhobenen Krankenhaus-Daten würden Mortalitätsraten und andere Ergebnisindikatoren transparent dargestellt und weiterentwickelt. Die Auffälligkeiten und Ergebnisse würden analysiert und könnten zur Empfehlung der Durchführung eines Peer-Review-Verfahrens durch die Steuerungsgruppe führen. Ein solches Verfahren komme dann zum Einsatz, wenn Ergebnisse statistisch signifikant außerhalb des Zielbereichs lägen und/oder die Steuerungsgruppe dies empfehle. Darüber hinaus würden im Rahmen der Ergebnisqualitätsmessung A-IQI zukünftig auch Komplikationsraten abgefragt. Für das Jahr 2012 sei dies bereits bei der Cholezystektomie bundesweit erstmalig durchgeführt worden.*

Im Sommer 2012 habe die Bundesgesundheitskommission in einem ersten Schritt die Umsetzung der Pseudonymisierung bei zukünftigen Datenmeldungen für den ambulanten Bereich beschlossen. Weiters sei

im Zuge der Novellierung der geltenden Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vereinbart worden, ab Jänner 2015 die gesamte ambulante und stationäre Dokumentation in einer für alle Bereiche identen Weise zu pseudonymisieren. Dies ermögliche zukünftig auch eine entsprechende langfristige Analyse von Patientenkarrerien (inklusive Erfassung später auftretender Komplikationen) und damit eine episodens- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Die Qualitätsergebnismessung auf Basis von Routinedaten (A-IQI) werde von Jahr zu Jahr weiter ausgebaut und es würden jährlich neue Themenschwerpunkte zur tiefergehenden Analyse ausgewählt.

Die Stadtgemeinde Zell am See teilte ergänzend mit, im KH Zell am See fänden seit September 2012 regelmäßige abteilungsübergreifende Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen statt.

Das LKH Mittersill habe laut Stellungnahme des Landes Salzburg im Bereich der Inneren Medizin eine systematische Komplikationserfassung irrtümlich verneint. Im Rahmen der Schrittmacherimplantationen erfolge sehr wohl eine systematische, IT-unterstützte Erfassung der Komplikationsrate, die der kollegialen Führung zur Auswertung zugeleitet werde. Eine Meldung an ein Register in Bezug auf die Komplikationsraten erfolge nicht, sehr wohl hingegen in Bezug auf die Implantationen.

Das LKH Tamsweg werde laut Stellungnahme des Landes Salzburg im Sinne der Transparenz die Primärärzte der Fachabteilungen einbinden und im Rahmen des Qualitätsmanagements einer systematischen Erfassung und zentralen Auswertung von Komplikationen, mit anschließender Meldung an die kollegiale Führung, nachkommen. Im Sinne der Patientensicherheit seien im LKH Tamsweg umgehend Identifikationsbänder bestellt worden und würden noch heuer implementiert.

Der Konvent der Barmherzigen Brüder teilte ergänzend mit, dass krankenhausübergreifende Auswertungen derzeit IT-unterstützt überwiegend mit Finanzparametern möglich seien. Die ARGE der ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren bespreche in regelmäßigen Treffen Möglichkeiten des Qualitätsbenchmarks. Die Abteilungen für Anästhesie und Intensivmedizin der Barmherzigen Brüder Österreich führten Audits innerhalb des Brüderverbundes durch. Für das Jahr 2013 sei eine Komplikationsstatistik geplant, wofür Mindestkennzahlen definiert worden seien.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Die Stadtgemeinde Oberndorf teilte mit, im Rahmen des Qualitätsmanagements würden unter Einbindung der Primärärzte und Fachabteilungen alle Komplikationen im KH Oberndorf systematisch erfasst, zentral aufbereitet und von der Qualitätsmanagerin an die kollegiale Führung gemeldet.

- 14.4** Der RH wies gegenüber dem BMG darauf hin, dass durch A-IQI bisher schwerpunktmäßig Mortalitätsraten erfasst und ausgewertet werden. Die Initiative des BMG, das Indikatorenmodell in Zukunft zu erweitern und neben der Mortalität auch andere Komplikationen abzubilden, beurteilte der RH positiv. Die Ergebnisse sollten aber in eine einheitliche und öffentliche Qualitätsberichterstattung münden, um eine bundesweite Vergleichbarkeit von Komplikationsraten im Sinne eines Benchmarking zu ermöglichen.

Histologische Untersuchungen

- 15.1** Das SKAG sah im Unterschied etwa zum Wiener Krankenanstaltengesetz nicht vor, dass alle durch diagnostische und therapeutische Eingriffe gewonnenen Zellen und Gewebe einer zytopathologischen bzw. histopathologischen Untersuchung zuzuführen sind. Wie bereits in der Überprüfung des RH im Herbst 2011 (Reihe Bund 2012/12) festgestellt, führten die Salzburger Krankenanstalten zytopathologische bzw. histopathologische Untersuchungen nicht lückenlos im Zuge von Operationen durch:

(1) Im KH Zell am See wurden nahezu bei allen Allgemeinchirurgischen Eingriffen⁴⁰ (249 von 254) histologische Untersuchungen angeordnet.

(2) Das LKH Mittersill forderte bei allen 55 Allgemeinchirurgischen Eingriffen histologische Untersuchungen an.

(3) Im LKH Tamsweg fanden nahezu bei allen Allgemeinchirurgischen Eingriffen (102 von 103) histologische Untersuchungen statt.

(4) Auch im KH BBR Salzburg erfolgten nahezu bei allen Allgemeinchirurgischen Eingriffen (490 von 497) histologische Untersuchungen.

(5) Im KH Oberndorf wurden bei 167 von 195 Allgemeinchirurgischen Eingriffen histologische Untersuchungen angeordnet.

In den Krankenanstalten entschieden die operierenden Ärzte von Fall zu Fall, ob eine im Zuge der Operation entnommene Gewebeprobe histologisch untersucht werden soll. Begründet wurde dies damit, dass

⁴⁰ Blinddarm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Schilddrüse, Brust-OP, Dickdarm

bei bestimmten Eingriffen aus dem Erfahrungswissen der Mediziner das Vorhandensein pathologischer Veränderungen unwahrscheinlich bzw. mit hohen Kosten verbunden sei bzw. dass es in keiner der überprüften Krankenanstalten eine eigene Pathologie gebe und das Untersuchen der Gewebeproben durch andere Pathologien teuer sei.

- 15.2** Nach Ansicht von Pathologen garantieren histopathologische Untersuchungen eine strenge dauerhafte Qualitätskontrolle, die auch Aspekte der medizinischen Prozessqualität erfassen.

Im Interesse der Patientenbehandlungssicherheit bzw. auch aus forensischen Gründen empfahl der RH den fünf Krankenanstalten, alle entnommenen Gewebeproben – soweit medizinisch indiziert und ökonomisch vertretbar – histologisch zu untersuchen.

Dem Land Salzburg empfahl er, verbindliche Vorgaben zu erlassen, bei welchen Eingriffen histologische Untersuchungen durchzuführen sind.

- 15.3** *Die Stadtgemeinde Oberndorf teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass das KH Oberndorf bis zum Vorliegen verbindlicher Vorgaben durch das Land Salzburg alle entnommenen Gewebeproben histologisch untersuchen werde.*

Fehlermeldesysteme

- 16.1** Bei Fehlermeldesystemen (sogenannte Critical Incident Reporting Systems – CIRS) handelt es sich um Erfassungssysteme für Fehler, „Beinaheschäden“ und Schäden, die auf die Analyse der Fehlererkennung und die Vermeidung zukünftiger Fehler ausgerichtet sind. Solche Systeme basieren auf freiwilligen Meldungen. Krankenhausmitarbeiter können anonym kritische Ereignisse an eine zentrale Stelle (zumeist an den Abteilungsvorstand) melden, an der diese Meldungen ausgewertet sowie eventuell Verbesserungsvorschläge erstellt und diese veröffentlicht werden. Solche Meldungen sind unabhängig von etwaigen Straf- oder Zivilverfahren und haben ausschließlich das Ziel, die Fehlerkultur zu verbessern.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ging in einem Bericht aus dem Jahr 2004 anhand internationaler Studien und Vergleiche von rd. 245.000 Zwischenfällen in Krankenanstalten und rd. 2.900 bis 6.800 Todesfällen in Krankenanstalten pro Jahr, die auf Fehler bzw. Fehlverhalten zurückzuführen waren, aus.⁴¹

⁴¹ iatrogene Todesfälle (durch ärztliche Maßnahmen verursacht)

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen veröffentlichte im Juni 2010 einen Leitfaden zu Fehlermeldesystemen. Dieser Leitfaden soll als Implementierungshilfe für die Einführung von internen Fehlermeldesystemen dienen. Als wichtigste Merkmale eines Fehlermeldesystems werden dabei die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Sanktionsfreiheit und die Anonymität des Meldenden genannt.

(1) Das KH Zell am See verwendete ein IT-unterstütztes Fehlermeldesystem, um täglich auftretende Zwischenfälle, die meist nicht zu manifesten Schädigungen führen, lückenlos erfassen und auswerten zu können.

(2) Das LKH Mittersill verwendete kein Fehlermeldesystem.

(3) Das LKH Tamsweg verfügte über ein anonymes Fehlermeldesystem, doch es gab kaum Eintragungen.

(4) Das KH BBR Salzburg verwendete kein standardisiertes Fehlermeldesystem, wies aber auf ein hausinternes Fehlermelde- und Beschwerdewesen für Mitarbeiter hin, das auch Fehlermeldungen aus dem OP-Bereich miteinschloss.

(5) Das KH Oberndorf verwendete ebenfalls kein standardisiertes Fehlermeldesystem, es wurden jedoch sogenannte „Komplikationsbesprechungen“ durchgeführt.

16.2 Der RH wies auf die Bedeutung von Fehlermeldesystemen zur Verbesserung der Patientensicherheit hin und unterstrich die im Leitfaden des Bundesinstituts genannten Voraussetzungen der Freiwilligkeit, Sanktionsfreiheit und Anonymität. Er empfahl deshalb dem LKH Mittersill, dem KH BBR Salzburg und dem KH Oberndorf, standardisierte interne Fehlermeldesysteme zu installieren. Dem LKH Tamsweg empfahl er, das bestehende Fehlermeldesystem besser zu nutzen.

16.3 *Das LKH Mittersill plane laut Stellungnahme des Landes Salzburg aufgrund der gemeinsamen Rechtsträgerschaft mit dem LKH Tamsweg die Übernahme von dessen Fehlermeldesystem.*

Der Konvent der Barmherzigen Brüder teilte ergänzend mit, dass im KH BBR Salzburg derzeit Zwischenfälle und unerwünschte Ereignisse über die jeweilige Stationsleitung bzw. den Abteilungsvorstand an die kollegiale Führung gemeldet würden. Im Jahr 2013 werde ein systematisches Erfassungs- und Analysesystem CIRS implementiert.

Die Stadtgemeinde Oberndorf teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass das KH Oberndorf bis zur endgültigen Entscheidung über die Einführung und Umsetzung des CIRSmedical ein internes Fehlermeldesystem implementieren werde.

Zertifizierungen

17.1 Zertifizierungsverfahren dienen im Bereich von Krankenanstalten u.a. zur Überprüfung der Rahmenbedingungen der medizinischen Leistungserbringung, wie etwa der Aufbau- und Ablauforganisation und interner Prozesse, auf Übereinstimmung mit bestimmten Standards. Sie werden von zumeist privaten Organisationen vorgenommen.⁴²

Eine einheitliche Meinung über die für diesen Bereich am besten geeigneten Zertifizierungsverfahren hat sich in Österreich bisher nicht durchgesetzt, auch lag keine entsprechende Leitlinie oder Empfehlung des BMG vor.

(1) Im KH Zell am See war zuletzt 2009 eine Zertifizierung erwogen worden. Da für die im Vorfeld der Zertifizierung durchzuführende Selbstbewertung jedoch umfangreiche externe Beratungsleistungen notwendig gewesen wären, nahm das KH Zell am See davon wieder Abstand. In der Sitzung des Qualitätsteams am 13. Jänner 2010 wurde ausdrücklich festgehalten, dass derzeit keine Zertifizierung in Frage komme.

(2) Das LKH Mittersill nahm keine Zertifizierung in Aussicht, plante jedoch, nach vollständiger Umsetzung der verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (z.B. Hygienemanagement, Fehlermeldesysteme) wichtige Prozesse zu analysieren und dafür entsprechende Standards festzulegen.

(3) Im LKH Tamsweg war keine Zertifizierung geplant.

(4) Im KH BBR Salzburg stand eine Zertifizierung nach einem in österreichischen Ordenskrankenhäusern üblichen System in Vorbereitung.

(5) Das KH Oberndorf bereitete eine Zertifizierung nach internationalen Standards vor.

⁴² Standards oder Normen stellen eine Form von privaten Regeln dar, denen als Maßnahmen der Selbstverpflichtung keine Rechtsverbindlichkeit zukommt. Sie können aber dann rechtsverbindlich werden, wenn sie der Gesetzgeber im Wortlaut inkorporiert oder zumindest explizit darauf verweist.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

- 17.2** Der RH hielt fest, dass einzig die krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben und die Strukturqualitätskriterien des ÖSG als Maßstab für die Beurteilung der Erfüllung der Qualitätssicherungskriterien heranzuziehen waren. Zertifizierungen waren als Nachweis der Erfüllung dieser Verpflichtungen nicht ausreichend.

Aus Sicht des RH war es zwar durch Zertifizierungsverfahren möglich, bestimmte Prozessabläufe besser zu planen oder strukturelle Schwachstellen in der Qualitätsarbeit zu identifizieren, eine Verbesserung der Ergebnisqualität ging damit aber nicht zwangsläufig einher. Insbesondere wurden Parameter, wie Fallzahlen je Arzt, Sterberaten, Komplikationsraten oder Anzahl der verwendeten Blutkonserven je Operation, in den Zertifizierungsverfahren nicht thematisiert.

- 17.3** *Das BMG pflichtete dem RH bei. In den Gremien der Bundesgesundheitsagentur habe man sich daher darauf verständigt, die Entscheidung, ob Zertifizierungen angestrebt werden, weiterhin den Leistungserbringern zu überlassen. Es sei daher nicht beabsichtigt und werde auch nicht als zielführend angesehen, bei der derzeitigen Vielfalt von Zertifizierungssystemen und -verfahren inhaltliche Vorgaben zu machen.*

Im Übrigen stelle das BMG gegenüber zertifizierenden Institutionen und Krankenanstalten, die sich entsprechenden Zertifizierungsprozessen unterziehen, stets klar, dass bei Zertifizierungen jedenfalls die Vorgaben aus geltenden Rechtsvorschriften und die Festlegungen im ÖSG zu berücksichtigen seien.

WHO-Checkliste

- 18.1** Die WHO fasste im Oktober 2004 eine Resolution, die die Mitgliedstaaten aufforderte, der Patientensicherheit große Aufmerksamkeit zu widmen und die Entwicklung von Standards im Bereich der Patientensicherheit zu unterstützen.

In diesem Rahmen erarbeiteten Experten, Ärzte und Patienten eine OP-Checkliste (z.B. Patientenidentität, Operationsfeld, Beatmungsrisiken). Ziel war es, Sicherheitsstandards in Erinnerung zu rufen sowie Kommunikation und Teamwork im OP zu verbessern. Die Checkliste sollte einfach zu handhaben, für möglichst alle Operationen anwendbar und messbar sein.

In einer Studie⁴³, die in acht Krankenanstalten in acht Staaten durchgeführt wurde, konnte nachgewiesen werden, dass durch die Einfüh-

⁴³ A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, New England Journal of Medicine 2009; 360:491-9

Die Einführung der OP-Checkliste die Todesrate von 1,5 % auf 0,8 % gesenkt werden konnte. Der Anteil der Komplikationen sank von 11 % auf 7 %.

Alle fünf überprüften Krankenanstalten verwendeten angepasste Versionen der OP-Checkliste der WHO.

18.2 Der RH hob die Einführung der empirisch bestätigten OP-Checkliste der WHO in den überprüften Krankenanstalten positiv hervor.

Tumorboard

19.1 Der ÖSG 2010 enthält detaillierte Vorgaben für den Fachbereich Onkologie. Danach kann die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung und Betreuung von Krebskranken einer definierten Versorgungsregion entweder durch ein Onkologisches Zentrum (ONKZ) als der höchsten Versorgungsstufe, durch einen Onkologischen Schwerpunkt (ONKS) oder einer assoziierten onkologischen Versorgung (ONKA) erfolgen. Bedingung für die Einrichtung eines Onkologischen Schwerpunkts oder assoziierten onkologischen Versorgung ist eine institutionalisierte Kooperation mit einem Onkologischen Zentrum, im Falle der assoziierten onkologischen Versorgung und/oder mit einem Onkologischen Schwerpunkt.

Laut RSG ist in der Versorgungsregion 51⁴⁴ „Salzburg–Nord“ das LKH Salzburg als onkologisches Zentrum klassifiziert. Kennzeichen dieser Versorgungsstufe ist die onkologische Forschung und Ausbildung sowie die Betreuung seltener onkologischer Erkrankungen oder solcher Krebskrankheiten, die mit hohem diagnostischem oder therapeutischem Aufwand verbunden sind.

In der Versorgungsregion 52⁴⁵ „Pinzgau–Pongau–Lungau“ ist das KH Schwarzach als onkologischer Schwerpunkt eingestuft; es dient als Koordinationsstelle für die onkologische Versorgung innerhalb der Region und ist für die Koordination mit den dortigen Krankenanstalten und niedergelassenen Ärzten zuständig.

Für die qualitätssichernde Abwicklung von an Krebs erkrankten Patienten sollte gemäß ÖSG in jedem Onkologischen Schwerpunkt und jedem Onkologischen Zentrum ein Tumorboard eingerichtet sein. Damit sollen auf interdisziplinärem Wege – im Sinne einer verpflichtenden konsiliarärztlichen Kooperation – die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Schritte im Zusammenhang mit bösartigen

⁴⁴ Von den fünf überprüften Krankenanstalten gehörten das KH BBR Salzburg und das KH Oberndorf der Versorgungsregion 51 an.

⁴⁵ Der Versorgungsregion 52 gehörten drei der fünf überprüften Krankenanstalten an: das KH Zell am See, das LKH Mittersill und das LKH Tamsweg.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Erkrankungen besprochen und festgelegt werden. Gemäß den im ÖSG vorgesehenen Versorgungsstrukturen bedarf es geregelter Verfahrensabläufe für die Therapiebesprechungen im Tumorboard.

(1) Das KH Zell am See führte Chemotherapien durch; es verfügte über ein Tumorboard, für das allerdings keine Standard Operating Procedures (SOP) vorlagen. Die Therapien erfolgten in Abstimmung mit der Inneren Medizin III des LKH Salzburg.

(2) Im LKH Mittersill wurden onkologische Behandlungen im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung mit der Inneren Medizin III des LKH Salzburg durchgeführt. In der Regel wurden die Patienten im LKH Salzburg behandelt.

(3) Im LKH Tamsweg bestand für die Behandlung von Tumorpatienten keine Kooperationsvereinbarung. Das LKH Tamsweg trachtete jedoch danach, alle Patienten in das LKH Salzburg zur Therapie zu überweisen. Allerdings führte im Jahr 2011 der Leiter der Internen Abteilung acht chemotherapeutische Behandlungen auf ausdrücklichen Patientenwunsch durch.

(4) Das KH BBR Salzburg verfügte über ein Tumorboard und arbeitete im Rahmen einer Geschäftsordnung mit der Inneren Medizin III des LKH Salzburg zusammen.

(5) Das KH Oberndorf führte keine Chemotherapien durch und überwies alle Patienten an das LKH Salzburg.

19.2 Der RH hielt im Interesse der Sicherstellung der Patientenbehandlungsqualität eine standardisierte Vorgangsweise bei der Krebsbehandlung für unerlässlich. Er empfahl dem KH Zell am See und dem LKH Tamsweg, für die bestmögliche Weiterbehandlung der Patienten SOP auszuarbeiten, welche die weiteren Behandlungsschritte in Zusammenarbeit mit onkologischen Zentren festlegen bzw. die Transferierung an diese Zentren regeln.

19.3 *Die Stadtgemeinde Zell am See führte aus, dass das KH Zell am See über ein Tumorboard in Abstimmung mit dem LKH Salzburg verfüge. Zwischen dem KH Zell am See und dem LKH Salzburg sei vertraglich festgelegt, dass alle Tumorpatienten des KH Zell am See der von der Med. III – Onkologie des LKH Salzburg für Zell am See zugeteilten Fachärztin vorgestellt werden und die Abläufe im Tumorboard in der gleichen Weise zu erfolgen haben wie im LKH Salzburg. Dazu lägen auch entsprechende Protokolle des Tumorboards auf.*

Hinsichtlich des LKH Tamsweg bestehe laut Stellungnahme des Landes Salzburg für die Behandlung von Tumorpatienten eine Kooperation mit den Salzburger Landeskliniken; eine schriftliche Vereinbarung sei in Ausarbeitung.

Der Konvent der Barmherzigen Brüder ergänzte in seiner Stellungnahme, dass neben dem LKH Salzburg (Innere Medizin III) auch das KH BBR Wien und das KH BBR St. Veit im onkologischen Tumorboard des KH BBR Salzburg vertreten seien.

- 19.4** Der RH betonte in diesem Zusammenhang gegenüber dem Land Salzburg, der Stadtgemeinde Zell am See und dem Konvent der Barmherzigen Brüder die Festlegungen des ÖSG, wonach der Krankenanstalenträger unter Berücksichtigung der definierten Qualitätskriterien und der Behandlungssicherheit festzulegen hat, welche Abteilung für welche onkologischen Leistungen zuständig und verantwortlich ist.

Bei der assoziierten Onkologischen Versorgung haben die Erbringung von Therapie und die Übernahme weiterer Leistungen in Abstimmung mit dem kooperierenden Onkologischen Schwerpunkt und/oder Onkologischen Zentrum zu erfolgen; die Zusammenarbeit mit dem Tumorboard des kooperierenden Schwerpunkts und/oder Zentrums war zu institutionalisieren.

Weiters wies der RH gegenüber der Stadtgemeinde Zell am See und dem Konvent der Barmherzigen Brüder darauf hin, dass der ÖSG die Einrichtung von interdisziplinären Tumorboards an Onkologischen Schwerpunkten sowie Zentren vorsah. Darüber hinaus hob er die im ÖSG festgelegte Zusammensetzung von Tumorboards (insbesondere Vertreter der Pathologie, Radiologie, Radioonkologie, Hämato-Onkologie und des Organfachs) ausdrücklich hervor und hielt fest, dass laut ÖSG jede Person mit einer malignen Neuerkrankung in einem solchen interdisziplinären Tumorboard anzumelden war; zuständig war zunächst jene Abteilung, die den Patienten dem Tumorboard vorstellt.

Aus Sicht des RH bedürfen die genannten Vorgaben des ÖSG vor allem im Sinne der Patientenbehandlungsqualität einer umfassenden schriftlichen Festlegung bzw. Vereinbarung.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Kennzahlen

20.1 Vor dem Hintergrund des nunmehr gesetzlich verankerten verpflichtenden Charakters des ÖSG⁴⁶ beurteilte der RH in den fünf überprüften Krankenanstalten die Einhaltung der fachbezogenen und leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien anhand ausgewählter Eingriffe. In Abstimmung mit den überprüften Krankenanstalten zog der RH folgende OP-Leistungen für einen Qualitätsvergleich heran:

Tabelle 15: Ausgewählte Eingriffe		
Fachrichtung	Eingriffsart	Mindestfallzahl
HNO	Mandel- und Nasenpolypentfernung (Adeno-, Tonsillo- und Tonsillektomien)	keine
Chirurgie	Bauchchirurgie: OP Bauchspeicheldrüse (Pankreatektomien)	10
	OP Dickdarm (Colonresektionen)	keine
	OP Blinddarm (Appendektomie)	keine
	OP Schilddrüse (Thyreoidektomien)	30
	OP Gallenblase (Cholezystektomie)	keine
Gynäkologie/Geburtshilfe	Kaiserschnittgeburt (Entbindung durch Sectio caesarea)	365 (Geburten insgesamt)
	Brustkrebsoperationen	30
Orthopädie/Unfallchirurgie	Arthroskopien	jeweils 100 (Abteilung) bzw. 50 (Fachschwerpunkt oder Department)
	Knieendoprothetik	
	Hüftendoprothetik	

Quelle: ÖSG 2010

In Absprache mit dem BMG, dem Bundesinstitut und den überprüften Krankenanstalten erhob der RH u.a. folgende wesentliche Parameter: Anzahl der durchgeführten Eingriffe (je Abteilung bzw. je Arzt), durchschnittliche Operationszeit sowie durchschnittliche Verweildauer auf der Betten- bzw. auf der Intensivstation.

⁴⁶ Aufgrund seines Charakters als „Sachverständigengutachten“ wird der ÖSG in Hinkunft von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen sein.

Die Detailergebnisse der Erhebungen für das Jahr 2011 sind den Tabellen im Anhang zu entnehmen (für das LKH Mittersill lagen nur Halbjahresdaten vor).

- 20.2** Der RH stellte fest, dass bei einigen Leistungen die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Abteilung unter den vom ÖSG geforderten Mindestwerten lag (siehe dazu TZ 21).

Unabhängig davon, betrachtete der RH die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Arzt. Dies ergab, dass 2011 in mehreren Fällen nur wenige Eingriffe je Arzt durchgeführt wurden, wie das Beispiel laparoskopische Appendektomie (Entfernung des Blinddarms) zeigte (siehe auch Anhang 3):⁴⁷

(1) Im KH Zell am See gab es insgesamt zwei solcher Eingriffe, die von verschiedenen Ärzten durchgeführt wurden. Zu Ausbildungszwecken erfolgten wesentlich mehr offene Appendektomien (99).

(2) Im LKH Mittersill gab es insgesamt 13 laparoskopische Appendektomien⁴⁸, die von fünf Ärzten durchgeführt wurden, wobei ein Arzt nur einen Eingriff vornahm. Weiters erfolgten 15 offene Appendektomien.

(3) Im LKH Tamsweg nahmen zwei Ärzte insgesamt acht laparoskopische Appendektomien vor, wovon ein Arzt drei und der andere fünf Eingriffe vollzog. Wie im KH Zell am See erfolgten auch hier wesentlich mehr offene Appendektomien (54).

(4) Im KH BBR Salzburg erfolgten 76 laparoskopische Appendektomien durch elf Ärzte, wovon zwei Assistenzärzte jeweils einen Eingriff vornahmen. Ferner wurden 14 Appendektomien offen durchgeführt.

(5) Im KH Oberndorf erfolgten 28 solche laparoskopische Eingriffe durch vier Ärzte, wobei zwei Ärzte jeweils einen Eingriff durchführten. Hier gab es darüber hinaus 31 offene Appendektomien.

Bei den durchschnittlichen Operationszeiten, die der RH anhand der sogenannten Schnitt-Naht-Zeiten beurteilte, zeigten sich große Streubreiten. Die Durchschnittszeiten waren daher wenig aussagekräftig. Beispielsweise betrug die Operationszeit bei der laparoskopischen Appendektomie im KH Zell am See durchschnittlich 56 Minuten, im LKH Mit-

⁴⁷ Neben den Cholezystektomien war die Appendektomie die einzige Leistung, die in allen fünf Krankenanstalten erbracht wurde. In vielen Fällen führte ein in Ausbildung befindlicher Arzt selbständig die Operation unter Supervision eines Facharztkollegen durch.

⁴⁸ Daten betreffen das vierte Quartal 2011 und das erste Quartal 2012

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

tersill 67 Minuten, im LKH Tamsweg 33 Minuten, im KH BBR Salzburg 48 Minuten und im KH Oberndorf 63 Minuten. Die Bandbreite zwischen der minimalen und der maximalen Schnitt-Naht-Zeit lag zwischen elf (KH BBR Salzburg) und 245 Minuten (KH Oberndorf). Die Begründungen für überdurchschnittlich lange Operationszeiten waren aus Sicht des RH nachvollziehbar und betrafen in der Regel Einzelfälle im Rahmen anderer, z.B. gynäkologischer Eingriffe, oder solche mit komplexen onkologischen Operationen.

Auch bei der durchschnittlichen Verweildauer (3,9 Tage bis 8,5 Tage) sowie bei der Verweildauer in der Intensivstation (0 Tage bis 5,2 Tage) stellte der RH große Streubreiten fest, die in der Regel Einzelfälle betrafen und Folgen medizinisch komplexer Eingriffe waren.

- 20.3** *Das Land Salzburg wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass Mindestfrequenzen im ÖSG in der Leistungsmatrix zwar ausgeführt seien, verbindliche Richtwerte jedoch nur für Ösophaguschirurgie und Eingriffe am Pankreas mit entsprechenden Überleitungsfristen Ende 2014 bzw. Ende 2013 bestünden. Für das Jahr 2012 und auch die Vorjahre habe somit keine verbindliche Festlegung von Mindestfrequenzen bestanden, so dass für die oben zitierten Krankenanstalten keine Überschreitung von ÖSG-Vorgaben vorläge.*

Auch die Stadtgemeinde Zell am See wies darauf hin, dass es laut Leistungsmatrix im ÖSG 2012 erst bei zwei Leistungen (Eingriffe am Pankreas und Ösophaguschirurgie) verbindliche Mindestfrequenzen mit entsprechenden Übergangsfristen gebe. Gerade die im ÖSG 2012 gegenüber dem ÖSG 2010 vorgenommenen Abänderungen der Mindestfrequenzen sprächen klar dafür, dass es sich ansonsten noch nicht um eine verbindliche Vorgabe, sondern um noch weiter zu evaluierende Vorschläge handle, die in weiterer Folge mit entsprechender Übergangsfrist in Kraft gesetzt würden.

Zur Appendektomie führte die Stadtgemeinde Zell am See aus, dass diese im KH Zell am See prinzipiell offen durchgeführt werde, weil dieser Eingriff als Lehr- und Ausbildungseingriff für Jungassistenten gelte. Die beiden laparoskopischen Eingriffe seien nicht per se, sondern im Zusammenhang mit einem gynäkologischen Eingriff vorgenommen worden, weshalb die durchschnittliche Berechnung der Operationszeit nicht aussagekräftig sei.

20.4 Dem Land Salzburg und der Stadtgemeinde Zell am See entgegnete der RH, dass der ÖSG aufgrund seines Charakters als „Sachverständigengutachten“ im Sinne des § 59j KAKuG einerseits von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze und der sanitären Aufsicht sowie andererseits von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen war. Aus Sicht des RH waren daher auch die darin empfohlenen Mindestfrequenzen als Grundlage für die Leistungsangebotsplanung heranzuziehen, was im Fall des KH Zell am See trotz bereits im Jahr 2005 vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Endbericht zum Projekt „Regionaler Strukturplan Gesundheit Salzburg 2010“ ergangener Hinweise nicht geschehen war.

Leistungsbezogene
Strukturqualitäts-
kriterien

21.1 (1) Bei den vom RH ausgewählten Eingriffen konnte das KH Zell am See die im ÖSG enthaltenen leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien mehrfach nicht erfüllen.

Zum einen wurde bei keinem der überprüften Eingriffe die in der Leistungsmatrix geforderte Mindestfrequenz erreicht. Besonders deutlich fiel die Diskrepanz zwischen Fallzahl und Mindestfrequenz bei den Schilddrüsen-, den Knie- und den Brustkrebsoperationen aus. Bei diesen Eingriffen erreichte das KH Zell am See die Mindestfrequenz im mehrjährigen Durchschnitt nur zu rund zehn Prozent. Darauf hatte das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen bereits 2005 im Endbericht zum Projekt „Regionaler Strukturplan Gesundheit Salzburg 2010“ hingewiesen.⁴⁹

⁴⁹ siehe Tabelle 3b Berechtigungsmatrix für die Krankenanstalten der Versorgungsregion 52 „Pinzgau-Pongau-Lungau“ im Anhang zum Endbericht RSG Salzburg 2010

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Tabelle 16: Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im KH Zell am See 2009 bis 2011

	2009	2010	2011	Durchschnitt 2009 bis 2011	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl				
Pankreatektomien	6	6	2	4,7	10
Entbindungen	289	362	360	337,0	365
Thyreoidektomien	2	1	5	2,7	30
Hüftendoprothetik	29	44	36	36,3	100
Knieendoprothetik	10	14	11	11,7	100
Brustkrebsoperationen	2	4	4	3,3	30

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenhaus-Standort laut ÖSG

Quellen: KH Zell am See; RH

Zum anderen bestand am Standort Zell am See keine Möglichkeit einer intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts bzw. auch keine telepathologische Versorgung durch eine andere Krankenhausanstalt, obwohl dies laut ÖSG für zahlreiche im KH Zell am See durchgeführte Eingriffe erforderlich war. Eine entsprechende Kooperation mit dem KH Schwarzach war zwar geplant, aber noch nicht umgesetzt.

Tabelle 17: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im KH Zell am See 2011

	2011	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl	
Pankreatektomien	2	10
Thyreoidektomien	5	30
Brustkrebsoperationen	4	30
Gallengangsrevision offen	10	keine
Resektion Hemikolon (rechts/links, offen/laparoskopisch, mit/ohne primäre Anastomose)	45	keine

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenhaus-Standort laut ÖSG

Quellen: KH Zell am See; RH

(2) Im LKH Mittersill lag die Zahl der an der Abteilung für Chirurgie jährlich durchgeführten Thyreoidektomien (totale oder teilweise Entfernung der Schilddrüse) im mehrjährigen Durchschnitt bei 2,7. Die im ÖSG vorgesehene Mindestfrequenz von 30 war damit nur zu rund zehn Prozent erreicht.

Tabelle 18: Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im LKH Mittersill 2009 bis 2011

	2009	2010	2011	Durchschnitt 2009 bis 2011	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl				
Thyreoidektomien	3	3	2	2,7	30

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: LKH Mittersill; RH

Darüber hinaus fehlte dem LKH Mittersill für einige Eingriffe auch die im ÖSG geforderte eigene Histopathologie (bzw. eine telepathologische Kooperation).

Tabelle 19: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im LKH Mittersill 2011

	2011	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl	
Thyreoidektomien	2	30
Resektion Hemikolon (rechts/links, offen, mit/ohne primäre Anastomose)	7	keine

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: LKH Mittersill; RH

(3) Im LKH Tamsweg lagen die Zahlen der jährlich an der Abteilung für Unfallchirurgie durchgeführten endoprothetischen Eingriffe an Knie und Hüfte unter den im ÖSG festgelegten Mindestfrequenzen.

Auch die für Geburten vorgegebenen Mindestfrequenzen wurden nicht erreicht. Hinsichtlich der Geburtshilfe handelte es sich beim Standort Tamsweg allerdings um einen im ÖSG vorgesehenen Ausnahmefall, an dem aufgrund der Lage in einer peripheren Region mit geringer Besiedlungsdichte und unzureichender Erreichbarkeit von anderen

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Krankenanstalten trotz Geburtenzahlen unter 365 pro Jahr eine reduzierte Grundversorgung am Standort aufrechtzuerhalten war.

Tabelle 20: Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im LKH Tamsweg 2009 bis 2011					
	2009	2010	2011	Durchschnitt 2009 bis 2011	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl				
Knieendoprothetik	35	48	40	41,0	100
Hüftendoprothetik	68	89	60	72,3	100
Entbindungen	193	214	181	196,0	365

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenhaus-Standort laut ÖSG

Quellen: LKH Tamsweg; RH

Darüber hinaus fehlte dem LKH Tamsweg die für die Eingriffe am Hemikolon erforderliche eigene Histopathologie (bzw. eine telepathologische Kooperation).

Tabelle 21: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im LKH Tamsweg 2011		
	2011	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl	
Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose (offen/laparoskopisch)	4	keine

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenhaus-Standort laut ÖSG

Quellen: LKH Tamsweg; RH

(4) Das KH BBR Salzburg erreichte bezüglich der vom RH ausgewählten Eingriffe zwar die im ÖSG geforderten Mindestfrequenzen, erfüllte aber die für zahlreiche Leistungen geforderte Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts nicht.

Tabelle 22: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im KH BBR Salzburg 2011

	2011	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl	
Pankreatektomien	18	10
Thyreoidektomien	41	30
Brustkrebsoperationen	52	30
Gallengangsrevision offen	2	keine
Resektion Hemikolon (rechts/links, offen/laparoskopisch, mit/ohne primäre Anastomose)	94	keine

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KH BBR Salzburg; RH

(5) Im KH Oberndorf lag die Zahl der an der Abteilung für Chirurgie jährlich durchgeführten Pankreatektomien und Thyreoidektomien im mehrjährigen Durchschnitt bei 3,7 bzw. 4,3. Die im ÖSG dafür vorgesehenen Mindestfrequenzen von 10 bzw. 30 waren damit nur zu 37 % bzw. rd. 14 % erreicht.

Tabelle 23: Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im KH Oberndorf 2009 bis 2011

	2009	2010	2011	Durchschnitt 2009 bis 2011	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl				
Pankreatektomien	1	3	7	3,7	10
Thyreoidektomien	5	2	6	4,3	30

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KH Oberndorf; RH

Auch dem KH Oberndorf fehlte für einige Eingriffe die im ÖSG geforderte eigene Histopathologie (bzw. eine telepathologische Kooperation).

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Tabelle 24: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im KH Oberndorf 2011		
	2011	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl	
Pankreatektomien	7	10
Thyreoidektomien	6	30
Gallengangsrevision offen	3	keine
Resektion Hemikolon (rechts/links, offen/laparoskopisch, mit/ohne primäre Anastomose)	27	keine

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenhaus-Standort laut ÖSG

Quellen: KH Oberndorf; RH

21.2 (1) Mit Ausnahme des KH BBR Salzburg hatten alle überprüften Krankenanstalten zumindest bei einzelnen Leistungen Schwierigkeiten, die im ÖSG angegebenen Mindestfrequenzen auch nur annähernd zu erreichen.

Besonders bedenklich war die Situation im KH Zell am See, das die in der Leistungsmatrix geforderten Mindestfrequenzen – mit einer einzigen Ausnahme (Entbindungen – 92 %) – für alle überprüften Eingriffe deutlich verfehlte. Der Erfüllungsgrad lag je nach Eingriff nur zwischen 9 % (Schilddrüsen) und 47 % (Pankreatektomien). Aufgrund derart niedriger Fallzahlen war die Erbringung dieser Leistungen am Standort Zell am See zu hinterfragen. Der RH empfahl daher der Stadtgemeinde Zell am See als Rechtsträger des KH Zell am See, im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien für die Einstellung insbesondere von Schilddrüsen- (Erfüllungsgrad 9 %), Knie- (12 %) und Brustkrebsoperationen (11 %) zu sorgen. Da im Jahr 2011 auch nur mehr zwei Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse vorgenommen wurden, empfahl er, auch diese Operation einzustellen.

Aus Sicht des RH waren diese Fallzahlen auch Ausdruck eines Defizits in der Leistungsangebotsplanung des Landes Salzburg. Obwohl die Problematik der Mindestfrequenzen – zumindest in Teilbereichen wie jenem der Endoprothetik – bereits seit 2005 bekannt und im RSG sogar benannt worden war, hatte das Land keine entsprechenden Maßnahmen gesetzt. Insbesondere vor dem Hintergrund der nunmehr gesetzlich verankerten Bindungswirkung der Strukturqualitätskriterien des ÖSG sah der RH akuten Handlungsbedarf und empfahl dem Land Salzburg, das chirurgische und unfallchirurgische Leistungsangebot am

Standort Zell am See zu evaluieren sowie bei der Neuerstellung des RSG auf eine Konformität mit den Strukturqualitätskriterien zu achten.

Im LKH Mittersill wurden Mindestfrequenzen nur bei Schilddrüsenoperationen unterschritten. Da im Jahr 2011 nur mehr zwei derartige Eingriffe vorgenommen wurden, empfahl der RH dem Land Salzburg als Rechtsträger des LKH Mittersill, diese Operation im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien einzustellen.

Das LKH Tamsweg erreichte die Mindestfrequenzen im Bereich der Endoprothetik bezüglich der Knieoperationen zu 41 %, bezüglich der Hüftoperationen zu 72 %. Da eine Neuübernahme der Abteilung für Unfallchirurgie erst im Februar 2012 erfolgt war, empfahl der RH dem Land Salzburg als Rechtsträger des LKH Tamsweg, die Entwicklung noch einige Zeit zu beobachten und die Situation danach zu evaluieren bzw. die erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

Das KH Oberndorf erreichte die Mindestfrequenzen für die Eingriffe am Pankreas und an der Schilddrüse nur zu 37 % bzw. zu 14 %. Hinsichtlich der Pankreasoperationen war eine Annäherung an die Mindestfrequenz erkennbar (sieben im Jahr 2011). Der RH empfahl der Stadtgemeinde Oberndorf als Rechtsträger des KH Oberndorf, die Schilddrüsenoperationen einzustellen und die Frequenz der Pankreasoperationen zu beobachten.

(2) Hinsichtlich der im ÖSG für die Erbringung bestimmter Leistungen geforderten Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts bzw. einer telepathologischen Versorgung durch eine andere Krankenanstalt stellte der RH fest, dass in den überprüften Krankenanstalten weder die eine noch die andere Möglichkeit gegeben war.

Das KH Zell am See hatte zwar eine diesbezügliche (telepathologische) Kooperation mit dem KH Schwarzach geplant, aber noch nicht umgesetzt. Der RH empfahl daher dem KH Zell am See, auf die rasche Realisierung einer entsprechenden Zusammenarbeit hinzuwirken.

In den LKH Mittersill und Tamsweg wäre das Problem der fehlenden Möglichkeit einer intraoperativen histopathologischen Befundung bei den Hemikolonresektionen durch den Aufbau einer telepathologischen Mitversorgung durch das KH Schwarzach – so wie es das KH Zell am See anstrebte – bzw. durch das LKH Salzburg zu lösen.

Auch den KH BBR Salzburg und Oberndorf empfahl der RH, so rasch wie möglich mit einer anderen Krankenanstalt, wie bspw. dem LKH

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Salzburg, eine Vereinbarung über eine telepathologische Versorgung abzuschließen.

- 21.3** *Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Zell am See erwecke die Darstellungsform des RH einen missverständlichen Eindruck. Insbesondere sei der direkte Vergleich mit dem KH BBR Salzburg insofern irreführend und unzulässig, als dieses Krankenhaus mangels geburtshilflicher Abteilung und mangels einer Unfallchirurgie bzw. Orthopädie von vornherein nur die Hälfte der vom RH überprüften Leistungen erbringen könne.*

Bezüglich der Pankreatektomien verwies die Stadtgemeinde Zell am See auf die Größe der Versorgungsregion und die Problematik der Erreichbarkeit. Die Umsetzung der Mindestfrequenzen für Pankreatektomien bedeute laut Mitteilung des Salzburger Gesundheitsfonds, dass in dieser gesamten Versorgungsregion keine derartige Leistung mehr erbracht werden dürfte – mit allen sich daraus ergebenden negativen Konsequenzen für die betroffenen Patienten. Aus diesem Grund sei keine Einstellung der Pankreatektomien geplant, vielmehr würden künftig aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit dem KH Schwarzach die in der Versorgungsregion 52 anfallenden Pankreatektomien im KH Zell am See konzentriert erbracht. Dies werde auch von der Landesgesundheitsplanung ausdrücklich begrüßt. Ab Jänner 2014 solle die verbindliche Mindestfrequenz bei Bauchspeicheldrüsen-Eingriffen jedenfalls erreicht bzw. übertroffen werden.

Hinsichtlich der Thyreoidektomien führte die Stadtgemeinde Zell am See aus, dass im KH Zell am See keine geplanten Schilddrüseneingriffe durchgeführt würden. Es bestehe eine klare Festlegung, solche Fälle an das KH Schwarzach zu verweisen bzw. zu transferieren. Die geringe Anzahl der codierten Thyreoidektomien weise deutlich darauf hin, dass diese Eingriffe lediglich im Rahmen einer anderen Grunderkrankung (Metastasenchirurgie) mit durchgeführt würden; elektive Aufnahmen zur Schilddrüsen-OP würden nicht erfolgen.

Hinsichtlich der Entbindungen verwies die Stadtgemeinde Zell am See darauf, dass sich die seit 2009 steigenden Geburtszahlen im Jahr 2012 fortgesetzt hätten und die Anzahl der Entbindungen im KH Zell am See klar über der Mindestfrequenz liege.

Die in der Tabelle 16 bzw. den Anhängen 10 und 11 ausgewiesenen Zahlen seien laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Zell am See nicht stimmig. Außerdem sei die Darstellung insofern irreführend, als es sich z.B. bei der Hüftendoprothetik im Rahmen der unfallchirurgischen Abteilung vornehmlich um Akuteingriffe zur Versorgung

von Schenkelhalsfrakturen handle und die empfohlenen Mindestfrequenzen diesbezüglich im Traumafall nicht zur Anwendung kämen. Die unfallchirurgische Abteilung habe im Jahr 2011 insgesamt 74 Schenkelhalsfrakturen versorgt, davon 24 mittels Teilendoprothese Hüfte, drei mit Totalendoprothese. Dazu kämen noch zehn Totalendoprothesen des Hüftgelenks bei Arthrose.

Zur geringen Anzahl an Brustkrebsoperationen führte die Stadtgemeinde Zell am See aus, dass prinzipiell keine „klassischen“ onkologischen Operationen durchgeführt würden, sondern nur in speziellen Fällen, in denen Patientinnen aus Senioren- bzw. Pflegeheimen in der Umgebung an das KH Zell am See überwiesen würden.

Schließlich erachtete die Stadtgemeinde Zell am See bei exakter präoperativer Abklärung eine intraoperative Gefrierschnittuntersuchung für weder sinnvoll noch hilfreich, zumal auch von Seite der Pathologen immer wieder auf die Unsicherheit der Aussage eines Gefrierschnitts hingewiesen werde. Trotzdem werde im Jahr 2013 im Rahmen der bereits angesprochenen Kooperation mit dem KH Schwarzach eine telepathologische Anbindung realisiert.

Das LKH Tamsweg habe laut Stellungnahme des Landes Salzburg bei endoprothetischen Eingriffen aufgrund des Primariatswechsels an der Abteilung für Unfallchirurgie im Jahr 2012 die Frequenzen in diesem Bereich deutlich erhöht. So seien bis Ende November 2012 bereits über 70 Knieoperationen und über 100 Hüftoperationen durchgeführt worden. Bezüglich der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts bzw. einer telepathologischen Versorgung habe das LKH Tamsweg ein erstes Gespräch mit dem KH Schwarzach bezüglich einer Zusammenarbeit geführt. Es bedürfe jedoch noch weiterer Abklärungen und der Erarbeitung eines Kooperationsprojekts.

Der Konvent der Barmherzigen Brüder hielt in seiner Stellungnahme fest, dass eine intraoperative Befundung in seinem Krankenhaus nicht möglich sei, jedoch durch Kooperation mit dem LKH Salzburg durchgeführt werde. Mit Jahresbeginn 2013 könne durch Vernetzung der Salzburger Krankenanstalten mittels Healix (Bilderdatenaustausch; Kommunikationsplattform der Salzburger Krankenanstalten) auch eine telepathologische Versorgung angeboten werden.

Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Oberndorf würden die Schilddrüsenoperationen im KH Oberndorf bis auf weiteres eingestellt und die Frequenz der Pankreasoperationen weiterhin beobachtet werden. Weiters werde die telepathologische Versorgung im KH Oberndorf über die Datenplattform Healix realisiert.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

21.4 Gegenüber der Stadtgemeinde Zell am See stellte der RH klar, dass seine Ausführungen keinen direkten Vergleich zwischen dem KH Zell am See und dem KH BBR Salzburg enthielten. Es wurden vielmehr ausgewählte Eingriffe der fünf überprüften Krankenanstalten – die alle ein unterschiedliches Leistungsspektrum aufwiesen – unter dem Gesichtspunkt der Erfüllung der leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien parallel betrachtet und die Ergebnisse dargestellt. Die für die Versorgungsregion 52 geplante Konzentration von Pankreatektomien im KH Zell am See sowie der Thyreoidektomien im KH Schwarzach beurteilte der RH positiv.

Bezüglich der im KH Zell am See durchgeführten Thyreoidektomien wies der RH darauf hin, dass selbst dann, wenn die Entfernung der Schilddrüse im Rahmen eines anderen Primäreingriffs (Metastasen-chirurgie) erfolgt wäre, dafür im ÖSG keine Ausnahme von den empfohlenen Mindestfallzahlen vorgesehen war. Ebenso wenig galt eine solche Ausnahme für Brustkrebsoperationen, die an Patientinnen aus Senioren- bzw. Pflegeheimen in der Umgebung durchgeführt wurden.

Bezüglich der Hüftendoprothetik entgegnete der RH der Stadtgemeinde Zell am See, dass der ÖSG Mindestfrequenzen in der Regel für ein bestimmtes Bündel von medizinischen Einzelleistungen (MEL) vorsieht, die jeweils mit Kenn-Buchstaben gekennzeichnet sind. Da die MEL NB010 Osteosynthese des Schenkelhalses nicht dem Bündel „Endoprothetik Hüfte“ (gekennzeichnet mit „s“), sondern dem Bündel „Eingriffe an Becken/Hüfte/Oberschenkel“ (gekennzeichnet mit „x“) zugeordnet war, konnte der RH diese Leistungen in seiner Auswertung nicht berücksichtigen.

Hinsichtlich der Notwendigkeit intraoperativer histologischer Untersuchungen verwies der RH auf seine Gegenäußerung zu TZ 20.

Fachbezogene Strukturqualitätskriterien Orthopädie/Unfallchirurgie – KH BBR Salzburg

22.1 Laut ÖSG hat die orthopädische und unfallchirurgische Versorgung grundsätzlich im Rahmen einer entsprechenden Fachabteilung zu erfolgen. In begründeten Ausnahmefällen (z.B. zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen) war dies auch im Rahmen einer reduzierten Organisationsform (Fachschwerpunkt Orthopädie, Satellitendepartment Unfallchirurgie) zulässig, sofern es in der regionalen Detailplanung des jeweiligen Bundeslandes vorgesehen war. Beides war im KH BBR Salzburg nicht gegeben.

Dennoch wurden im Rahmen der chirurgischen Abteilung im Jahr 2011 77 Arthroscopien und andere orthopädische bzw. unfallchirurgische Eingriffe von zwei externen Fachärzten durchgeführt. Mit beiden hatte das Krankenhaus Werkverträge über eine Tätigkeit als Konsiliararzt abgeschlossen.

Die Möglichkeit der Krankenanstalt, einen Konsiliararzt⁵⁰ beizuziehen, war nur für den Fall vorgesehen, dass Patienten mit einer fachgebietsübergreifenden Erkrankung von den zur Behandlung der primären Erkrankung zuständigen Ärzten der entsprechenden Fachabteilung nicht in ausreichendem Ausmaß versorgt werden können. Eine Erweiterung des ständigen Leistungsangebots einer Krankenanstalt durch die Tätigkeit von Konsiliarärzten war von dieser Möglichkeit jedoch nicht gedeckt.⁵¹ Bei den von den externen Fachärzten im KH BBR Salzburg vorgenommenen Arthroscopien handelte es sich fast ausschließlich um elektive Behandlungen.

Dennoch wurde die Erbringung dieser Leistungen im KH BBR Salzburg seitens des Landes über Jahre hinweg stillschweigend geduldet und vom Salzburger Gesundheitsfonds im Rahmen des LKF-Systems vergütet. Die Einnahmen aus den orthopädischen Leistungen betragen im Jahr 2011 rd. 202.600 EUR.

- 22.2** Der RH stellte fest, dass im KH BBR Salzburg ohne Deckung in der Versorgungsplanung elektive orthopädische und unfallchirurgische Leistungen von externen Fachärzten erbracht wurden. Letztere wurden in den mit dem Rechtsträger der Krankenanstalt geschlossenen Verträgen zwar als Konsiliarärzte bezeichnet, sie waren jedoch de facto als Belegärzte⁵² tätig. Den Rechtsträger des KH BBR Salzburg wies der RH darauf hin, dass eine nicht den Strukturqualitätskriterien des ÖSG ent-

⁵⁰ Von einem Konsilium wird dann gesprochen, „wenn ein erstbehandelnder Mediziner aus Diagnosegründen, zur Festlegung der operativen Vorgangsweise, zu Therapiezwecken oder dergleichen“ einen anderen Kollegen hinzuzieht, den man dann als Konsiliararzt bezeichnet. P.Steiner, Zur inhaltlichen Unterscheidung zwischen Belegarzt und Konsiliararzt, RdM 1998, S. 70.

⁵¹ vgl. Aigner, Die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser, in: Jabornegg/Resch/Seewald (Hrsg.), Planung und Finanzierung der Krankenhausbehandlung, S. 46; Kopetzki, Krankenanstaltenrecht, in: Holoubek/Potacs (Hrsg.), Handbuch Wirtschaftsrecht, 2. Auflage, Band I, S. 491

⁵² Ein Belegarzt ist ein nicht im Krankenhaus angestellter Arzt, der zumeist mittels Werkvertrag auswärtige Patienten im Krankenhaus behandelt.

sprechende Behandlung aufgrund der neuen Rechtslage unter Umständen Haftungsansprüche zur Folge haben kann.⁵³

Der RH merkte in diesem Zusammenhang an, dass die Vergütung der erbrachten orthopädischen und unfallchirurgischen Leistungen durch den Salzburger Gesundheitsfonds für das KH BBR Salzburg einen erheblichen Anreiz für dieses Verhalten darstellte, weil die zusätzlichen Einnahmen dem Rechtsträger halfen, seinen Betriebsabgang zu reduzieren. Der RH wies – wie im vorangegangenen Prüfungsergebnis zur themengleichen Gebarungsüberprüfung Reihe Bund 2012/12 und Salzburg 2012/9 – auf den Widerspruch zwischen den im Rahmen der Versorgungsplanung festgelegten Strukturqualitätskriterien und dem LKF-Abgeltungssystem hin.

Der RH beanstandete ferner, dass die Salzburger Landesregierung diese Erweiterung des Leistungsangebots des KH BBR Salzburg über Jahre hinweg stillschweigend duldete und damit ihren aufsichtsbehördlichen Pflichten nur unzureichend nachgekommen war.

Der RH empfahl dem Konvent der Barmherzigen Brüder als Rechtsträger der Krankenanstalt, eine Bereinigung des Leistungsangebots im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien des ÖSG vorzunehmen und damit einen rechtskonformen Zustand herzustellen.

22.3 *Laut Stellungnahme des Landes Salzburg würden sich die beiden Sonderfächer Orthopädie und plastische Chirurgie in der Ärzte-Ausbildungsordnung überschneiden und würden in jedem Sonderfach wechselseitig Ausbildungen in einem der beiden Fächer für das andere Sonderfach angerechnet. Daher seien auch in der Leistungsmatrix des KDok idente Leistungsbündel für diese beiden Fächer festgelegt.*

Da das Sonderfach Plastische Chirurgie in der Verordnung über den Salzburger Krankenanstalten- und Großgeräteplan im KH BBR Salzburg ausgewiesen sei, seien orthopädische Leistungen, die auch dem Fachgebiet der Plastischen Chirurgie zugeordnet seien, zulässig. Jene Leistungen, die ausschließlich dem Sonderfach Orthopädie und orthopädische Chirurgie zuzuordnen seien, seien im Sommer 2012 eingestellt worden.

Bezüglich der zu Unrecht erfolgten Auszahlungen hielt das Land Salzburg weiters fest, dass der Salzburger Gesundheitsfonds durch den Einsatz von entsprechenden Programmmodulen als auch Zufallsstichpro-

⁵³ Gemäß §§ 8 Abs. 2 i.V.m. 59j KAKuG waren Patienten in Hinkunft den Strukturqualitätskriterien des ÖSG entsprechend zu behandeln.

ben und weiteren individuellen Einzelprüfungen durch Ärzte bemüht sei, nur zulässige Leistungen im Sinne des LKF-Modells bzw. des ÖSG bzw. der Festlegung der medizinischen Aufgabengebiete abzurechnen.

Der Konvent der Barmherzigen Brüder teilte in seiner Stellungnahme mit, dass im KH BBR Salzburg seit Juli 2012 keine elektiven orthopädischen Leistungen erbracht würden.

Strukturqualitäts-
kriterien für Fach-
schwerpunkte

23.1 In den Fachrichtungen Augenheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO), Urologie, Orthopädie sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie können Leistungen in begründeten Ausnahmefällen (z.B. zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung) abgesehen von einer Fachabteilung auch im Rahmen der reduzierten (acht bis 14 Betten) Organisationsform „Fachscherpunkt“ erbracht werden, sofern dies in der regionalen Detailplanung (RSG) des Bundeslandes vorgesehen ist.

In drei der fünf überprüften Krankenanstalten waren solche Fachschwerpunkte eingerichtet: im KH Zell am See ein Fachschwerpunkt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, im LKH Mittersill ein Fachschwerpunkt für Orthopädie und im KH BBR Salzburg ein Fachschwerpunkt für Urologie.

Der ÖSG sieht für einen Fachschwerpunkt „die Anbindung an eine Fachabteilung derselben Fachrichtung außerhalb der Krankenanstalt“ vor. In § 33 Abs. 1 SKAG ist darüber hinaus festgelegt, dass bei der Führung von Fachschwerpunkten eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfachs einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden ist.

(1) Patronanzabteilung des HNO-Fachscherpunkts im KH Zell am See war die Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten am LKH Salzburg. Die Zusammenarbeit basierte nur auf mündlichen Absprachen. Danach waren schwerwiegend Erkrankte an das LKH Salzburg zu transferieren, Patienten mit Krebserkrankungen mussten dem Tumorboard vorgestellt werden. Visitationen, ein formalisiertes Berichtswesen oder eine schriftliche Vereinbarung gab es nicht.

(2) Der Fachschwerpunkt für Orthopädie am LKH Mittersill war auf Basis einer schriftlichen Vereinbarung an die Abteilung für Orthopädie am KH Schwarzach angebunden. Schwierige orthopädische Fälle wurden nach telefonischer Beratung meist in der Ambulanz der Patronanzabteilung untersucht.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Gemäß der Vereinbarung übermittelte der Fachschwerpunktleiter regelmäßig Berichte u.a. mit Auswertungen über Komplikationen an den Leiter der Patronanzabteilung; dieser führte in regelmäßigen Abständen Visiten mit anschließender protokollierter Besprechung in Mittersill durch. Die Umsetzung von in diesem Zusammenhang seitens der Patronanzabteilung empfohlenen Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität war für das LKH Mittersill verpflichtend.⁵⁴

(3) Die Patronanz über den Fachschwerpunkt Urologie des KH BBR Salzburg hatte die Abteilung für Urologie und Andrologie des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Wien inne. Eine schriftliche Vereinbarung lag nicht vor. Beide Organisationseinheiten waren auf demselben Server vernetzt, so dass am Fachschwerpunkt in Salzburg über ein gemeinsames EDV-Informationssystem Formulare, Vordrucke, Patienteninformationen sowie Standards und Leitlinien der Patronanzabteilung abrufbar waren und damit nach einheitlichen Qualitätsvorgaben gearbeitet werden konnte.

Umgekehrt konnte die Patronanzabteilung für Auswertungen auf die im System dokumentierten Komplikationen zurückgreifen. Qualitätsrelevante Themen wurden in regelmäßigen Abständen zwischen Abteilungs- und Fachschwerpunktleiter direkt besprochen. Visitationen fanden nicht statt. Um dem § 33 Abs. 1 letzter Satz SKAG Rechnung zu tragen, war für die Zukunft eine Teilnahme des Leiters der Patronanzabteilung an einer Sitzung der Qualitätssicherungskommission des KH BBR Salzburg pro Jahr geplant.

23.2 Die Anbindung der Fachschwerpunkte an entsprechende Patronanzabteilungen war in allen drei Krankenanstalten unterschiedlich gelöst. Dies war aus Sicht des RH auf die fehlenden Vorgaben durch die Salzburger Landesregierung zurückzuführen (siehe TZ 5).

Nach Ansicht des RH war die zwischen dem LKH Mittersill und dem KH Schwarzach getroffene Patronanz-Vereinbarung als Best Practice zu bewerten, weil darin alle für die Qualitätssicherung relevanten Punkte in nachvollziehbarer Form geregelt waren und so sichergestellt werden konnte, dass im Fachschwerpunkt nach denselben Maßstäben gearbeitet wurde wie in der Patronanzabteilung.

⁵⁴ In der Vereinbarung verpflichtete sich das LKH Mittersill darüber hinaus zur Führung einer Statistik sämtlicher schwerer Komplikationen, zur Dokumentation aller getroffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie zur Teilnahme der Ärzte des Fachschwerpunkts an Fort- und Weiterbildungsprogrammen im Fachbereich Orthopädie, die vom KH Schwarzach angeboten wurden.

Dem KH Zell am See und dem KH BBR Salzburg empfahl der RH, im Sinne der Transparenz und der Klarstellung von Verantwortlichkeiten ebenfalls eine schriftliche Vereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen dem jeweiligen Fachschwerpunkt und der entsprechenden Patronanzabteilung zu schließen.

Dem Land Salzburg empfahl er, Kriterien für die Anbindung von Fachschwerpunkten an die entsprechenden Patronanzabteilungen in der zu erlassenden Verordnung über Maßnahmen der Qualitätssicherung zu formulieren, um ein einheitliches Qualitätsniveau im Bundesland Salzburg sicherzustellen.

- 23.3** *Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Zell am See habe sie mit dem KH Schwarzach Verhandlungen gestartet, um die HNO-Abteilung im KH Schwarzach als Patronanzabteilung für den HNO-Fachschwerpunkt im KH Zell am See zu installieren und dementsprechend einen Kooperationsvertrag (Patronanzvereinbarung) abzuschließen.*

Der Konvent der Barmherzigen Brüder erklärte in seiner Stellungnahme, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Einbeziehung der Abteilung für Urologie des KH BBR Wien vollzogen würden; eine schriftliche Abstimmung zwischen den beiden Abteilungsvorständen habe stattgefunden.

Verweildauern im OP

- 24.1** Die Verweildauer des Patienten im OP-Bereich stellt einen Qualitätsindikator für eine zweckmäßige OP-Organisation dar. Der RH verglich bei vier ausgewählten Behandlungen (Cholezystektomie, Appendektomie, Implantation einer Totalendoprothese Hüfte und Arthroskopie am Knie) in den überprüften Krankenanstalten jene Zeiten, in denen der Patient zwar im OP-Bereich eingeschleust war, aber nicht operiert wurde. In der Regel waren das die Zeiten zwischen Einschleusen und erstem Hautschnitt sowie letzter Naht und Ausschleusen.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Tabelle 25: Verweildauer im OP

KH/Eingriff	Cholezystektomie	Appendektomie	Implantation einer Totalendoprothese Hüfte	Arthroskopie am Knie
	in Minuten ¹			
KH Zell am See	50	22	69	41
LKH Mittersill	48	45	73	78
LKH Tamsweg	34	25	59	Daten nicht verfügbar
KH BBR Salzburg	49	46	Leistung nicht erbracht	36
KH Oberndorf	60	34	71	45

¹ gewählt wurde der Mittelwert aus mehreren Eingriffen

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

24.2 Die Verweildauern im OP-Bereich (Zeitraum zwischen Ein- und Ausschleusen abzüglich Schnitt-Naht-Zeiten) bewegten sich in einer unauffälligen Bandbreite und waren organisatorisch bzw. patientenbezogen zu erklären. Ihre Größenordnung entsprach im Übrigen den Verweildauern im 2011 vom RH überprüften KH Schwarzach.⁵⁵

Wartezeiten im OP

25.1 Ein weiterer Qualitätsindikator für eine zweckmäßige OP-Organisation ist die Wartezeit für den Patienten zwischen der Einleitung der Narkose (Anästhesiebeginn) und dem Beginn der Operation, in der Regel der erste Hautschnitt.

Bei der vorangegangenen RH-Überprüfung des LKH Salzburg sowie der Krankenanstalten Schwarzach und Hallein im Herbst 2011 (Reihe Bund 2012/12, Reihe Salzburg 2012/9) hatte der RH festgestellt, dass OP-Organisationen zum Teil überdurchschnittlich lange Zeiten zwischen Anästhesiebeginn und erstem Hautschnitt aufwiesen. Der RH erhob deshalb diese Daten auch bei den nunmehr überprüften Krankenanstalten. Das LKH Tamsweg verfügte allerdings über keine auswertbaren Daten.

⁵⁵ 41/37/62/40 Minuten; das LKH Salzburg bildet mit langen Verweildauern eine Ausnahme; das KH Hallein hatte dazu keine Datenaufzeichnungen.

Tabelle 26: Wartezeit zwischen Anästhesiebeginn und erstem Hautschnitt			
	Minimum	Maximum	Mittelwert
	in Minuten		
Cholezystektomie (laparoskopisch und offen) Anästhesiebeginn bis Schnitt			
KH Zell am See ¹	18	63	35,3
LKH Mittersill	8	50	26,2
KH BBR Salzburg	3	186	19,3
KH Oberndorf	2	47	19,9
Appendektomie (laparoskopisch und offen) Anästhesiebeginn bis Schnitt			
KH Zell am See ¹	11	96	24,1
LKH Mittersill	11	58	27,0
KH BBR Salzburg	8	54	15,7
KH Oberndorf	5	40	13,4
Arthroskopische Operation des Kniegelenks Anästhesiebeginn bis Schnitt			
KH Zell am See ¹	12	81	26,9
LKH Mittersill	1	45	21,8
KH BBR Salzburg	7	31	15,1
KH Oberndorf	2	44	17,0
Totalendoprothese des Hüftgelenks Anästhesiebeginn bis Schnitt			
KH Zell am See ¹	36	75	53,4
LKH Mittersill	14	69	36,5
KH BBR Salzburg	Leistungen nicht erbracht		
KH Oberndorf	10	50	30,0

¹ höhere Minimalwerte und Mittelwerte resultieren aus der unterschiedlichen Zeiterfassung

Quellen: LKH Mittersill, KH Zell am See und Oberndorf, KH BBR Salzburg; RH

25.2 Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, wies das KH Zell am See im Unterschied zu den anderen drei Krankenanstalten höhere Minimalwerte und höhere Mittelwerte auf. Die Ursache lag nach Feststellung des RH in der Methode der Zeiterfassung, weil im KH Zell am See der „Beginn der Anästhesie“ auch die Vorbereitungszeit der Anästhesie vor Einleitung der Narkose mitumfasste. Zwischen „Beginn der Anästhesie“ und Narkoseeinleitung lagen zehn bis 20 Minuten, wodurch die obigen

Werte entsprechend kürzer wären. Die Unterschiede zwischen Minimal- und Maximalwerten waren auf patientenbezogene aufwendige Lagerungs- und erweiterte Anästhesiemaßnahmen zurückzuführen.

- 25.3** *Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Zell am See seien die unterschiedlich definierten Messpunkte dadurch erklärbar, dass es keine einheitlichen, standardisierten Vorgaben für diese Messpunkte gebe.*

Sonstige Feststellungen

Zeiterfassung im LKH
Tamsweg

- 26.1** Aufgrund der geringen Auslastung einer Abteilung des LKH Tamsweg überprüfte der RH den Arbeitseinsatz und die Arbeitszeitaufzeichnungen der dort tätigen Ärzte. Er stellte in Bezug auf zwei Ärzte Unstimmigkeiten bei der Zeiterfassung fest, weshalb beide Ärzte von der kollegialen Führung des LKH Tamsweg bereits ermahnt worden waren.
- 26.2** Im Hinblick auf diese Unstimmigkeiten bei der Zeiterfassung der beiden Fachärzte verwies der RH auf die möglicherweise disziplinäre und strafrechtliche sowie gegebenenfalls zivilrechtliche Relevanz ihres Verhaltens.⁵⁶ Der RH empfahl daher dem Land Salzburg als Rechtsträger des LKH Tamsweg, das Verhalten der beiden Ärzte unter diesen Gesichtspunkten zu prüfen.

Aus den gegebenen Anlässen empfahl der RH dem LKH Tamsweg, der Dienstzeiterfassung sämtlicher Bediensteten erhöhtes Augenmerk zuzuwenden und die Einhaltung der Arbeitszeiten zu kontrollieren.

- 26.3** *Laut Stellungnahme des Landes Salzburg sei die Dienstzeiterfassung aller Mitarbeiter im LKH Tamsweg seit Februar 2012 umgesetzt. Zusätzlich werde seitens der Führungskräfte täglich die Ist-Arbeitszeit im Hinblick auf Mehrleistungs- bzw. Überstunden im elektronischen Dienstzeiterfassungssystem kontrolliert. Mehrleistungs- und Überstunden würden nur aufgrund entsprechender fachlicher Begründung freigegeben werden. Stichprobenartig werde seit Februar 2012 kontrolliert, ob die seitens der Mitarbeiter getätigten Buchungen im Dienstzeiterfassungssystem mit dem tatsächlichen Arbeitseinsatz übereinstimmen. Auf die vom RH empfohlene rechtliche Würdigung des Verhaltens der beiden Ärzte ging das Land Salzburg nicht ein.*

⁵⁶ Der OGH wertet die Manipulation der Zeitkarten als Entlassungsgrund, etwa in 8 ObA 92/99h mwN.

26.4 Die Maßnahmen betreffend die Dienstzeiterfassung im LKH Tamsweg sah der RH positiv. Über das Verhalten der beiden Ärzte setzte der RH die Staatsanwaltschaft Salzburg in Kenntnis.

Obduktionen

27.1 Nach dem SKAG⁵⁷ sind in Krankenanstalten verstorbene Patienten zu obduzieren, wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder strafprozessual angeordnet worden ist oder der Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen dient (insbesondere wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffs). Ansonsten darf eine Obduktion nur bei Vorliegen der Zustimmung des Verstorbenen oder seiner nächsten Angehörigen vorgenommen werden.

Da das SKAG nur allgemein regelte, wann ein im Krankenhaus verstorbener Patient zu obduzieren war, und dies auch in Verordnungen nicht näher ausgeführt war, gingen die fünf überprüften Krankenanstalten bei Obduktionen unterschiedlich vor:

(1) Im KH Zell am See erfolgte keine Obduktion, wenn die Todesursache klar war und der Todesfall erwartet wurde. War die Todesursache unklar bzw. der Patient auf der Intensivstation verstorben, wurde eine Obduktion angeordnet. Eine gerichtsmedizinische Obduktion wurde bei jedem intraoperativen Todesfall durchgeführt.

(2) Im LKH Mittersill wurde die Notwendigkeit einer Obduktion anhand dreier Kriterien beurteilt: (a) klare Todesursache⁵⁸ – keine Obduktion; (b) unklare Todesursache ohne Verdacht auf Verschulden⁵⁹ – Obduktion durch das KH Schwarzach; (c) unklare Todesursache mit Verdacht auf Verschulden⁶⁰ – Obduktion durch die Gerichtsmedizin.

(3) Im LKH Tamsweg wurden seit 2012 alle im Krankenhaus verstorbenen Patienten obduziert. In jenen Fällen, in denen die Todesursache unklar war bzw. wenn der Tod nach einem Eingriff erfolgte, wurde eine gerichtsmedizinische Obduktion angeordnet.

(4) Im KH BBR Salzburg wurden Patienten mit bekanntem Leiden und klarer Diagnose nicht obduziert⁶¹. Bei nicht primären Todesursachen sowie bei Tod auf der Intensivstation wurde ausnahmslos obduziert.

⁵⁷ § 57 Abs. 1 SKAG

⁵⁸ z.B. längere chronische Erkrankung ohne Heilungschancen

⁵⁹ z.B. unerwarteter nicht vorhersehbarer Tod im Zuge eines stationären Aufenthalts

⁶⁰ z.B. mors in tabula

⁶¹ onkologische Fälle, Herzinsuffizienz, altersspezifische Faktoren

Sonstige Feststellungen

(5) Im KH Oberndorf wurde bei zu erwartender Todesfolge nicht, bei unklarer Todesursache immer obduziert.

- 27.2** Nach Ansicht des RH waren Obduktionen ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung des medizinischen Qualitätsniveaus. Weiters wies der RH darauf hin, dass die Obduktionsrate (Verhältnis von Obduktionen zu im Krankenhaus Verstorbenen) im Land Salzburg in den letzten Jahren deutlich unter dem Österreichschnitt lag. Der RH empfahl daher dem Land Salzburg, für die Durchführung von Obduktionen klare Regelungen zu treffen und insbesondere festzulegen, in welchen Fällen und auf wessen Anordnung hin Obduktionen in die Wege zu leiten sind.
- 27.3** *Im LKH Tamsweg würden laut Stellungnahme des Landes Salzburg einheitliche Richtlinien zur Obduktion von verstorbenen Patienten schriftlich ausgearbeitet werden.*

Getroffene Maßnahmen

- 28** Bei der Überprüfung der OP-Leistungen im LKH Tamsweg stellte der RH fest, dass ein Arzt knapp 40 % aller Operationsleistungen der Krankenanstalt erbrachte, obwohl er nur teilzeitbeschäftigt war. Neben dieser Teilzeitanstellung hatte er eine gesonderte Vereinbarung mit dem LKH Tamsweg über von ihm in das Krankenhaus eingewiesene Patienten, wofür ihm 40 % des Wertes der erbrachten Leistungskomponente der allgemeinen Gebührenklasse nach dem LKF-System zustanden.

Der RH zeigte während der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle einen potenziellen Interessenkonflikt auf, weil der Arzt im LKH Tamsweg sowohl eine unselbständige als auch eine selbständige Beschäftigung ausübte. Nach Ansicht des RH war er zusätzlich zu seiner Anstellung de facto auch als Belegarzt im LKH Tamsweg tätig. Die Empfehlung des RH, die Zusatzvereinbarung zu kündigen und das Beschäftigungsausmaß dieses Arztes zu erhöhen, setzte das LKH Tamsweg bereits während der Gebarungsüberprüfung um.

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

29 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:^{62, 63}

BMG

(1) Es wären verbindliche Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Form von Bundesqualitätsrichtlinien entsprechend den Vorgaben im Gesundheitsqualitätsgesetz zu erlassen. (TZ 3)

(2) Unter Hinweis auf die im Gesundheitsqualitätsgesetz festgelegten Verpflichtungen wäre der Aufbau eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems zügig voranzutreiben. (TZ 4)

(3) Im Interesse einer einheitlichen Qualitätsberichterstattung wäre die Entwicklung von Vorgaben auf Basis bereits bestehender Dokumentationsgrundlagen voranzutreiben. (TZ 4)

(4) Die Bemühungen zur flächendeckenden Einführung eines Indikatorenmodells wären in der Bundesgesundheitskommission voranzutreiben. (TZ 8)

(5) Im Interesse einer bundesweiten Vergleichbarkeit der Komplikationsraten sollten zentrale Vorgaben – z.B. aufbauend auf dem Indikatorenmodell (siehe TZ 8) und bereits bestehenden Registern sowie auf WHO-Vergleichsdaten – etwa in Form einer Bundesqualitätsrichtlinie erlassen werden. (TZ 14)

Land Salzburg

(6) Die Verordnung zur näheren Bestimmung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Kontrolle im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wäre umgehend zu erlassen. (TZ 5)

⁶² Die Schlussempfehlungen (1) bis (4) entsprechen im Wesentlichen den Schlussempfehlungen (6) bis (9) der vorangegangenen Gebarungüberprüfung zu diesem Thema (im LKH Salzburg sowie den KH Schwarzach und Hallein) in Reihe Bund 2012/12 bzw. Reihe Salzburg 2012/9.

⁶³ Die Schlussempfehlungen (6) und (8) entsprechen den Schlussempfehlungen (10) und (11) der vorangegangenen Gebarungüberprüfung zu diesem Thema (im LKH Salzburg sowie den KH Schwarzach und Hallein) in Reihe Bund 2012/12 bzw. Reihe Salzburg 2012/9.

(7) Folgende Qualitätsindikatoren wären in die zu erlassende Verordnung (siehe Schlussempfehlung (6)) aufzunehmen:

- Maßnahmen des Hygienemanagements (siehe auch TZ 12 und 13),
- die Erfassung von Komplikationsraten (siehe auch TZ 14),
- die Durchführung von histologischen Untersuchungen (siehe auch TZ 15),
- die Einführung von Fehlermelde- und Lernsystemen (siehe auch TZ 16),
- die Anwendung von Checklisten (siehe auch TZ 18),
- die Einführung von Standard Operating Procedures zur standardisierten Vorgangsweise im Rahmen der Tumorboardbesprechungen (siehe auch TZ 19) sowie
- pathologische Untersuchungen (siehe auch TZ 27). (TZ 10)

(8) Der Salzburger Gesundheitsfonds wäre dazu anzuhalten, die Abrechnungskriterien nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung an die Strukturqualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) anzugleichen und Leistungen, die diesen nicht entsprechen, den Fondskrankenanstalten auch nicht zu vergüten. (TZ 7)

(9) Das chirurgische und unfallchirurgische Leistungsangebot am Standort Zell am See wäre zu evaluieren sowie bei der Neuerstellung des Regionalen Strukturplans Gesundheit auf eine Konformität mit den Strukturqualitätskriterien zu achten. (TZ 21)

(10) Im LKH Mittersill wären Schilddrüsenoperationen im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien einzustellen. (TZ 21)

(11) Da im LKH Tamsweg eine Neuübernahme der Abteilung für Unfallchirurgie erst im Februar 2012 erfolgt war, wäre die Frequenzentwicklung im Bereich der Endoprothetik bezüglich der Knieoperationen und der Hüftoperationen noch einige Zeit zu beobachten und die Situation danach zu evaluieren bzw. die erforderlichen Maßnahmen zu treffen. (TZ 21)

(12) Es wären verbindliche Vorgaben zu erlassen, bei welchen Eingriffen histologische Untersuchungen durchzuführen sind. (TZ 15)

- (13) Es wären Kriterien für die Anbindung von Fachschwerpunkten an die entsprechenden Patronanzabteilungen in der zu erlassenden Verordnung über Maßnahmen der Qualitätssicherung zu formulieren, um ein einheitliches Qualitätsniveau im Bundesland Salzburg sicherzustellen. (TZ 23)
- (14) Für die Durchführung von Obduktionen wären klare Regelungen zu treffen und insbesondere festzulegen, in welchen Fällen und auf wessen Anordnung hin Obduktionen in die Wege zu leiten sind. (TZ 27)
- (15) Das Verhalten zweier Ärzte im LKH Tamsweg betreffend Zeiterfassung wäre auf die möglicherweise disziplinare und strafrechtliche sowie gegebenenfalls zivilrechtliche Relevanz zu prüfen. (TZ 26)
- Stadtgemeinde Zell
am See
- (16) Im KH Zell am See wäre im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien für die Einstellung insbesondere von Schilddrüsen-, Knie- und Brustkrebsoperationen zu sorgen. Da im Jahr 2011 auch nur mehr zwei Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse vorgenommen wurden, wäre auch diese Operation einzustellen. (TZ 21)
- Konvent der Barmherzigen Brüder vom
Hl. Johannes von
Gott
- (17) Im KH BBR Salzburg wäre eine Bereinigung des Leistungsangebots im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien des ÖSG vorzunehmen und damit ein rechtskonformer Zustand herzustellen. (TZ 22)
- Stadtgemeinde
Oberndorf
- (18) Im KH Oberndorf wären die Schilddrüsenoperationen einzustellen und die Frequenz der Pankreasoperationen zu beobachten. (TZ 21)
- KH Zell am See,
LKH Mittersill
und Tamsweg,
KH BBR Salzburg,
KH Oberndorf
- (19) Die Personalausstattung der Hygieneteams wäre – in Orientierung an den Empfehlungen des BMG – zu ergänzen. (TZ 12)
- (20) Unter Einbindung der Primärärzte der Fachabteilungen wäre auf eine systematische Erfassung und zentrale Auswertung von Komplikationen durch das Qualitätsmanagement mit anschließender Meldung an die kollegiale Führung hinzuwirken. (TZ 14)

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

- (21) Im Interesse der Patientenbehandlungssicherheit bzw. auch aus forensischen Gründen wären alle entnommenen Gewebeproben – soweit medizinisch indiziert und ökonomisch vertretbar – histologisch zu untersuchen. (TZ 15)
- (22) Es wäre so rasch wie möglich durch eine andere Krankenanstalt, wie bspw. das LKH Salzburg oder das KH Schwarzach, eine telepathologische Versorgung sicherzustellen. (TZ 21)
- KH Zell am See,
LKH Tamsweg
- (23) Für die bestmögliche Weiterbehandlung von an Krebs erkrankten Patienten wären Standard Operating Procedures auszuarbeiten, welche die weiteren Behandlungsschritte in Zusammenarbeit mit onkologischen Zentren festlegen bzw. die Transferierung an diese Zentren regeln. (TZ 19)
- LKH Mittersill,
KH BBR Salzburg,
KH Oberndorf
- (24) Es wären standardisierte interne Fehlermeldesysteme zu installieren. (TZ 16)
- KH Zell am See,
KH BBR Salzburg
- (25) Im Sinne der Transparenz und der Klarstellung von Verantwortlichkeiten wäre eine schriftliche Vereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen dem jeweiligen Fachschwerpunkt und der entsprechenden Patronanzabteilung zu schließen. (TZ 23)
- KH Zell am See
- (26) Die systematische Infektions-Surveillance wäre auf die Fachbereiche Allgemeine Chirurgie (anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“), Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikators „Kaiserschnitt“) sowie – wie bereits geplant – auf den Intensivbereich auszudehnen. (TZ 13)
- LKH Mittersill
- (27) Ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Surveillance-System wäre einzurichten. Dies sollte anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“ (Allgemeine Chirurgie) und „Knie- sowie Hüftendoprothetik“ (Orthopädie bzw. Unfallchirurgie) erfolgen. (TZ 13)

LKH Tamsweg

(28) Die schon vorhandenen Pläne für eine Infektionsüberwachung über KISS wären umzusetzen. Dies sollte anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“ (Allgemeine Chirurgie), „Knie- sowie Hüftendoprothetik“ (Orthopädie bzw. Unfallchirurgie) sowie anhand des Indikators „Kaiserschnitt“ erfolgen. (TZ 13)

(29) Das bestehende Fehlermeldesystem wäre besser zu nutzen. (TZ 16)

(30) Es wären der Dienstzeiterfassung sämtlicher Bediensteten erhöhtes Augenmerk zuzuwenden und die Einhaltung der Arbeitszeiten zu kontrollieren. (TZ 26)

KH BBR Salzburg

(31) Die systematische Infektions-Surveillance wäre auf den Fachbereich Allgemeine Chirurgie (anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“) auszudehnen. (TZ 13)

KH Oberndorf

(32) Die Einführung des ICdoc-Systems auf der Intensivstation wäre wie geplant umzusetzen und im Bereich der Allgemeinen Chirurgie auf die Kolektomie auszuweiten. (TZ 13)

ANHANG

- Anhang 1: Hals–Nasen–Ohren–Operationen
- Anhang 2: Mastektomie und Mammateilresektion
- Anhang 3: Appendektomie (OP am Blinddarm)
- Anhang 4: Hemikolon (OP am Mastdarm)
- Anhang 5: Cholezystektomie (OP der Gallenblase)
- Anhang 6: Thyreoidektomie (OP an der Schilddrüse)
- Anhang 7: Pankreatektomie (OP an der Bauchspeicheldrüse)
- Anhang 8: Sectio caesarea (Kaiserschnitt)
- Anhang 9: Arthroskopie
- Anhang 10: Totalendoprothetik der Hüfte
- Anhang 11: Totalendoprothetik des Kniegelenks

ANHANG 1: Hals-Nasen-Ohren-Operationen													
	Anzahl OP	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			Mittelwert Intensiv		
		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale			
Adenotomie (Leistungseinheit je Sitzung)													
KH Zell am See	70	17,5	9	32	13,0	3	54	2,0	1	4	0,0		
LKH Mittersill ¹	0												
LKH Tamsweg	0												
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0												
KH Oberndorf	0												
Operative Blutstillung einer Nachblutung nach Tonsillektomie/Adenotomie (Leistungseinheit je Sitzung)													
KH Zell am See	7	1,8	1	3	16,0	9	29	4,0	1	7	0,0		
LKH Mittersill ¹	0												
LKH Tamsweg	0												
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0												
KH Oberndorf	0												
Tonsillektomie (Leistungseinheit je Sitzung)													
KH Zell am See	89	22,3	10	55	23,7	9	77	4,5	1	13	1,0		
LKH Mittersill ¹	0												
LKH Tamsweg	1	1,0	1	1	17,0	17	17	3,0	3	3	0,0		
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0												
KH Oberndorf	0												

ANHANG 1: Hals-Nasen-Ohren-Operationen												
	Anzahl OP	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			Mittelwert Intensiv	
		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale		
Tonsillotomie (Leistungseinheit je Sitzung)												
KH Zell am See	29	7,3	1	18	20,1	4	44	2,0	1	3	0,0	
LKH Mittersill ¹	0											
LKH Tamsweg	0											
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0											
KH Oberndorf	0											

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 2: Mastektomie und Mammateilresektion														
	Anzahl OP	durchschnittliche			minimale			maximale			Verweildauer in Tagen			Mittelwert Intensiv
		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	
		OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten						
Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)														
KH Zell am See	2	1,0	1	1	86,0	84	88	22,0	17	27				0,0
LKH Mittersill ¹	0													
LKH Tamsweg	0													
KH Barmherzige Brüder Salzburg	19	2,7	1	8	84,2	31	142	8,6	4	20				1,0
KH Oberndorf	0													
Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)														
KH Zell am See	1	1,0	1	1	31,0	31	31	27,0	27	27				0,0
LKH Mittersill ¹	0													
LKH Tamsweg	0													
KH Barmherzige Brüder Salzburg	7	1,4	1	2	82,3	27	189	4,3	2	7				0,0
KH Oberndorf	0													
totale Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)														
KH Zell am See	1	1,0	1	1	44,0	44	44	19,0	19	19				0,0
LKH Mittersill ¹	0													
LKH Tamsweg	0													
KH Barmherzige Brüder Salzburg	6	1,2	1	2	169,5	60	399	9,0	6	12				0,0
KH Oberndorf	0													

ANHANG 2: Mastektomie und Mammateilresektion											
	Anzahl OP	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
		OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			
totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)											
KH Zell am See	0										
LKH Mittersill ¹	0										
LKH Tamsweg	0										
KH Barmherzige Brüder Salzburg	4	1,3	1	2	48,8	25	70	9,8	6	13	0,0
KH Oberndorf	0										

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 3: Appendektomie (OP am Blinddarm)													
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	
		minimale	maximale										
				Schnitt-, Nahtzeit in Minuten				Verweildauer in Tagen					
Appendektomie laparoskopisch													
KH Zell am See	2	1,0	1	1	40	72	56,0	40	72	8,5	8	9	0,0
LKH Mittersill ¹	13	2,6	1	6	39	134	67,0	39	134	5,8	2	19	0,0
LKH Tamsweg	8	4,0	3	5	24	58	32,8	24	58	3,9	2	7	0,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	76	6,9	1	14	11	189	47,8	11	189	4,9	2	22	5,2
KH Oberndorf	28	7,0	1	15	30	245	62,8	30	245	4,5	2	12	2,0
Appendektomie offen													
KH Zell am See	99	9,0	1	21	14	96	50,3	14	96	4,1	2	12	0,0
LKH Mittersill ¹	15	2,5	1	5	25	201	81,3	25	201	5,9	2	14	0,0
LKH Tamsweg	54	18,0	7	27	12	64	28,5	12	64	4,5	2	11	0,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	14	2,0	1	3	51	312	146,0	51	312	12,4	5	25	2,3
KH Oberndorf	31	3,9	1	8	20	120	47,6	20	120	3,9	1	11	2,0

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 4: Hemikolon (OP am Mastdarm)											
Anzahl OP	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	Mittelwert Intensiv
	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen				
Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose laparoskopisch (Leistungseinheit je Sitzung)											
KH Zell am See	24	8,0	4	11	181,6	95	296	15,7	11	43	2,6
LKH Mittersill ¹	0										
LKH Tamsweg	1	1,0	1	1	201,0	201	201	30,0	30	30	7,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	39	5,6	1	14	128,7	65	235	12,7	6	44	3,1
KH Oberndorf	12	3,0	1	7	167,9	130	225	9,6	6	20	2,3
Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose offen											
KH Zell am See	5	1,7	1	3	175,4	94	270	19,0	12	29	2,0
LKH Mittersill ¹	2	1,0	2	2	252,5	211	294	34,0	17	51	3,5
LKH Tamsweg	3	3,0	3	3	130,0	78	160	21,0	13	27	6,3
KH Barmherzige Brüder Salzburg	15	3,0	1	8	139,7	67	316	17,1	10	38	5,8
KH Oberndorf	0										
Resektion des linken Hemikolon ohne primäre Anastomose											
KH Zell am See	5	1,7	1	2	143,6	44	232	21,2	16	26	1,0
LKH Mittersill ¹	1	1,0	1	1	238,0	238	238	3,0	3	3	3,0
LKH Tamsweg	0										
KH Barmherzige Brüder Salzburg	4	2,0	2	2	150,5	62	259	50,5	23	125	11,0
KH Oberndorf	2	2,0	2	2	168,5	105	232	17,5	11	24	0,0

ANHANG 4: Hemikolon (OP am Mastdarm)													
	Anzahl OP	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten				Verweildauer in Tagen				Mittelwert Intensiv
		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale			
Resektion des rechten Hemikolon offen													
KH Zell am See	7	1,8	1	2	116,1	90	149	16,4	9	31		3,2	
LKH Mittersill ¹	1	1,0	1	1	119,0	119	119	13,0	13	13		4,0	
LKH Tamsweg	0												
KH Barmherzige Brüder Salzburg	19	3,2	1	8	113,3	39	198	27,3	12	49		6,7	
KH Oberndorf	11	3,7	2	6	182,2	140	280	14,1	10	18		3,1	

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 5: Cholezystektomie (OP der Gallenblase)												
Anzahl OP	durchschnittliche	minimale	maximale	OP-Anzahl je Arzt			durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale
				durchschnittliche	minimale	maximale						
				Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen					
Cholezystektomie laparoskopisch												
KH Zell am See	90	15,0	7	27	63,6	23	336	5,3	3	17	2,0	2,0
LKH Mittersill ¹	19	3,2	1	6	96,2	50	185	8,0	4	32	2,0	2,0
LKH Tamsweg	32	10,7	4	22	63,4	27	164	9,2	3	39	0,0	0,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	190	21,1	3	44	75,9	19	650	6,6	2	37	2,8	2,8
KH Oberndorf	86	14,3	1	35	74,4	30	333	5,2	2	18	2,3	2,3
Cholezystektomie offen												
KH Zell am See	8	2,7	2	4	77,8	42	116	17,8	7	36	1,7	1,7
LKH Mittersill ¹	1	1,0	1	1	208,0	208	208	11,0	11	11	0,0	0,0
LKH Tamsweg	5	2,5	2	3	66,8	18	107	17,0	9	30	0,0	0,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	12	3,0	1	5	142,3	37	287	26,1	12	54	5,5	5,5
KH Oberndorf	16	5,3	2	10	193,1	50	495	21,9	10	37	5,5	5,5
Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)												
KH Zell am See ²	0											
LKH Mittersill ¹	0											
LKH Tamsweg	4	4,0	4	4	34,3	24	40	16,5	8	34	0,0	0,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	3	1,0	1	1	34,0	25	51	31,0	5	54	1,0	1,0
KH Oberndorf	9	4,5	1	8	59,2	25	115	8,1	5	13	0,0	0,0

ANHANG 5: Cholezystektomie (OP der Gallenblase)												
	Anzahl OP	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			Mittelwert Intensiv	
		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale		
Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP												
KH Zell am See ²	0											
LKH Mittersill ¹	0											
LKH Tamsweg	0											
KH Barmherzige Brüder Salzburg	3	1,5	1	2	101,7	90	123	17,7	12	25	3,0	
KH Oberndorf	5	5,0	5	5	57,0	25	115	9,0	5	14	0,0	
Gallengangsrevision offen												
KH Zell am See	9	4,5	4	5	142,0	73	177	20,2	8	33	3,0	
LKH Mittersill ¹	0											
LKH Tamsweg	0											
KH Barmherzige Brüder Salzburg	2	1,0	1	1	60,0	90	90	23,0	12	34	3,0	
KH Oberndorf	3	1,5	1	2	108,3	80	130	27,7	14	45	9,0	

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

² Im KH Zell am See wurden die ERCP nicht im OP-Saal vorgenommen, weshalb keine Dokumentation als Operation erfolgte. 2011 wurden insgesamt rd. 130 derartige Eingriffe durchgeführt.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 6: Thyreoidektomie (OP an der Schilddrüse)														
	Anzahl OP	durchschnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv									
partielle Thyreoidektomie														
KH Zell am See	0													
LKH Mittersill ¹	2	1,0	1	2	140,5	128	153	4,5	4	5	4,5	4	5	1,5
LKH Tamsweg	0													
KH Barmherzige Brüder Salzburg	24	4,0	1	7	84,2	36	175	5,0	2	10	5,0	2	10	1,0
KH Oberndorf	2	2,0	2	2	96,5	85	108	3,5	3	4	3,5	3	4	0,0
totale Thyreoidektomie														
KH Zell am See	0													
LKH Mittersill ¹	1	1,0	1	1	167,0	167	167	17,0	17	17	17,0	17	17	2,0
LKH Tamsweg	0													
KH Barmherzige Brüder Salzburg	14	2,8	1	4	74,3	21	182	5,3	3	9	5,3	3	9	1,0
KH Oberndorf	4	4,0	4	4	128,0	107	160	3,8	3	5	3,8	3	5	0,0
totale Thyreoidektomie mit Lymphadenektomie														
KH Zell am See	0													
LKH Mittersill ¹	0													
LKH Tamsweg	0													
KH Barmherzige Brüder Salzburg	3	1,0	1	1	78,7	55	95	4,3	3	5	4,3	3	5	1,0
KH Oberndorf	0													

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 7: Pankreatektomie (OP an der Bauchspeicheldrüse)												
	Anzahl OP	durchschnittliche			minimale			maximale			Mittelwert Intensiv	
		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale		
		OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen				
Pankreasteilresektion links offen												
KH Zell am See	1	1,0	1	1	82,0	82	82	12,0	12	12	1,0	
LKH Mittersill ¹	0											
LKH Tamsweg	0											
KH Barmherzige Brüder Salzburg	4	1,3	1	2	198,0	87	316	15,3	12	18	4,0	
KH Oberndorf	1	1,0	1	1	255,0	255	255	17,0	17	17	2,0	
partielle Duodenopankreatektomie												
KH Zell am See	0											
LKH Mittersill ¹	0											
LKH Tamsweg	0											
KH Barmherzige Brüder Salzburg	3	1,5	1	2	341,0	268	389	34,7	12	69	7,0	
KH Oberndorf	3	3,0	3	3	420,0	355	495	35,3	29	45	6,0	

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 8: Sectio caesarea (Kaiserschnitt)												
	Anzahl OP	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			Mittelwert Intensiv	
		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale		
KH Zell am See	98	16,3	4	27	43,7	22	70	6,9	1	12	0,0	
LKH Mittersill ¹	0											
LKH Tamsweg	28	9,3	8	12	39,1	27	80	6,0	4	9	0,0	
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0											
KH Oberndorf	0											

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 9: Arthroskopie												
	Anzahl OP	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	Mittelwert Intensiv
Arthroskopische Operation des Kniegelenks												
KH Zell am See	277	30,8	1	66	21,8	5	145	3,4	1	13	0,0	
LKH Mittersill ¹	76	6,9	1	21	46,2	14	153	3,2	1	12	0,0	
LKH Tamsweg	133	13,3	1	61	31,3	10	104	4,5	1	53	0,0	
KH Barmherzige Brüder Salzburg	45	15,0	1	30	28,0	11	106	2,2	1	5	0,0	
KH Oberndorf	332	30,2	1	105	29,0	8	251	2,2	1	9	2,0	
Arthroskopische Operation des Schultergelenks²												
KH Zell am See	11	3,7	2	7	41,6	16	65	7,3	3	25	0,0	
LKH Mittersill ¹	14	4,7	4	5	50,6	22	84	3,9	2	6	0,0	
LKH Tamsweg	53	17,7	1	45	40,8	10	104	3,3	1	10	0,0	
KH Barmherzige Brüder Salzburg	12	12,0	12	12	36,0	12	76	3,2	2	8	0,0	
KH Oberndorf	3	3,0	3	3	68,0	45	95	3,0	3	3	0,0	
diagnostische Arthroskopie des Kniegelenks												
KH Zell am See	4	1,3	1	2	9,5	5	15	3,5	3	4	0,0	
LKH Mittersill ¹	0											
LKH Tamsweg	0											
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0											
KH Oberndorf	10	5,0	1	9	45,7	18	130	2,3	1	4	0,0	

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

² betrifft nur die MEL ME060

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 10: Totalendoprothetik der Hüfte											
	Anzahl OP	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
		OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			
Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks											
KH Zell am See ²	1	1,0	1	1	136,0	136	136	12,0	12	12	0,0
LKH Mittersill ¹	3	1,5	1	2	185,0	147	251	20,7	12	33	3,0
LKH Tamsweg	3	1,0	1	1	134,0	57	180	26,0	14	46	2,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0										
KH Oberndorf	0										
Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks											
KH Zell am See ²	12	6,0	3	9	91,6	56	124	12,9	9	22	1,0
LKH Mittersill ¹	32	8,0	1	15	91,6	45	143	14,8	0	34	1,4
LKH Tamsweg	50	10,0	1	21	83,4	52	180	18,7	8	44	1,4
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0										
KH Oberndorf	175	35,0	7	71	67,5	32	165	13,8	5	53	1,9
Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks											
KH Zell am See	0										
LKH Mittersill ¹	1	1,0	1	1	220,0	220	220	32,0	32	32	3,0
LKH Tamsweg	1	1,0	1	1	148,0	148	148	24,0	24	24	5,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0										
KH Oberndorf	0										

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

² ausschließlich akute Eingriffe im Rahmen der Unfallchirurgie

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 11: Totalendoprothetik des Kniegelenks												
Anzahl OP	durchschnittliche	minimale	maximale	OP-Anzahl je Arzt			durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale
				durchschnittliche	maximale	minimale						
				Verweildauer in Tagen								
				Schnitt-, Nahtzeit in Minuten								
Explantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks												
KH Zell am See	0											
LKH Mittersill ¹	3	1,5	1	2	145,0	70	237	24,0	11	48	3,0	
LKH Tamsweg	2	2,0	2	2	160,0	130	190	53,5	15	92	1,0	
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0											
KH Oberndorf	4	2,0	1	3	100,0	10	150	17,3	13	25	2,0	
Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks												
KH Zell am See	10	5,0	4	6	121,1	99	136	15,1	9	31	0,0	
LKH Mittersill ¹	45	15,0	1	25	107,4	53	152	16,6	8	39	1,7	
LKH Tamsweg	35	8,8	1	15	103,3	51	179	15,2	9	44	1,1	
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0											
KH Oberndorf	304	43,4	1	134	85,5	35	280	13,5	4	39	2,0	
Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks												
KH Zell am See	0											
LKH Mittersill ¹	0											
LKH Tamsweg	1	1,0	1	1	204,0	204	204	11,0	11	11	1,0	
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0											
KH Oberndorf	4	2,0	1	3	100,0	10	150	17,3	13	25	2,0	

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH