

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten- behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____	212
Abkürzungsverzeichnis _____	214
Glossar _____	216

BMG**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit****Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in
burgenländischen Krankenanstalten**

KURZFASSUNG _____	224
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	233
Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten _____	234
Qualitätsindikatoren in Deutschland _____	247
Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten _____	250
Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe _____	305
Sonstige Feststellungen _____	320
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen _____	331
ANHANG Anhang 1 bis 12 _____	341

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht Strukturqualitätskriterien ÖSG _____	241
Tabelle 2:	Deutsche Qualitätsindikatoren für die Cholezystektomie mit Referenzwerten und Ergebnissen 2010, 2011 _____	248
Tabelle 3:	Festgelegte Mindestmengen in Deutschland für 2013 _____	249
Tabelle 4:	Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung der Hygieneteams (PROHYG 2.0) _____	252
Tabelle 5:	Personalausstattung des Hygieneteams im KH Güssing _____	254
Tabelle 6:	Personalausstattung des Hygieneteams im KH Kittsee _____	254
Tabelle 7:	Personalausstattung des Hygieneteams im KH Oberpullendorf _____	255
Tabelle 8:	Personalausstattung des Hygieneteams im KH Oberwart _____	256
Tabelle 9:	Personalausstattung des Hygieneteams im KH BBR Eisenstadt _____	256
Tabelle 10:	Erfassung von Komplikationen im KH Güssing _____	265
Tabelle 11:	Erfassung von Komplikationen im KH Kittsee _____	265
Tabelle 12:	Erfassung von Komplikationen im KH Oberpullendorf _____	266
Tabelle 13:	Erfassung von Komplikationen im KH Oberwart _____	267
Tabelle 14:	Erfassung von Komplikationen im KH BBR Eisenstadt _____	268
Tabelle 15:	Ausgewählte Eingriffe _____	305

Tabelle 16:	Thyreoidektomien in den KH Güssing und Oberpullendorf 2010 bis 2012 _____	308
Tabelle 17:	Eingriffe am Pankreas in den KH Kittsee und Oberwart sowie im KH BBR Eisenstadt 2010 bis 2012 _____	309
Tabelle 18:	Brustkrebsoperationen in den KH Kittsee und Oberwart 2010 bis 2012 _____	309
Tabelle 19:	Reduzierte Organisationsformen in burgenländischen Krankenanstalten _____	312
Tabelle 20:	Kniearthroskopien und Teilendoprothetik Hüfte im KH Oberpullendorf 2010 bis 2012 _____	314
Tabelle 21:	Verweildauer im OP-Bereich 2012 _____	317
Tabelle 22:	Wartezeit zwischen Anästhesiebeginn und erstem Hautschnitt 2012 _____	319
Abbildung 1:	Klinische Obduktionsraten (= Anteil der Obduktionen an allen im KH Verstorbenen) in burgenländischen Krankenanstalten 2010 bis 2012 _____	326

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
A-IQI	Indikatorenmodell „Austrian Inpatient Quality Indicators“
AKH Wien	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus
Art.	Artikel
BGBL.	Bundesgesetzblatt
Bgl. KAG 2000	Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.
bzw.	beziehungsweise
CIRS	Critical Incident Reporting Systems
CML	chronische myeloische Leukämie
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
etc.	et cetera
EUR	Euro
(f)f.	folgende
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GP	Gesetzgebungsperiode
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Hrsg.	Herausgeber
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IT	Informationstechnologie
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.
KH	Krankenhaus(häuser)
KH BBR Eisenstadt	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt

KH Güssing	Krankenhaus Güssing
KH Kittsee	Ladislaus Batthyány-Strattmann Krankenhaus Kittsee
KH Oberpullendorf	Krankenhaus Oberpullendorf
KH Oberwart	Krankenhaus Oberwart
KRAGES	Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft m.b.H.
LAKAP	Landeskrankenanstaltenplan
leg.cit.	legis citatae (der zitierten Vorschrift)
LGBL	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
Mio.	Million(en)
Nr.	Nummer
ÖGC	Österreichische Gesellschaft für Chirurgie
OGH	Oberster Gerichtshof
ÖGGH	Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie
ÖGHO	Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Onkologie
ONKA	assoziierte onkologische Versorgung
ONKS	Onkologischer Schwerpunkt
ONKZ	Onkologisches Zentrum
OP	Operation(ssaal)
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
TILAK	Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Glossar

Adenotomie

operative Entfernung der vergrößerten Rachenmandel

Appendektomie

operative Entfernung des Blinddarms

Arthroskopie

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

Benchmarking

vergleichende Analyse von Ergebnissen oder Prozessen mit einem festgelegten Bezugswert oder Vergleichsprozess

Cholezystektomie

operative Entfernung der Gallenblase

chronische myeloische Leukämie (CML)

chronische Leukämie, die mit einer starken Vermehrung von weißen Blutkörperchen im Blut und im blutbildenden Knochenmark einhergeht

Clostridium Difficile

sporen- und toxinbildendes grampositives Stäbchenbakterium, eines der häufigsten Krankenhauskeime

Disease Management Programm

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

dislozierte Tagesklinik

Tagesklinik, welche an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden ist

elektiv

Eingriffe, die nicht wirklich dringend notwendig sind (Wahloperationen) bzw. Operationen, deren Zeitpunkt man fast frei wählen kann

Endoskop(ie)

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

ERCP

Verfahren zur Diagnose und Therapie eines Gallestaus durch Gallensteine oder Engstellen im Bereich der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge sowie Tumoren

Hämatologie

Lehre von der Physiologie, Pathophysiologie und den Krankheiten des Blutes sowie der blutbildenden Organe

Hämatologie und Internistische Onkologie (Hämatoonkologie)

Prävention, Früherkennung, Molekularpathologie, Diagnostik und nicht-chirurgische Behandlung einschließlich der Knochenmark- bzw. Stammzelltransplantation, immunologischer und gentherapeutischer Verfahren von malignen und nichtmalignen Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe

Hernie

Austritt von Eingeweiden aus der Bauchhöhle durch eine angeborene oder erworbene Lücke in den tragenden Bauchwandschichten

interdisziplinär

verschiedene medizinische Fachrichtungen umfassend

intraoperativ

während einer Operation

Konsiliararzt, konsiliarärztlich

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

laparoskopisch

Hineinsehen und Operieren in Körperhöhlen mit Hilfe von Endoskopen

Letalität

Sterblichkeit bei einer Erkrankung

maligne Erkrankung

bösartige Erkrankung

Mamma

Brust

Mammographie

spezielle Röntgenuntersuchung der Brust

Mikrobiologie

Lehre von krankheitserregenden Mikroorganismen (Bakterien, Pilze, Protozoen)

MRSA

Methicillinresistenter Staphylococcus aureus – eine durch den breiten Einsatz von Antibiotika zunehmend auftretende resistente Staphylokokkenart, häufig Verursacher von nosokomialen Infektionen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen

Myokardinfarkt

Herzinfarkt

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

Pneumonie

akute oder chronische Entzündung des Lungengewebes

postoperativ

nach einer Operation

Sarkom

seltener bösartiger Tumor, der entweder vom Weichteilgewebe (z.B. Bindegewebe, Muskelgewebe, Fettgewebe) oder vom Knochen ausgeht

Satellitendepartment

dezentrale, kleine Versorgungseinheit an einem anderen Krankenanstalten-Standort im organisatorischen Verbund mit der Mutterabteilung einer zumeist größeren Krankenanstalt

Sectio Caesarea

Entbindung mittels Kaiserschnitt

(Strahlentherapie-)Radioonkologie

medizinisches Fachgebiet, das sich mit der medizinischen Anwendung von ionisierender Strahlung auf den Menschen beschäftigt, um Krankheiten zu heilen oder deren Fortschreiten zu verzögern

Telepathologie

Interpretation von fernübertragenen digitalisierten Mikroskop- und Laborbefunden von einem Facharzt für Pathologie unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz

Thyreoidektomie

operative Entfernung der Schilddrüse

Tonsillektomie

vollständige chirurgische Entfernung der Gaumenmandeln

Tonsillotomie

chirurgische Teilentfernung der Gaumenmandeln

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

Zystektomie

operative Entfernung der Harnblase

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 Patienten- behandlung in burgenländischen 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. 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 burgenländischen Krankenanstalten (Krankenhäuser Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart sowie das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt) erfassten im eigenen Interesse bestimmte Qualitätsparameter (z.B. Komplikationen). Die Personalausstattung der Hygieneteams war in keiner der überprüften Krankenanstalten ausreichend. Interne, standardisierte Fehlermeldesysteme waren zwar in allen fünf Krankenanstalten vorgesehen bzw. wurden implementiert, sie blieben jedoch teilweise ungenutzt. Die Qualitätsdaten der überprüften Krankenanstalten wurden nicht einheitlich erfasst und waren daher schwer vergleichbar.

Alle fünf Krankenanstalten erbrachten onkologische Leistungen, ohne dass dafür nachvollziehbare Festlegungen der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie schriftliche Kooperationsvereinbarungen vorlagen. Die Anbindung der Fachschwerpunkte und dislozierten Tageskliniken an entsprechende Fachabteilungen anderer Krankenanstalten war hingegen gut geregelt.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungüberprüfung war es, im Krankenhaus Güssing (KH Güssing), im Ladislaus Batthyány–Strattmann Krankenhaus Kittsee (KH Kittsee), in den Krankenhäusern Oberpullendorf und Oberwart (KH Oberpullendorf und Oberwart) sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt (KH BBR Eisenstadt) die Umsetzung der im Gesundheitsqualitätsgesetz und in den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften des Bundes und des Landes Burgenland 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. Das BMG erließ erst drei Bundesqualitätsleitlinien. (TZ 3, 4)

Im Bereich „Heil- und Pflegeanstalten“ liegt die Grundsatzgesetzgebung beim Bund; Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung kommen den Ländern zu. Demnach waren für die Qualitätssicherung in den KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart (Rechtsträgerin: Burgenländische Krankenanstalten–Gesellschaft m.b.H. – KRAGES) sowie im KH BBR Eisenstadt (Rechtsträger: Konvent der Barmherzigen Brüder) sowohl das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) als auch das Burgenländische Krankenanstaltengesetz 2000 einschlägig. Laut diesem sind die Rechtsträger von Krankenanstalten im Burgenland verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und die zu ihrer Durchführung notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Ebenso waren die Rechtsträger, der Vorgabe im Grundsatzgesetz entsprechend, zur Teilnahme an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung verpflichtet. (TZ 5)

Die im ÖSG festgelegten fach- und leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien waren grundsätzlich geeignet, zur Sicherung der Strukturqualität in den österreichischen Krankenanstalten beizutragen. (TZ 6)

Die Abgeltung stationärer Leistungen durch den Landesgesundheitsfonds war bisher nicht an die Einhaltung der Strukturqualitätskriterien gebunden. Dies stand in Widerspruch zu dem in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgelegten Grundsatz, die Erbringung und Verrechenbarkeit stationärer Leistungen von der Einhaltung der essentiellen Qualitätsstandards abhängig zu machen. Der Landeskrankenanstaltenplan aus dem Jahr 2008 war mit den Strukturplanungen auf Bundes- und auf Landesebene unzureichend abgestimmt und nicht aktuell. (TZ 7)

Im Jahr 2011 beschloss die Bundesgesundheitskommission ein Projekt zur Einführung eines Indikatorenmodells zur Ergebnisqualitätsmessung „Austrian Inpatient Quality Indicators“ (A-IQI) in allen österreichischen Krankenanstalten. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 entschieden sich Bund, Länder und Sozialversicherungsträger, dieses Modell unter Anwendung von Peer-Review-Verfahren und unter Ergänzung von Qualitätsregistern auf Bundesebene fortzusetzen und auszubauen. (TZ 8)

Qualitätssicherung in
den fünf überprüften
Krankenanstalten

Die ARGE Hygiene Burgenland, in der die Hygieneteams aller fünf überprüften Krankenanstalten vertreten waren, war rechtsträgerübergreifend tätig. Für alle burgenländischen Krankenanstalten geltende Vorgaben des Landes Burgenland für Hygienemaßnahmen bei Krankenanstaltenbauten bestanden nicht. (TZ 12)

Die tatsächliche Personalausstattung der Hygieneteams entsprach in keiner der überprüften Krankenanstalten den Empfehlungen des BMG im Dokument PROHYG 2.0. Dringender Handlungsbedarf war insbesondere dort gegeben, wo diese Empfehlungen nicht einmal zu 50 % erreicht wurden. Dies war bezüglich der hygienebeauftragten Ärzte in allen Krankenanstalten der Fall, nämlich zu 14 % im KH Güssing, zu 17 % im KH Kittsee, zu 27 % im KH Oberpullendorf, zu 21 % im KH Oberwart und zu rd. 13 % im KH BBR Eisenstadt. Bezüglich der Hygienefachkräfte wurden die Empfehlungen des BMG ebenfalls verfehlt, die Istwerte lagen in einer Bandbreite von rd. 53 % im KH BBR Eisenstadt bis rd. 85 % im KH Oberwart. Im Unterschied zu den anderen überprüften Krankenanstalten sah das KH BBR Eisenstadt weder für den Hygienebeauftragten noch für die Hygienefachkraft einen Stellvertreter vor. (TZ 13)

Die Erlassung von Ausführungsbestimmungen im Burgenländischen Krankenanstaltengesetz 2000 betreffend die Verpflichtung zur Einrichtung eines Systems der Überwachung von Infektionen in Krankenanstalten erfolgte erst rund vier Jahre nach Ablauf der grundsätzlich vorgesehenen Frist. Keine der vier Krankenanstalten der KRAGES kam ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Infektions-Surveillance nach; die KRAGES war jedoch bemüht, eine einheitliche Softwarelösung als Grundlage für eine kohärente Vorgehensweise in den einzelnen Krankenanstalten einzuführen. (TZ 14)

Im KH BBR Eisenstadt bestand an den Fachabteilungen für Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Kinderheilkunde an der neonatologischen Intensivstation keine Infektions-Surveillance nach einem dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Überwachungssystem. Für 2014 war die Einführung einer Überwachung für die Intensivstation geplant. Eine Ausweitung der Infektionserfassung auf diese Fachbereiche war notwendig, um – wie vom Gesetzgeber gefordert – besondere Risikobereiche innerhalb einer Krankenanstalt abdecken zu können. (TZ 14)

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. (TZ 15)

Das Burgenländische Krankenanstaltengesetz 2000 sah im Unterschied etwa zum Wiener Krankenanstaltengesetz nicht vor, dass alle durch diagnostische und therapeutische Eingriffe gewonnenen Zellen und Gewebe einer zytologischen bzw. histopathologischen Untersuchung zuzuführen sind. Dennoch wurden in allen fünf Krankenanstalten bei den überprüften allgemeinchirurgischen Eingriffen histologische Untersuchungen flächendeckend vorgenommen. Im Bereich der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ordnete das KH BBR Eisenstadt allerdings bei bestimmten Patientengruppen nur bei klinisch auffälligem Befund histologische Untersuchungen an. (TZ 16)

Alle fünf überprüften Krankenanstalten verfügten entweder bereits über interne Fehlermeldesysteme oder diese befanden sich in der Implementierungsphase; teilweise blieben solche Systeme jedoch ungenutzt. (TZ 17)

Die vier Krankenhäuser der KRAGES verwendeten unterschiedliche OP-Checklisten; diese entsprachen nur teilweise den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Das KH BBR Eisenstadt verwendete eine OP-Checkliste entsprechend jener der WHO. Im KH Güssing überprüfte das Qualitätsmanagement quartalsmäßig im Rahmen stichprobenartiger Kontrollen der Krankengeschichten, ob die OP-Checkliste in den Krankenakten vorhanden und korrekt ausgefüllt war. (TZ 19)

Der Regionale Strukturplan Gesundheit sah die KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf als assoziierte onkologische Versorgung und das KH Oberwart als Onkologischen Schwerpunkt vor. Das KH BBR Eisenstadt war ebenfalls als Onkologischer Schwerpunkt eingestuft. Das Krankenhaus verfügte jedoch über kein entsprechendes Institut für Pathologie. Die pathologische Versorgung erfolgte über externe Zusammenarbeit, in deren Rahmen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung u.a. an vier Halbtagen pro Woche ein Pathologe vor Ort zur Verfügung gestellt wurde. Der aus dem Jahr 2008 stammende Landeskrankenanstaltenplan war nicht aktuell und wies die onkologische Versorgungsstruktur im Burgenland nicht aus. (TZ 20, 37)

Laut ÖSG hatte der Krankenanstaltenträger unter Berücksichtigung der definierten Qualitätskriterien und der Behandlungssicherheit festzulegen, welche Abteilung für welche onkologischen Leistungen zuständig und verantwortlich ist; der Begriff „Leistung“ war im ÖSG nicht definiert. Alle fünf überprüften Krankenanstalten waren onkologisch tätig, ohne dass dafür nachvollziehbare Festlegungen der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten vorlagen. Insbesondere zur Gewährleistung höchstmöglicher Patientenbehandlungssicherheit, aber auch zur Optimierung von Arbeits- und Prozessabläufen in der gesamten Behandlungskette, erachtete der RH solche Festlegungen für die onkologische Versorgung im Land Burgenland unter Einhaltung der im ÖSG definierten Qualitätskriterien für unabdingbar. (TZ 21)

Die überprüften Krankenhäuser schlossen keine schriftlichen Kooperationsvereinbarungen mit Onkologischen Zentren bzw. Schwerpunkten ab, obwohl diese im Interesse der Sicherstellung der Patientenbehandlungsqualität unerlässlich sind. (TZ 22)

Der ÖSG sah Tumorboards explizit in Onkologischen Schwerpunkten und Zentren vor, nicht jedoch in Krankenanstalten mit einer assoziierten onkologischen Versorgung; diese waren zu einer institutionalisierten Zusammenarbeit mit dem Tumorboard des kooperierenden Onkologischen Schwerpunkts oder Zentrums verpflichtet. (TZ 23)

Für alle vier überprüften Krankenanstalten der KRAGES bestand ein gemeinsames interdisziplinäres Tumorboard; es wurde nur vierzehntägig in Form einer gemeinsamen Videokonferenz aller vier Krankenanstalten abgehalten. Die vom ÖSG vorgesehene abgestufte Versorgungsstruktur (in den KRAGES-Krankenhäusern: Das KH Oberwart als Onkologischer Schwerpunkt und die anderen KRAGES-Krankenhäuser als assoziierte onkologische Versorgungsungen) sowie die damit verbundenen Entscheidungskompetenzen wurden in der Geschäftsordnung Tumorboard nicht abgebildet; weiters war diese Geschäftsordnung ergänzungsbedürftig. Im KH BBR Eisenstadt bestand ebenfalls ein interdisziplinäres Tumorboard, das wöchentlich stattfand. Detaillierte schriftliche Verfahrens- bzw. Arbeitsanweisungen dafür bestanden nicht. (TZ 23)

Die überprüften Krankenhäuser hielten die Vorgaben des ÖSG über die Zusammensetzung des Tumorboards nicht durchgängig ein, wodurch die im Sinne der Patientenbehandlungssicherheit geforderte Interdisziplinarität nicht (immer) gegeben war. (TZ 24)

Im Tumorboard der KRAGES erfolgte keine lückenlose Anmeldung aller an Krebs erkrankter Patienten. Sogenannte „Routinefälle“ waren zwar im Tumorboard anzumelden, jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen dort zu besprechen. Im Sinne der Sicherstellung der Patientenbehandlungsqualität bestand Handlungsbedarf hinsichtlich der Definition von Routinefällen, deren Behandlung sowie des Auswahlverfahrens für eine Vorstellung im Tumorboard. Die im KH BBR Eisenstadt praktizierte Vorgangsweise bestimmter Abteilungen, Standardfälle nicht im Tumorboard anzumelden bzw. vorzustellen, stand in einem Spannungsverhältnis zum Wortlaut des ÖSG, wonach „... jede Person mit einer malignen Neuerkrankung im Tumorboard anzumelden war ...“. (TZ 25)

Die Dokumentation der Tumorboards in den überprüften Krankenanstalten war teilweise nicht geeignet, das ÖSG-gemäße Zustandekommen seiner Beschlüsse nachzuweisen. Vor allem im Interesse der Gewährleistung höchstmöglicher Patientenbehandlungssicherheit ist eine nachvollziehbare und umfassende Dokumentation der Tumorboardbeschlüsse unabdingbar. (TZ 26)

Trotz europäischer Übereinkommen und internationaler Empfehlungen hatte Österreich noch kein Nationales Krebsprogramm. (TZ 27)

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 28, 29)

Die Anzahl der Thyreoidektomien (totale oder teilweise Entfernung der Schilddrüse) lag in den KH Güssing und Oberpullendorf im mehrjährigen Durchschnitt unter den im ÖSG enthaltenen Mindestfrequenzen. (TZ 29)

Thyreoidektomien in den KH Güssing und Oberpullendorf 2010 bis 2012						
	2010	2011	2012	Durchschnitt 2010 bis 2012	Mindest- frequenz ¹	erreicht zu
	Anzahl					in %
KH Güssing	12	17	16	15,0	30	50
KH Oberpullendorf	23	16	19	19,3	30	64

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KRAGES; RH

In den KH Kittsee (30 %) und Oberwart (23 %) sowie im KH BBR Eisenstadt (67 %) wurden die Mindestfrequenzen des ÖSG hinsichtlich der Eingriffe am Pankreas (Bauchspeicheldrüse) im mehrjährigen Durchschnitt verfehlt. (TZ 29)

Eingriffe am Pankreas in den KH Kittsee und Oberwart sowie im KH BBR Eisenstadt 2010 bis 2012						
	2010	2011	2012	Durchschnitt 2010 bis 2012	Mindest- frequenz ¹	erreicht zu
	Anzahl					in %
KH Kittsee	3	1	5	3,0	10	30
KH Oberwart	2	2	3	2,3	10	23
KH BBR Eisenstadt	5	9	6	6,7	10	67

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KRAGES; KH BBR Eisenstadt; RH

In den KH Kittsee und Oberwart lag darüber hinaus auch die Zahl der Brustkrebsoperationen im mehrjährigen Durchschnitt unter den im ÖSG enthaltenen Mindestfrequenzen. Allerdings war die Erbringung solcher Eingriffe seit 2013 für die Versorgungsregion Burgenland Nord im KH BBR Eisenstadt und für die Versorgungsregion Burgenland Süd im KH Güssing zentriert. (TZ 29)

Für die Erbringung bestimmter Leistungen müssen Krankenanstalten laut ÖSG-Strukturqualitätskriterien über die Möglichkeit einer intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts verfügen. Für die vier Krankenhäuser der KRAGES wurde dies durch die Abteilung für Pathologie im KH Oberwart, für das KH BBR Eisenstadt durch ein externes Labor für Pathologie sichergestellt. (TZ 29)

Die Anbindung der Fachschwerpunkte und dislozierten Tageskliniken an entsprechende Fachabteilungen anderer Krankenanstalten beurteilte der RH positiv. Die Aufgaben der Patronanzabteilungen waren in Kooperationsvereinbarungen klar geregelt und bezüglich der Visitationen zusätzlich in Leitfäden und Checklisten zusammengefasst. Visitationen der Fachschwerpunkte wurden allerdings nicht immer – wie in den Kooperationsvereinbarungen vorgesehen – durchgeführt. (TZ 30)

Im KH Oberpullendorf wurden auch stationäre Leistungen erbracht, für die im Burgenland laut den Strukturqualitätskriterien des ÖSG bzw. gemäß dem Landeskrankenanstaltenplan die Fachabteilungen für Unfallchirurgie im KH BBR Eisenstadt und im KH Oberwart zuständig waren. (TZ 30)

Die Zeitmarken für Operationen wurden im KH Oberwart sowie im KH BBR Eisenstadt elektronisch erfasst, in den KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf erfolgte die OP-Dokumentation noch in Papierform. (TZ 31)

Die Verweildauern im OP-Bereich (Zeitraum zwischen Ein- und Ausschleusen abzüglich Schnitt-Naht-Zeiten) waren speziell bei zwei überprüften Eingriffen (Arthroskopie am Knie und Implantation einer Totalendoprothese Hüfte) im KH Oberwart deutlich höher als im KH BBR Eisenstadt. Bei der Wartezeit im OP zwischen Einleitung der Narkose und Beginn der Operation wiesen die überprüften Krankenhäuser beim Mittelwert ähnliche Ergebnisse auf. (TZ 32, 33)

Sonstige
Feststellungen

Anders als das KH BBR Eisenstadt verfügte die KRAGES über keine schriftliche Qualitätsstrategie. Auf Ebene der Geschäftsführung der KRAGES war kein Mitarbeiter explizit für Qualitätsmanagement des Gesamtunternehmens zuständig. Die gesetzlich vorgesehenen Qualitätssicherungskommissionen waren in allen überprüften Krankenanstalten eingerichtet, jedoch teilweise nicht vollständig besetzt. Die Vorgangsweisen der Qualitätssicherungskommissionen waren in den Krankenanstalten der KRAGES nicht einheitlich geregelt. (TZ 34)

Alle überprüften Krankenanstalten führten Patientenbefragungen durch. Im Unterschied zur KRAGES, wo die daraus resultierenden Maßnahmenentscheidungen und die Umsetzungsverantwortung auf Ebene der Abteilungsleitungen vorgesehen waren, sah das KH BBR Eisenstadt eine Einbindung der kollegialen Führung in die Maßnahmensetzung vor. Diese hat auch nach dem Burgenländischen Krankenanstaltengesetz 2000 die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. Beim KH BBR Eisenstadt betrafen jedoch, mangels entsprechender Fragestellungen, die aus den Beantwortungen abgeleiteten Maßnahmen die Behandlungsqualität kaum. (TZ 35)

Während die gerichtlichen Obduktionsraten im Burgenland und in Österreich nahezu gleich blieben, sank die Anzahl der klinischen Obduktionen seit 2004 in Österreich bzw. im Burgenland merklich. (TZ 36)

Die überprüften Krankenhäuser gingen bei der Entscheidung zu Obduktionen grundsätzlich ähnlich vor. Trotzdem war die Entwicklung der klinischen Obduktionsraten (Anzahl der durchgeführten Obduktionen im Verhältnis zur Anzahl der im Krankenhaus Verstorbenen) in den überprüften Krankenanstalten teilweise unterschiedlich. Eine schriftliche Regelung, wer eine klinische Obduktion anordnen konnte, gab es nur im KH Kittsee; ebensowenig war – abgesehen von der allgemeinen Regelung im Burgenländischen Krankenanstaltengesetz 2000 – festgelegt, unter welchen konkreten Voraussetzungen eine Obduktion anzuordnen war. (TZ 36)

Zur Durchführung der Aufgaben der Pathologie (Gefrierschnitte und Obduktionen durch einen stundenweise vor Ort anwesenden Facharzt, histologische Untersuchungen etc.) schloss das KH BBR Eisenstadt im Jahr 2000 einen Vertrag mit einem externen Pathologen. Vertragsänderungen wurden in der Folge nur mündlich vereinbart. Zeitaufzeichnungen zum Nachweis der vereinbarten Anwesenheit des Facharztes im KH BBR Eisenstadt gab es nicht. (TZ 37)

Kenndaten zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

Krankenanstalten	Krankenhaus Güssing (KH Güssing), Krankenhaus Kittsee (KH Kittsee), Krankenhaus Oberpullendorf (KH Oberpullendorf), Krankenhaus Oberwart (KH Oberwart), Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt (KH BBR Eisenstadt)				
Rechtsträger	Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft m.b.H. (KRAGES), Konvent der Barmherzigen Brüder				
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	Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000 – Bgld. KAG 2000, LGBl. Nr. 52/2000 i.d.g.F.				
Rechtsgrundlagen bezüglich Qualität	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.g.F. Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBl. I Nr. 132/2006				
Leistungsdaten 2012	KH Güssing	KH Kittsee	KH Ober- pullendorf	KH Oberwart	KH BBR Eisenstadt
	Anzahl				
tatsächliche Betten	140	118	147	347	375
stationäre Aufenthalte	9.454	9.252	13.567	20.361	25.565
ambulante Frequenzen	66.609	51.309	84.143	203.315	278.713
	in %				
Auslastung nach Belagstagen	59,8	70,6	74,2	67,5	74,9
nach Pfl egetagen	68,7	84,0	85,7	79,3	93,1
	Anzahl				
durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	2,7	2,9	2,4	4,0	4,0
Personal in VZÄ	280,5	183,7	318,0	789,7	815,5
	in Mio. EUR				
Endkosten	25.126	16.889	30.213	73.394	78.312
	Anzahl in Mio.				
LKF-Punkte	16.217	13.080	18.982	47.538	58.783
	in EUR				
Kosten/LKF-Punkt	1,55	1,29	1,59	1,54	1,33

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; DIAG

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 Der RH überprüfte von April bis Juni 2013 im Rahmen einer Querschnittsüberprüfung Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Patientenbehandlung im Krankenhaus Güssing (KH Güssing), im Ladislaus Batthyány–Strattmann Krankenhaus Kittsee (KH Kittsee), in den Krankenhäusern Oberpullendorf und Oberwart (KH Oberpullendorf und KH Oberwart)¹ sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt² (KH BBR Eisenstadt).

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 Burgenländischen Krankenanstaltengesetz 2000 (Bgl. KAG 2000) – festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beurteilen. Anhand ausgewählter medizinischer Eingriffe (Mandel- und Nasenpolypentfernung, 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.

Die Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten hatte der RH bereits in drei vorangegangenen Gebarungsüberprüfungen betreffend die Bundesländer Salzburg und Vorarlberg behandelt und in seinen Berichten Reihe Bund 2012/12 bzw. Reihe Salzburg 2012/9, Reihe Bund 2013/3 bzw. Reihe Salzburg 2013/1 sowie Reihe Bund 2013/12 bzw. Reihe Vorarlberg 2013/8 veröffentlicht. Daher entsprechen die grundsätzlichen Ausführungen und die diesbezüglich an das BMG gerichteten Schlussempfehlungen im Wesentlichen jenen in den genannten Berichten des RH.

Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2010 bis 2012.

Zu dem im Oktober 2013 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die KRAGES im November 2013, das BMG und der Konvent der Barmherzigen Brüder im Jänner 2014 sowie das Land Burgenland im Februar 2014 Stellung, wobei das Land Burgenland hinsichtlich der Schlussempfehlungen (20) bis (37) und (40) bis (48) auf die Ausführungen der KRAGES verwies. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im März 2014.

¹ Rechtsträgerin der vier genannten Krankenhäuser ist die Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft m.b.H. (KRAGES).

² Rechtsträger ist der Konvent der Barmherzigen Brüder.

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.³

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),
- Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013 (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG),
- Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl. Nr. 52/2000 i.d.g.F. (Bgl. KAG 2000) sowie
- Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG).

Gesundheits- qualitätsgesetz

3.1 (1) Das GQG 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

³ 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), abrufbar unter www.goeg.at/de/Bereich/Qualitaetsstrategie.html (Stand Juni 2013)

von Bundesqualitätsleitlinien im Sinne einer Hilfestellung zu empfehlen (§ 4 GQG).⁴

Vom Bundesminister für Gesundheit war jedenfalls zu gewährleisten, dass diese Standards im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen (siehe TZ 5). Diese drei Dimensionen der Qualität haben in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zueinander zu stehen (§ 5 GQG).

(2) Im Bereich der Strukturqualität hatte der Bundesminister für Gesundheit verbindliche Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln. Diese legte er im Rahmen des ÖSG fest (siehe TZ 6).

Im Bereich Prozessqualität hatte der Bundesminister für Gesundheit verbindliche Anforderungen zu entwickeln und dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren zur Prozessqualität und entsprechende Meldepflichten festgelegt werden. Diesbezüglich waren noch keine Vorgaben vorhanden.

Auch im Bereich der Ergebnisqualität hatte der Bundesminister für die Festlegung von Indikatoren und Referenzgrößen zur Ergebnisqualität sowie von entsprechenden Meldepflichten zu sorgen. Für den stationären Bereich wurde deshalb 2011 durch Beschluss der Bundesgesundheitskommission ein auf internationalen Erfahrungen beruhendes und vom Bundesland Niederösterreich adaptiertes System (Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI) österreichweit in Probebetrieb genommen (siehe TZ 8).

(3) Weiters hatte der Bundesminister für Gesundheit den Aufbau einer bundeseinheitlichen bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung vorzugeben. Gemäß § 6 GQG sind beginnend mit dem Jahr 2014 regelmäßige Berichte insbesondere über die Ergebnisqualität im stationären und ambulanten Bereich zu erstellen. Darüber hinaus war eine bundesweite Beobachtung und Kontrolle der Mitwirkung an der Qualitätsberichterstattung, der Umsetzung von Bundesqualitätsrichtlinien und der Anwendung von Bundesqualitätsleitlinien sicherzustellen.

⁴ 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“.

(4) Ungeachtet der gesetzlichen Verpflichtung, für verbindliche Qualitätsvorgaben zu sorgen, machte der Bundesminister für Gesundheit bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung von der Möglichkeit, solche Vorgaben in Form von Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung selbst zu erlassen, keinen Gebrauch.

3.2 Der RH beanstandete, dass seit dem Inkrafttreten des GQG 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 *Laut Stellungnahme des BMG bestehe keine gesetzliche Verpflichtung zur Erlassung von Bundesqualitätsleit- und -richtlinien. Die Festlegung verbindlicher Qualitätsvorgaben in Form von Bundesqualitätsrichtlinien habe sich in der Praxis nicht in jedem Fall als zweckmäßig oder 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 GQG nur im Konsens zwischen Bund und Ländern festgelegt werden könnten. Nunmehr hätten sich Bund und Länder im Rahmen der Verhandlungen zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit gemeinsam mit der Sozialversicherung darauf geeinigt, dass die Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen im Rahmen der zukünftigen Zielsteuerung-Gesundheit einen sehr hohen Stellenwert einzunehmen habe. Weiters sei – insbesondere zur Sicherstellung bundesweit einheitlicher Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität – das genannte Mitspracherecht entfallen.

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

- 3.4 Der RH entgegnete unter Verweis auf die Gesetzesmaterialien⁵, dass es gerade die Intention des Gesetzgebers war, mit dem GQG 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. Er kritisierte, dass Qualitätsanordnungen im Sinne des Patienten aufgrund des in der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vereinbarten Mitspracherechts nicht ausreichend umgesetzt wurden.

Da ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem, wie es das GQG forderte, ohne bundeseinheitliche, sektorenübergreifende und transparente Standards nicht denkbar ist, beurteilte der RH die Bemühungen des BMG, im Rahmen der 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 GQG eingerichtete Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) sollte den Bundesminister für Gesundheit insbesondere bei der Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen sowie bei der Überprüfung, Empfehlung, Erarbeitung und Kontrolle von Qualitätsstandards unterstützen. Dementsprechend beauftragte der Bundesminister das BIQG im Jahr 2008, in einer sogenannten „Metaleitlinie“ die Methode für die Entwicklung und Evaluierung von Qualitätsstandards festzulegen.

Die 2010 fertiggestellte Metaleitlinie wurde im Auftrag des Bundesministers überarbeitet und 2013 durch das Dokument „Methode zur Erstellung eines Qualitätsstandards im Sinne des Gesundheitsqualitätsgesetzes“ abgelöst.

Bis Mai 2013 veröffentlichte das BMG drei Bundesqualitätsleitlinien, bei denen es sich um Qualitätsstandards mit Empfehlungscharakter handelte:

⁵ Erläuterungen zur Regierungsvorlage 693 der Beilagen XXII. GP, S. 27 f.

- Das „Disease Management Programm für Diabetes mellitus Typ 2“⁶,
- die „Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen“ und
- die Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement.

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

(2) Darüber hinaus hatte das BIQG die Aufgabe, Qualitätsberichte zu erstellen.⁷ Erstmals veröffentlichte es im Jahr 2011 zwei themenspezifische Berichte über den Bereich Patientenzufriedenheit und über Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten. Im Jahr 2012 folgte ein Bericht über Qualitätssysteme in stationären Rehabilitationseinrichtungen.

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

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

Wie den TZ 14 und 15 zu entnehmen ist, erfassten die fünf vom RH überprüften Krankenanstalten zum Teil bereits auf freiwilliger Basis gewisse Qualitätsparameter (nosokomiale Infektionen, Komplikationen), die jedoch mit jenen in anderen Krankenanstalten nicht vergleichbar waren. Um in Zukunft einen transparenten Qualitätsvergleich zwischen Krankenanstalten zu ermöglichen, empfahl der RH dem BMG, die mit dem Indikatorenmodell A-IQI aus Routinedaten ermittelten und daher auch vergleichbaren Ergebnisse zugunsten einer einheitlichen österreichweiten Qualitätsberichterstattung zu nutzen.

⁶ Programm zur Behandlung von Zuckerkrankheiten Typ 2

⁷ vgl. § 4 Abs. 2 Z 4 Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH

4.3 *Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es für Bund, Länder und Sozialversicherung vor allem entscheidend sei, entsprechend den vereinbarten Prioritäten vorrangig für jene Handlungsfelder, in denen sektorenübergreifende Versorgungsprozesse abgestimmt und gestaltet werden müssten (wie insbesondere Präoperative Diagnostik, Aufnahme- und Entlassungsmanagement), gemeinsam bundesweite Standards zu definieren und zu vereinbaren. Das BMG sagte zu, den Aufbau eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems zügig voranzutreiben sowie insbesondere auch das Indikatorensystem A-IQI aus Routinedaten weiter auszubauen und im Rahmen einer einheitlichen Qualitätsberichterstattung zu nutzen.*

4.4 Der RH nahm die Zusagen des BMG, sektorenübergreifende Versorgungsprozesse bundesweit abzustimmen und den Aufbau eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems voranzutreiben, zur Kenntnis. Er hielt jedoch an seiner Kritik fest, dass seit dem Jahr 2005 erst drei Bundesqualitätsleitlinien erlassen wurden.

Vorgaben im
Krankenanstaltenrecht

5 (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 in den KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart sowie im KH BBR Eisenstadt sowohl das KAKuG als auch das Bgld. KAG 2000 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?);

⁸ BGBl. Nr. 801/1993

⁹ § 5b KAKuG

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

- Ergebnisqualität (Wie gut ist das erzielte im Vergleich zum erzielbaren Behandlungsergebnis?).

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) Darüber hinaus war seit dem Jahr 2011 in § 5b Abs. 6 KAKuG festgelegt, dass die Landesgesetzgebung die Träger der Krankenanstalten zu verpflichten hatte, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die zu diesem Zweck erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen (vgl. § 6 GQG).

(3) Laut § 23 Bgld. KAG 2000 sind die Rechtsträger von Krankenanstalten im Burgenland verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und die zu ihrer Durchführung notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen und sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten möglich sind. Ebenso waren die Rechtsträger seit einer Novelle des Bgld. KAG 2000¹⁰ im Jahr 2013, der Vorgabe im Grundsatzgesetz entsprechend, zur Teilnahme an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung verpflichtet.

Für die Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen war die kollegiale Führung der jeweiligen Krankenanstalt verantwortlich.

Österreichischer
Strukturplan
Gesundheit

6.1 (1) Der ÖSG ist Grundlage für die Leistungsangebotsplanung in den regionalen Strukturplänen. Er legt fachbezogene und leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien fest.¹¹

¹⁰ LGBl. Nr. 37/2013

¹¹ vgl. Art. 4 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens: „Verbindliche Qualitätskriterien stellen einen integrierenden Bestandteil der Planungsaussagen dar.“

Tabelle 1: Übersicht Strukturqualitätskriterien ÖSG

leistungsbegzogene 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; RH

(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 Satellitendepartements¹² 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.

¹² dezentrale, kleine Versorgungseinheiten an anderen Krankenanstalten-Standorten im organisatorischen Verbund mit der Mutterabteilung einer zumeist größeren Krankenanstalt

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.

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 Gesundheitswesens¹³ 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, die ihrerseits Grundlage für die von der jeweiligen Landesregierung per Verordnung zu erlassenden Landeskrankenanstaltenpläne sind.

Auch in § 14 Bgld. KAG 2000 war geregelt, dass der Landeskrankenanstaltenplan (LAKAP) im Rahmen des RSG zu erlassen ist und dabei die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und –methoden zu berücksichtigen sind. Gemäß Abs. 2 leg.cit. waren im LAKAP jedenfalls festzulegen:

- die Standorte der Fondskrankenanstalten,
- die maximalen Gesamtbettenzahlen je Standort,
- die medizinischen Fachbereiche je Standort,
- die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen Organisationseinheiten je Standort,

¹³ Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, mit der die bisher gültige Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geändert wird, BGBl. I Nr. 199/2013

- Art und Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort,
- die maximalen Bettenzahlen je Fachbereich bezogen auf das Land, die Versorgungsregion oder auf die Standorte und
- die Festlegung von Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereichen je Standort.

Die im RSG enthaltenen Angaben zum Ist-Stand 2011 und zu den Planungen für 2015 wichen in verschiedenen Punkten von den Festlegungen im LAKAP 2008 (LGBl. Nr. 2/2009) ab. So waren bspw. im LAKAP 2008 nicht alle im RSG als bestehend angegebenen Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereiche je Standort enthalten, wie etwa die Referenzzentren für Gefäßchirurgie und für Kardiologie am KH BBR Eisenstadt. Darüber hinaus stimmte auch die Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort bei den KH Kittsee und Oberwart (im RSG als Ist-Stand 2011 angegeben) nicht mit dem LAKAP überein.

(2) Mit einer Novelle des KAKuG¹⁴ wurde 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 Landeskrankenanstaltengesetze¹⁵ und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen.

Eine medizinische Leistung ist daher grundsätzlich¹⁶ nur dann als „nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich erbracht“¹⁷ zu qualifizieren, wenn in der betreffenden Krankenanstalt die Qualitätskriterien des ÖSG eingehalten werden.

¹⁴ BGBl. I Nr. 147/2011

¹⁵ Landesregierung bzw. Landeshauptmann und Bezirksverwaltungsbehörden

¹⁶ Ausgenommen sind jene Einzelfälle, in denen die Qualitätskriterien nicht als Stand der Wissenschaft anzusehen sind, weil sie entweder veraltet oder praktisch unanwendbar geworden sind. Dies gilt auch für den Fall, dass durch andere Maßnahmen gleichwertige Ergebnisse erzielt werden können, die daher ebenfalls als dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend anzusehen sind.

¹⁷ vgl. § 8 Abs. 2 KAKuG

Bund und Länder hatten sich daher im Rahmen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit darauf geeinigt¹⁸, die Erbringung und Verrechenbarkeit von Leistungen per Gesetz an die Einhaltung der festgelegten essentiellen Qualitätsstandards – im Bereich der Strukturqualität waren das die Kriterien des ÖSG – zu binden. Bundesgesetzlich war dies durch § 27b Abs. 5 KAKuG und durch § 3 Abs. 3 GQG erfolgt.

Das Land Burgenland hatte im Bgld. KAG 2000 noch keine derartige Festlegung getroffen. Dementsprechend war bei der Abrechnung im System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) die Nichterfüllung der Strukturqualitätskriterien im Burgenland nicht automatisch mit einem Punkteabzug verbunden.

- 7.2** Der RH vermerkte kritisch, dass die Abgeltung stationärer Leistungen durch den Landesgesundheitsfonds bisher nicht an die Einhaltung der Strukturqualitätskriterien gebunden war. Dies stand aus Sicht des RH in Widerspruch zu dem in der Art. 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit festgelegten Grundsatz, die Erbringung und Verrechenbarkeit stationärer Leistungen von der Einhaltung der essentiellen Qualitätsstandards abhängig zu machen.

Der RH empfahl dem Land Burgenland, den Landesgesundheitsfonds 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.

Ergänzend empfahl er dem Land Burgenland, den LAKAP, wie krankenanstaltenrechtlich vorgegeben, in Zukunft enger mit den Strukturplanungen auf Bundes- und auf Landesebene abzustimmen und aktuell zu halten.

- 7.3** (1) *Das Land Burgenland hielt in seiner Stellungnahme fest, dass der LAKAP die wesentlichen Grundlagen der Krankenanstaltenstruktur sowie das Leistungsangebot enthalte. Als Verordnung der Landesregierung und Planungsinstrument für das Leistungsangebot der Fondskrankenanstalten im Land könne er nicht jede Änderung abbilden, die einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung bedürfte. Bei der derzeitigen Evaluierung des LAKAP werde geprüft, welche neuen Inhalte einer verordnungsmäßigen Regelung bedürften. Ziel der Landesregierung und damit der Steuerung des Gesundheitswesens im Burgenland sei es, auf Basis des ÖSG und des RSG, der sich in Überarbeitung*

¹⁸ Art. 7 Abs. 6, BGBl. I Nr. 200/2013

befinde, die notwendigen vorausschauenden Planungen im Gesundheitswesen festzulegen. Wesen eines Planungsinstruments sei es auch, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Krankenanstaltenplanungen festzulegen, um eine Planungssicherheit für einen Zeitraum von ca. fünf Jahren zu gewährleisten. Dabei werde auch auf die onkologischen Versorgungsstufen der burgenländischen Fondskrankenanstalten eingegangen.

Weiters teilte das Land Burgenland mit, dass es sich zu einer wohnortnahen Versorgung bekenne, der ÖSG mit Ausnahme weniger Leistungen eine Expertenempfehlung darstelle und das Finanzierungssystem für beide Träger eine volle Abgangsdeckung durch das Land vorsehe; daher werde die bisherige Vorgangsweise beibehalten, zumal die Leistungen tatsächlich erbracht würden.

(2) Die KRAGES erklärte dazu, dass aus den vom Land genannten Gründen bisher darauf verzichtet worden sei, gewisse Leistungen an die Träger nicht zu vergüten, auch wenn sie in der Expertenempfehlung nicht an den einzelnen Standorten hätten erbracht werden sollen. Davon abzugehen würde bedeuten, dass gewisse regionale Versorgungsleistungen nicht erbracht werden könnten.

(3) Laut Stellungnahme des Konvents der Barmherzigen Brüder könnten im LAKAP 2008 nicht die im RSG 2015 beschriebenen Standards abgebildet sein, weil der RSG nach dem LAKAP 2008 entstanden sei. Darüber hinaus werde die Plausibilität der Feststellung des RH, dass eine medizinische Leistung grundsätzlich nur dann als „nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich erbracht“ zu qualifizieren sei, wenn in der betreffenden Krankenanstalt die Qualitätskriterien des ÖSG eingehalten würden, grundsätzlich hinterfragt.

7.4 (1) Der RH entgegnete dem Land Burgenland, dass gerade der LAKAP als Verordnung die Grundlage für alle krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungen in Bescheidform darstellt. Insofern sind Änderungen, die seine landesgesetzlich vorgegebenen Mindestinhalte betreffen – wie bspw. Referenzzentren und spezielle Versorgungsbereiche – von der Landesregierung zuerst im LAKAP selbst vorzunehmen, weil ansonsten eine entsprechende Grundlage für den Bewilligungsbescheid fehlt. Er hielt daher seine Empfehlung, den LAKAP mit der Strukturplanung abzustimmen und aktuell zu halten, aufrecht.

(2) Den Auffassungen des Landes Burgenland und der KRAGES, wonach der ÖSG lediglich eine Expertenempfehlung darstelle, entgegnete der RH, dass das Land Burgenland gemeinsam mit den anderen Ländern

und dem Bund den ÖSG als verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur und damit auch für die regionale Detailplanung im RSG festgelegt hatte.¹⁹ Die Verantwortung dafür, die Versorgung der Bevölkerung innerhalb des vom ÖSG vorgegebenen Rahmens so zu planen, dass keine regionalen Versorgungslücken entstehen, lag beim Land Burgenland.

Bezüglich der Leistungsvergütung wies der RH abermals darauf hin, dass sich das Land Burgenland in der Art. 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit dazu bekannte, die Erbringung und Verrechenbarkeit stationärer Leistungen von der Einhaltung der essentiellen Qualitätsstandards und damit des ÖSG abhängig zu machen; er hielt daher seine Empfehlung aufrecht.

(3) Gegenüber dem Konvent der Barmherzigen Brüder stellte der RH klar, dass den Strukturqualitätskriterien des ÖSG insofern eine über den Charakter einer Expertenempfehlung hinausgehende krankenanstaltenrechtliche Verbindlichkeit zukommt, als sie den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft gemäß § 8 Abs. 2 KAKuG bzw. § 21 Abs. 3 Bgld. KAG 2000 abbilden. Darüber hinaus bezog sich seine Kritik darauf, dass der LAKAP 2008 seit seiner Erlassung nicht mehr aktualisiert wurde und daher auch keine Grundlage für die Umsetzung der Planungen im RSG sein konnte.

Indikatorenmodell

8.1 (1) Im Jahr 2011 beschloss die Bundesgesundheitskommission ein Projekt zur Einführung eines Indikatorenmodells zur Ergebnisqualitätsmessung („Austrian Inpatient Quality Indicators“ (A-IQI)) in allen österreichischen Krankenanstalten.²⁰ Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 entschieden sich Bund, Länder und Sozialversicherungsträger, dieses Modell unter Anwendung von Peer-Review-Verfahren und unter Ergänzung von Qualitätsregistern auf Bundesebene fortzusetzen und auszubauen (vgl. § 7 Abs. 2 Z 1 G-ZG).

(2) A-IQI 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. Für vorab definierte Krankheitsbilder werden aus Routinedaten statistische Auffälligkeiten identifiziert, wie etwa Sterbehäufigkeiten, Intensivhäufigkeiten und Operationstechniken.

¹⁹ siehe Art. 4 der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.F. BGBl. I Nr. 199/2013

²⁰ Dieses Indikatorenmodell wurde von der NÖ Landeskliniken-Holding in Zusammenarbeit mit einem deutschen Klinikenträger und dem Schweizer Bundesamt für Gesundheit entwickelt.

Für den Fall, dass die statistischen Auffälligkeiten durch die betroffene Krankenanstalt nicht erklärt werden können, werden die Ursachen im Rahmen eines Peer-Review-Verfahrens analysiert.²¹ Der Krankenanstaltenträger erhält die Analyse in Berichtsform, um entsprechende Verbesserungsmaßnahmen treffen zu können. In anonymisierter Form geht diese auch an den jeweiligen Landesgesundheitsfonds und das BMG. Dort sollen die Ergebnisse aller Peer-Reviews zusammenfließen und beginnend mit dem Jahr 2014 in anonymisierter sowie aggregierter Form regelmäßig in einem Qualitätsbericht des Bundes²² veröffentlicht werden.²³

8.2 Da nach Ansicht des RH ein einheitliches Verfahren der Qualitätsmessung im Interesse der Patienten und für transparente Vergleiche zwischen den Krankenanstalten unverzichtbar ist, beurteilte er die flächendeckende Einführung des Indikatorenmodells A-IQI positiv. Aus denselben Gründen hielt er es für unabdingbar, die erhobenen Ergebnisse – wie vom BMG geplant – im Rahmen eines österreichischen Qualitätsberichts zu veröffentlichen.

8.3 *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, dass nach Abnahme des ersten Berichts zu A-IQI und Freigabe zur Veröffentlichung durch die Bundes-Zielsteuerungskommission Ende November 2013 dieser auf der Website des BMG abrufbar sei. Der Bericht stelle die Ergebnisse der Peer Reviews detailliert dar und enthalte – so weit möglich – auch einen Vergleich mit den Ergebnissen der Schweiz und Deutschlands.*

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. Da diese Daten nicht aus den verfügbaren Routinedaten gewonnen werden können, wird hiebei ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand in Kauf genommen. 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.

²¹ Dazu wird vor Ort erst eine Selbstanalyse durch das dort tätige Personal und dann eine Analyse von externen Primärärzten (Peer Reviewer) erstellt und im Anschluss gemeinsam diskutiert.

²² vgl. § 6 GQG

²³ vgl. die Erläuterungen zum GZG (2243 der Beilagen XXIV. GP, S. 5 und 14) und das Organisationshandbuch A-IQI, abrufbar unter http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/ (Stand: 13. Juni 2013)

Qualitätsindikatoren in Deutschland

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 2010, 2011			
Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Ergebnis 2010	Ergebnis 2011
Cholezystektomie bei nicht erfüllten Indikationskriterien	≤ 5,0 %	1,8 %	1,8 %
Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus ¹	Sentinel Event ³	177 Fälle	180 Fälle
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus ¹	nicht definiert	1,61 %	1,63 %
behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	≤ 6,0 %	2,4 %	2,4 %
allgemeine postoperative Komplikationen	≤ 7,8 %	2,9 %	3,0 %
allgemeine postoperative Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	≤ 5,7 %	2,0 %	2,1 %
allgemeine postoperative Komplikationen nach offen-chirurgischer Operation	≤ 32,0 %	14,5 %	15,8 %
Reintervention aufgrund von Komplikationen	nicht definiert	2,0 %	2,0 %
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen	≤ 2,65 %	0,98 %	1,01 %
Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer Operation	nicht definiert	0,9 %	0,9 %
Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA ² 1 bis 3	nicht definiert	0,4 %	0,4 %
Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringerem Risiko	Sentinel Event ³	190 Fälle	213 Fälle

¹ Teil des Gallengangs

² Anästhesiologische Risikoklassen gemäß Einteilung der American Society of Anesthesiologists

³ seltenes schwerwiegendes Ereignis

Quelle: Qualitätsreport 2011

(2) Ausgehend von Studien, wonach bei ausgewählten Eingriffen²⁴ 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. Die Unterschreitung der vor-

²⁴ z.B. Bauchspeicheldrüse, Kniegelenk, PTCA (Eingriff am Herz), akuter Myokardinfarkt, Organtransplantation

geschriebenen Mindestmengen zog für die deutschen Krankenanstalten finanzielle Konsequenzen nach sich.

Bisher wurden in Deutschland für folgende Behandlungen Mindestmengen festgelegt:

Tabelle 3: Festgelegte Mindestmengen in Deutschland für 2013	
Operation	Mindestmenge pro Krankenhaus
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. Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. September 2011 gilt bis auf Weiteres keine Mindestmenge.

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

³ Mit Beschluss vom 19. Jänner 2012 gilt bis auf Weiteres eine Mindestmenge von 14.

Quelle: Mindestmengenvereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

9.2 Nach Ansicht des RH bestätigten die Erfahrungen in Deutschland seine Empfehlungen bezüglich der Abrechnungskriterien nach dem LKF-System.

9.3 Laut Stellungnahme des Konvents der Barmherzigen Brüder sei der Vergleich mit Deutschland so nicht nachvollziehbar.

9.4 Der RH stellte klar, dass er keinen Vergleich von Qualitätsindikatoren in Österreich und Deutschland anstellte, sondern auf die Verbindlichkeit der deutschen Qualitätskriterien bei der Abrechnung hinwies.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Allgemeines

10 Als Maßnahmen der Qualitätssicherung im Sinne des § 5b KAKuG bzw. des § 23 Bgld. KAG 2000 kamen für die Rechtsträger der Krankenanstalten insbesondere

- Maßnahmen des Hygienemanagements (siehe auch TZ 11 bis 13),
- die Erfassung von Komplikationen (siehe auch TZ 15),
- die Durchführung von histologischen Untersuchungen (siehe auch TZ 16),
- die Einführung von Fehlermelde- und Lernsystemen (siehe auch TZ 17),
- die Anwendung von OP-Checklisten (siehe auch TZ 19),
- die interdisziplinäre Besprechung onkologischer Fälle im Rahmen eines Tumorboards (siehe auch TZ 23 bis 26),
- Patientenbefragungen (siehe auch TZ 35) sowie
- pathologische Untersuchungen (siehe auch TZ 36)

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

Hygieneteam – Grundlagen

11 Gemäß § 8a KAKuG bzw. § 26 Bgld. KAG 2000 ist in jeder Krankenanstalt ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter²⁵, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das Beschäftigungsausmaß hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Eine gemeinsame Bestellung für mehrere Krankenanstalten ist möglich.

Zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder des Hygienebeauftragten ist mindestens ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der gemäß dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz zur Ausübung der Krankenhaushygiene berech-

²⁵ Die fachliche Eignung nach Abs. 1 ist durch eine mehrjährige Tätigkeit in einem Hygieneinstitut oder durch eine einschlägige postpromotionelle Fort- und Weiterbildung nachzuweisen.

tigt ist, als Hygienefachkraft zu bestellen. Es kann auch für mehrere Krankenanstalten gemeinsam eine Hygienefachkraft bestellt werden. Die Hygienefachkraft hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe und Leistungsangebot dies erfordert, hauptberuflich auszuüben. In Schwerpunktkrankenanstalten ist diese Tätigkeit jedenfalls hauptberuflich auszuüben.

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.

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 Krankenhaushygiene“ 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 2.0; RH

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.

ARGE Hygiene
Burgenland und
Hygieneteams in den
überprüften Kranken-
anstalten

12.1 Die ARGE Hygiene Burgenland (ARGE Hygiene) setzte sich aus den Hygieneteams der fünf überprüften Krankenanstalten, Vertretern von Sonderkrankenanstalten und Pflegeheimen sowie einem Vertreter des Amtes der Burgenländischen Landesregierung²⁶ unter dem Vorsitz des Pflegereferats der KRAGES zusammen. Da in den Krankenanstalten des Landes Burgenland kein eigener Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie als Krankenhaushygieniker tätig war, erfolgte in ständiger Beauftragung seit dem Jahr 2000 eine externe fachliche Beratung²⁷.

Die Aufgaben der ARGE Hygiene umfassten u.a. die Erarbeitung von Richtlinien und Standards, die Koordination von hygienetechnischen Untersuchungen, die österreichweite Zusammenarbeit mit anderen Hygieneteams sowie die Beratung der KRAGES beim Einkauf und bei Bautätigkeiten in ihren Krankenanstalten.

²⁶ Referatsleiter der Abteilung 6 – Soziales, Gesundheit, Familie, Sport

²⁷ durch den Leiter des Instituts für Hygiene und Mikrobiologie des Landeskrankenhauses St. Pölten

§ 8a KAKuG normierte, dass das Hygieneteam u.a. bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten beizuziehen ist; Umfang und Zeitpunkt der Beiziehung waren nicht geregelt. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern, in welchen zu Hygienemaßnahmen bei Krankenanstaltenbauten Leitfäden, Richtlinien bzw. Verordnungen²⁸ bestanden, fehlten entsprechende landesweite Richtlinien oder Standards für das Burgenland.

- 12.2** Der RH anerkannte die von der ARGE Hygiene erbrachten Leistungen. Im Sinne einer umfassenden Qualitätssicherung für Baumaßnahmen im Krankenanstaltenbereich erachtete der RH einheitliche Vorgaben des Landes Burgenland für zweckmäßig; er empfahl daher dem Land Burgenland, die Erstellung solcher Vorgaben für alle burgenländischen Krankenanstalten zu erwägen.
- 12.3** *Das Land Burgenland und die KRAGES teilten in ihrer Stellungnahme mit, dass der Hygienearbeitskreis des Landes an einer Richtlinie für Baumaßnahmen arbeite.*
- 13.1** Die Krankenanstalten der KRAGES hatten die Bettenanzahl gemäß den 2008 abgegebenen Empfehlungen des RH (Reihe Burgenland 2008/4) reduziert. Der RH legte daher seinen Berechnungen bei allen überprüften Krankenanstalten den tatsächlichen Bettenstand zugrunde. Der LAKAP aus 2008 bildete diese Reduktion noch nicht ab.

KH Güssing

Im KH Güssing war ein Oberarzt der Anästhesie und Intensivmedizin als hygienebeauftragter Arzt im Ausmaß von acht Stunden pro Monat (0,05 VZÄ) tätig. Eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft war im Ausmaß einer Halbtagsstelle als Hygienefachkraft tätig. Für den Fall der Abwesenheit war jeweils eine Stellvertretung vorgesehen.

²⁸ Zum Beispiel Niederösterreich: Leitfaden „Mögliche Auflagen des medizinischen und bautechnischen Amtssachverständigen“; Salzburg: Verordnung der Salzburger Landesregierung, mit der Richtlinien für die bauliche Gestaltung und Einrichtung von Krankenanstalten erlassen werden, LGBl. Nr. 40/2005; Wien: derzeit 29 Hygienerichtlinien, u.a. betreffend Maßnahmen bei Bautätigkeiten in Krankenanstalten, Anforderungen an die Stellungnahme des Hygieneteams bei Neu-, Zu- und Umbauten sowie Mindestanforderungen an die allgemeine Raumausstattung von medizinisch genutzten Bereichen in Gesundheitseinrichtungen

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 140 Betten vor, dass ein hygienebeauftragter Arzt mit 35 % seiner Vollarbeitszeit sowie eine Hygienefachkraft im Ausmaß von 70 % Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten.

Tabelle 5: Personalausstattung des Hygieneteams im KH Güssing				
KH Güssing	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Standardkrankenanstalt mit 139 Betten	1 pro 400 Betten = 0,35 bei 139 Betten	0,05	1 pro 200 Betten = 0,70 bei 139 Betten	0,50

Quelle: KH Güssing

KH Kittsee

Im KH Kittsee war ein Dauersekundararzt als Hygienebeauftragter im Ausmaß von acht Stunden pro Monat (0,05 VZÄ) tätig. Ein diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger war halbtags als Hygienefachkraft tätig. Für den Fall der Abwesenheit war jeweils eine Stellvertretung vorgesehen.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 120 Betten vor, dass ein hygienebeauftragter Arzt mit 30 % seiner Vollarbeitszeit sowie eine Hygienefachkraft im Ausmaß von 60 % Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten.

Tabelle 6: Personalausstattung des Hygieneteams im KH Kittsee				
KH Kittsee	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Standardkrankenanstalt mit 120 Betten	1 pro 400 Betten = 0,30 bei 120 Betten	0,05	1 pro 200 Betten = 0,60 bei 120 Betten	0,50

Quelle: KH Kittsee

KH Oberpullendorf

Am KH Oberpullendorf waren eine Oberärztin der Anästhesie und Intensivmedizin sowie als Stellvertreterin eine Assistenzärztin der Chirurgie als Hygienebeauftragte im Ausmaß von insgesamt 10 % ihrer Vollarbeitszeit tätig.²⁹ Eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft war im Ausmaß von 20 Wochenstunden freigestellt. Für den Fall ihrer Abwesenheit war eine Stellvertretung vorgesehen.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 150 Betten vor, dass ein hygienebeauftragter Arzt mit 37 % seiner Vollarbeitszeit sowie eine Hygienefachkraft im Ausmaß von 74 % Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten.

Tabelle 7: Personalausstattung des Hygieneteams im KH Oberpullendorf

KH Oberpullendorf	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Standardkrankenanstalt mit 147 Betten	1 pro 400 Betten = 0,37 bei 147 Betten	0,10	1 pro 200 Betten = 0,74 bei 147 Betten	0,50

Quelle: KH Oberpullendorf

KH Oberwart

Im KH Oberwart war eine Dauersekundärärztin als Hygienebeauftragte im Ausmaß von sieben Stunden pro Woche tätig. Für den Fall ihrer Abwesenheit war eine Stellvertretung vorgesehen. Ein diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger war als Vollzeit-Hygienefachkraft freigestellt und erreichte zusammen mit seinem Stellvertreter ein Ausmaß von insgesamt 1,5 VZÄ, weil beide ihre Aufgaben gemeinsam wahrnahmen.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Schwerpunktkrankenanstalt mit rd. 350 Betten vor, dass ein hygienebeauftragter Arzt mit 88 % seiner Vollarbeitszeit sowie Hygienefachkräfte im Ausmaß von 1,76 VZÄ Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten.

²⁹ Im KH Oberpullendorf nahmen die Hygienebeauftragte und ihre Stellvertreterin die Aufgaben gemeinsam wahr, weshalb das Ausmaß ihrer Tätigkeit zusammengerechnet wurde. Dies traf auch auf die Hygienefachkräfte im KH Oberwart zu.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Tabelle 8: Personalausstattung des Hygieneteams im KH Oberwart				
KH Oberwart	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Schwerpunkt-Krankenanstalt mit 351 Betten	1 pro 400 Betten = 0,88 bei 351 Betten	0,18	1 pro 200 Betten = 1,76 bei 351 Betten	1,50

Quelle: KH Oberwart

KH BBR Eisenstadt

Am KH BBR Eisenstadt war ein Oberarzt für Unfallchirurgie als Hygienebeauftragter im Ausmaß von 0,13 VZÄ tätig. Eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft war als Vollzeit-Hygiene-fachkraft beschäftigt. Im Stellenplan 2013 war eine weitere diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft im Ausmaß von 0,5 VZÄ vorgesehen. Weder für den Hygienebeauftragten noch für die Hygiene-fachkraft waren Stellvertreter namhaft gemacht.³⁰

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Schwer-punkt-Krankenanstalt mit 375 Betten vor, dass ein hygienebeauftragter Arzt mit 94 % seiner Vollarbeitszeit sowie Hygienefachkräfte im Aus-maß von 1,88 VZÄ Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten.

Tabelle 9: Personalausstattung des Hygieneteams im KH BBR Eisenstadt				
KH BBR Eisenstadt	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Schwerpunkt-Krankenanstalt mit 375 Betten	1 pro 400 Betten = 0,94 bei 375 Betten	0,13	1 pro 200 Betten = 1,88 bei 375 Betten	1,00

Quelle: KH BBR Eisenstadt

³⁰ 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).

Betreffend Hygienebeauftragte führten alle überprüften Krankenanstalten die Schwierigkeit ins Treffen, fachlich geeignete Ärzte für die Belange der Hygiene zu gewinnen.

- 13.2** Die tatsächliche Personalausstattung der Hygieneteams entsprach in keiner der überprüften Krankenanstalten den im Dokument PRO-HYG 2.0 enthaltenen Empfehlungen des BMG.

Dringenden Handlungsbedarf sah der RH insbesondere bezüglich der hygienebeauftragten Ärzte, bei denen in allen Krankenanstalten die Empfehlungen des BMG nicht einmal zu 50 % verwirklicht wurden; so wurden sie nur zu 14 % im KH Güssing, zu 17 % im KH Kittsee, zu 27 % im KH Oberpullendorf, zu 21 % im KH Oberwart und lediglich zu 13 % im KH BBR Eisenstadt erreicht. Bezüglich der Hygienefachkräfte verfehlten die überprüften Krankenanstalten die Empfehlungen des BMG zwar ebenfalls, die Istwerte lagen aber in einer Bandbreite von rd. 53 % im KH BBR Eisenstadt bis rd. 85 % im KH Oberwart.

Der RH empfahl den KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart sowie insbesondere dem KH BBR Eisenstadt vor allem im Hinblick auf die bevorstehende Erhöhung von 375 auf 500 Betten (Planungshorizont 2015), die Personalausstattung ihrer Hygieneteams zu ergänzen und sich dabei an den Empfehlungen des BMG zu orientieren. In diesem Zusammenhang wies der RH auch auf den erheblichen Kostenfaktor einer nosokomialen Infektion hin.

Angesichts der von den überprüften Krankenanstalten ins Treffen geführten Schwierigkeit, fachlich geeignete Ärzte für die Belange der Hygiene als Hygienebeauftragte in den einzelnen Krankenanstalten zu gewinnen, empfahl der RH dem Land Burgenland, ein zentral geführtes Hygienemanagement³¹ für alle Krankenhäuser der KRAGES und das KH BBR Eisenstadt zu prüfen.

Weiters beanstandete der RH, dass im KH BBR Eisenstadt weder für den hygienebeauftragten Arzt noch für die Hygienefachkraft Stellvertreter vorhanden waren. Er empfahl daher dem Konvent der Barmherzigen Brüder unter Hinweis auf mögliche Schadenersatzklagen, unverzüglich eine Stellvertretungsregelung zu treffen.

- 13.3** (1) *Das Land Burgenland und die KRAGES teilten in ihrer Stellungnahme mit, dass der Antrag, einen standortübergreifend für alle Hygiene-Aktivitäten zuständigen Hygienefacharzt anzustellen, bereits auf die Agenda der Organbeschlüsse der KRAGES genommen worden sei.*

³¹ ein solches Modell besteht in den Krankenanstalten Vorarlbergs, siehe Bericht des RH Reihe Bund 2013/12 und Reihe Vorarlberg 2013/8, TZ 13

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Die KRAGES hielt weiters fest, dass sie die PROHYG 2.0 als Empfehlung des BMG für eine adäquate Personalausstattung der Hygieneteams sehe. PROHYG 2.0 sei allerdings weder Teil des ÖSG noch der Bundesqualitätsleitlinie. Die Hygienefachkräfte fänden nach eigener Aussage für die Erfüllung des Aufgabengebiets inklusive einer gut funktionierenden Infektionsüberwachung mit dem derzeitigen Stundenausmaß das Auslangen; eine Aufstockung des Beschäftigungsausmaßes sei aus heutiger Sicht nicht erforderlich. Hinsichtlich des hygienebeauftragten Arztes sei das Stundenausmaß für diese Tätigkeiten ausgeschöpft. Daher habe die KRAGES einen zusätzlichen Dienstposten für einen zentralen hygienebeauftragten Arzt im Budget 2014 vorgesehen.

(2) Der Konvent der Barmherzigen Brüder führte in seiner Stellungnahme aus, dass – bis zur Bewilligung des Dienstpostens der Hygienefachkraft im Ausmaß von 0,5 VZÄ für das Jahr 2013 durch den Burgenländischen Gesundheitsfonds – die Pflegedienstleitung als Vertretung der Hygienefachkraft nominiert gewesen sei. Diese Aufgabe hätte sie in Abwesenheit der Hygienefachkraft nach wie vor inne. Trotz interner und externer Stellenausschreibung habe keine geeignete diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft für dieses Aufgabengebiet gefunden werden können. Eine Unterstützung erhalte die Hygienefachkraft durch Übernahme von administrativen Tätigkeiten. Für das Budget 2015 werde diesbezüglich entsprechend der PROHYG 2.0 an den Burgenländischen Gesundheitsfonds eine Ergänzung und damit eine personelle Aufstockung eingebracht.

Der Burgenländische Gesundheitsfonds habe im Rahmen des Budgets 2014 die Stelle eines hygienebeauftragten Facharztes genehmigt. Dieser Facharzt werde die Funktion des Hygienebeauftragten für die Krankenhäuser Eisenstadt und Kittsee wahrnehmen. Die Position werde demnächst ausgeschrieben.

- 13.4** (1) Der RH anerkannte die Bemühungen der KRAGES und des Konvents der Barmherzigen Brüder um Ergänzungen der Hygieneteams.

Gegenüber der KRAGES stellte der RH klar, dass er selbst auf den Empfehlungscharakter des PROHYG 2.0-Dokuments hingewiesen hatte. Auch aufgrund der erheblichen Kostenfolgen einer nosokomialen Infektion und vor dem Hintergrund der empfohlenen Einrichtung bzw. Ausweitung einer Infektions-Surveillance (siehe TZ 14) hielt er es für zweckmäßig, sich daran zu orientieren, weil die darin enthaltenen Zahlen zur Personalausstattung auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien basieren.

(2) Dem Konvent der Barmherzigen Brüder gegenüber hielt es der RH – auch vor dem Hintergrund des erheblichen Kostenfaktors einer nosokomialen Infektion – für zweckmäßig, die Anstrengungen um geeignete Hygienefachkräfte zu intensivieren; er wiederholte seine Empfehlung, unverzüglich eine Stellvertretungsregelung für den hygienebeauftragten Arzt zu treffen.

Nosokomiale
Infektionen

- 14.1** (1) Nosokomiale Infektionen sind Infektionen, die sich ein Patient im Laufe des Spitalsaufenthalts zuzieht.³² 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.³³ 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 nosokomialen Infektionen („Surveillance“) sowie eine entsprechende Rückmeldung an die jeweilige Fachabteilung von Bedeutung.³⁴

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.³⁵

(2) Seit einer Novelle des § 8a Abs. 4 KAKuG im Jahr 2006 war in den Krankenanstalten ein System der Überwachung von Infektionen (sogenanntes Surveillance-System) einzurichten, das über eine rein krankenhausinterne Erfassung hinausgeht. Das Gesetz verpflichtete nunmehr zur Teilnahme an einem international anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System, das ein Benchmarking der eigenen Ergebnisse mit denen anderer vergleichbarer Institutionen beinhaltet.³⁶ Darunter sind Systeme wie das österreichische ANISS-Projekt³⁷ (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System)

³² unabhängig davon, ob die Folgewirkungen vor oder erst nach der Entlassung auftreten

³³ vgl. das vom BMG herausgegebene Dokument PROHYG 2.0, Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene, S. 5 f.

³⁴ vgl. <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/> (Stand Juni 2013)

³⁵ vgl. die letztinstanzliche Verurteilung eines Landes als Rechtsträger einer Krankenanstalt durch den OGH (2 Ob 538/92 vom 17. Juni 1992)

³⁶ siehe die Erläuterungen zu § 8a Abs. 4, Nr. 1414 der Beilagen, XXII. GP, S. 5

³⁷ 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.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

oder das deutsche KISS³⁸ (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) 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. Der RH betrachtete vor diesem Hintergrund auch die Geburtshilfe, die Neonatologie im Rahmen der Kinderheilkunde sowie Unfallchirurgie und Orthopädie als Risikobereiche. Sofern in der jeweiligen Krankenanstalt eine entsprechende Fachabteilung vorhanden war, sollte daher auch dort eine Infektions-Surveillance stattfinden.

(3) Entgegen der Vorgabe der KAKuG-Novelle³⁹, die Ausführungsbestimmungen zu § 8a Abs. 4 KAKuG bis Jänner 2007 zu erlassen, hatte die burgenländische Landesgesetzgebung die entsprechende Bestimmung des § 26 Bgl. KAG 2000 erst rund vier Jahre später, im Dezember 2010⁴⁰ angepasst.

Die KRAGES hatte deshalb erst im Jahr 2011 mit Vorarbeiten für die Einführung einer Statistik- und Analysesoftware begonnen, die Grundlage für eine zukünftige, den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Krankenhaus-Infektions-Surveillance sein soll.⁴¹ Der Stand der Implementierung dieser Software bzw. ihrer Anwendung war jedoch in den Landeskrankenanstalten noch sehr unterschiedlich. Meldungen an ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Surveillance-System – wie ANISS oder KISS – erfolgten in den Krankenanstalten der KRAGES bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung nicht.⁴²

³⁸ 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.

³⁹ BGBl. I Nr. 122/2006

⁴⁰ LGBl. Nr. 70/2010

⁴¹ Die Software bot grundsätzlich die Möglichkeit, Daten sowohl von anderen Systemen wie einem OP-Programm zu importieren als auch per Schnittstelle an Surveillance-Systeme wie KISS zu exportieren.

⁴² Laut Protokoll zur Sitzung des Hygienefachkreises vom 13. Juni 2013 war die Übermittlung der Daten an ANISS bzw. KISS noch zu klären. In der Sitzung wurde auch der Beschluss gefasst, in folgenden Bereichen eine Infektionserfassung durchzuführen: Appendektomien, Cholezystektomien und Brustkrebsoperationen in den Abteilungen für Chirurgie sowie Hüft- und Knieendoprothetik in den Abteilungen für Unfallchirurgie.

KH Güssing

Im KH Güssing kam die Software zur Erhebung von Patienten- und bakteriologischen Daten bereits zur Anwendung; die Krankenanstalt setzte sie zur Infektions-Surveillance an den Abteilungen für Chirurgie (Indikator-Operationen: Brustkrebs-, Blinddarm- und Gallenoperationen), Anästhesie und Intensivmedizin (Indikator: Pneumonien) sowie für Orthopädie (Indikator-Operationen: Hüft- und Knieendoprothetik) ein.

KH Kittsee, Oberpullendorf, Oberwart

Auch die KH Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart verfügten bereits über die Software. Diese Krankenanstalten zogen die Software vorerst allerdings nur zur statistischen Darstellung der mikrobiologischen Daten über das Auftreten von multiresistenten Erregern, wie MRSA⁴³ oder Clostridium Difficile, heran.

KH BBR Eisenstadt

Das KH BBR Eisenstadt verwendete dasselbe Statistikprogramm, für das sich auch die KRAGES entschieden hatte. Eine Schnittstelle zum Export von Daten (z.B. an KISS) war eingerichtet und wurde auch genutzt; eine Schnittstelle zum Import von Daten aus dem krankenhausinternen OP-Programm war jedoch nicht eingerichtet.

Eine Infektions-Surveillance erfolgte an den Abteilungen für Orthopädie und Unfallchirurgie anhand der Indikator-Operationen Hüft- und Knieendoprothese. Die so erhobenen Daten wurden an ANISS gemeldet. Die Krankenanstalt nahm seit 2011 im Rahmen der „Aktion saubere Hände“ auch an einer Surveillance des Händedesinfektionsmittelverbrauchs teil; dabei wurden die Daten an das deutsche KISS gemeldet (sogenanntes HAND-KISS). Für 2014 war die Einführung einer Überwachung für die Intensivstation geplant, bei der die Daten ebenfalls an das deutsche KISS gemeldet werden sollten (sogenanntes ITS-Modul⁴⁴).

⁴³ Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus – eine durch den breiten Einsatz von Antibiotika zunehmend auftretende resistente Staphylokokkenart, häufig Verursacher von nosokomialen Infektionen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen

⁴⁴ Modul des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) für Surveillance von nosokomialen Infektionen an Intensivstationen (ITS)

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Keine Infektions-Surveillance nach einem dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Überwachungssystem bestand an den Fachabteilungen für Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Kinderheilkunde an der neonatologischen Intensivstation.

- 14.2** Der RH stellte kritisch fest, dass die KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Infektions-Surveillance nicht nachkamen. Er anerkannte zwar die Bemühungen der KRAGES, eine einheitliche Softwarelösung als Grundlage für eine kohärente Vorgehensweise in den einzelnen Krankenanstalten einzuführen, kritisierte jedoch, dass sieben Jahre nach der Einführung der grundsatzgesetzlichen Regelung im KAKuG in den vier Krankenanstalten der KRAGES noch immer keine entsprechende Infektions-Surveillance eingerichtet war.

Der RH wies in diesem Zusammenhang jedoch darauf hin, dass der burgenländische Landesgesetzgeber das Bgld. KAG 2000 erst rund vier Jahre nach Ablauf der gesetzlich vorgesehenen Frist für die Erlassung der Ausführungsbestimmungen entsprechend angepasst hatte.

KH Güssing

Der RH empfahl dem KH Güssing, die anhand von Indikator-Operationen erhobenen Infektionsdaten in Zukunft auch an ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Surveillance-System wie ANISS oder KISS zu melden, um so den gesetzlich geforderten Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denen anderer Institutionen zu ermöglichen.

KH Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Den KH Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart empfahl der RH, mit Hilfe der zur Verfügung gestellten Software so rasch wie möglich anhand geeigneter Indikator-Operationen eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Infektions-Surveillance einzurichten. Dafür kämen aus seiner Sicht in der Chirurgie bspw. Hernien- und Colonoperationen, in der Orthopädie und Unfallchirurgie etwa Hüft- und Kniegelenkprothetik sowie in der Gynäkologie/Geburtshilfe der Kaiserschnitt in Frage. Ebenso sollte im Bereich der Intensivmedizin und hier insbesondere für die Betreuung von Frühgeborenen (Neonatologie im Rahmen der Kinderheilkunde) eine entsprechende Surveillance von nosokomialen Infektionen eingerichtet werden.

KH BBR Eisenstadt

Im KH BBR Eisenstadt erachtete der RH eine Ausweitung der Infektionserfassung auf zusätzliche Fachbereiche für notwendig, um – wie vom Gesetzgeber gefordert – besondere Risikobereiche innerhalb einer Krankenanstalt abdecken zu können.

Er empfahl daher dem KH BBR Eisenstadt die zusätzliche Infektionserfassung in den Fachbereichen Allgemeinchirurgie (anhand der Indikator-Operation Colonoperationen) sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikator-Eingriffs Kaiserschnitt) sowie die Meldung der diesbezüglichen Ergebnisse an ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Surveillance-System wie ANISS oder KISS. Auch im Bereich der Intensivmedizin sollten nosokomiale Infektionen erfasst werden; dies gilt insbesondere auch für die neonatologische Intensivstation.

14.3 (1) Die KRAGES teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Hygieneteams nosokomiale Infektionen erfasst und die Ergebnisse über die Zeit verglichen hätten. Der Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denen anderer, vergleichbarer Institutionen erfolge nach einem international anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System ab 2014 mit ANISS. Ab 2014 würden die Indikator-Operationen an ANISS gemeldet. Die Ausweitung der systematischen Infektions-Surveillance auch für die Betreuung von Frühgeborenen sei berücksichtigt worden.

(2) Der Konvent der Barmherzigen Brüder sagte in seiner Stellungnahme zu, Indikator-Operationen im Zuge der Zertifizierung entsprechend der Empfehlung des RH einzuführen.

14.4 Der RH wies gegenüber der KRAGES erneut auf die gesetzliche Verpflichtung hin, an einem international anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System teilzunehmen. Vor diesem Hintergrund beurteilte er die Entscheidung der KRAGES, ab 2014 Daten von Indikator-Operationen an das österreichische ANISS-Projekt zu melden, positiv.

Erfassung von
Komplikationen

15.1 Wesentliche Indikatoren für die Qualität der medizinischen Leistungserbringung sind auch Art und Anzahl von Komplikationen nach operativen Eingriffen. Diesbezüglich bestanden weder auf Bundes- noch auf Landesebene einheitliche Vorgaben. Laut BMG sollen in Zukunft im Rahmen des Indikatorenmodells A-IQI neben Sterbe- und Intensivhäufigkeiten auch andere Formen von Komplikationen abgefragt und ausgewertet werden.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Eine systematische Erfassung von Komplikationen ist nicht nur Voraussetzung für krankenhausweite Auswertungen, sondern auch für Meldungen an zentrale Register und damit für ein krankenhausübergreifendes Benchmarking. Beispiele für derartige Register waren das freiwillige Geburtenregister Österreichs⁴⁵ und das Hüftendoprothesen-Register⁴⁶, das zukünftig alle in österreichischen Krankenanstalten durchgeführten Primärimplantationen und Komponentenwechsel dokumentieren soll.

Vor diesem Hintergrund ermittelte der RH, ob bzw. in welchem Umfang die fünf überprüften Krankenanstalten Komplikationen – abgesehen von der Dokumentation in der Krankengeschichte – systematisch erfassten.

KH Güssing

Im KH Güssing erfolgte eine Erfassung von Komplikationen abteilungsspezifisch in den Fachbereichen Allgemeinchirurgie für die Mammachirurgie sowie Innere Medizin im Rahmen der Teilnahme am Projekt Benchmarking ERCP⁴⁷ der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)⁴⁸. Ziel des Projekts ist eine österreichweit anonymisierte Erfassung und vergleichende Auswertung der Ergebnisqualität der endoskopisch-retrograden Cholangiopankreatikographie (ERCP)⁴⁹.

⁴⁵ Im Jahr 2005 beauftragte die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe das Institut für klinische Epidemiologie in Innsbruck, das für das Land Tirol seit 2000 bestehende Register für die freiwillige Teilnahme von geburtshilflichen Abteilungen aller österreichischen Krankenanstalten sowie Hebammen, die Geburten selbständig betreuen, zu öffnen (siehe dazu Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 4/2007, S. 5 f.).

⁴⁶ Mit der Einführung des Hüftendoprothesen-Registers sollen laut Österreichischem Bundesinstitut für Gesundheit bundesweit einheitliche Daten über Behandlungserfolge bzw. über Unterschiede bei der Verwendung von Implantaten verschiedener Hersteller generiert und ausgewertet werden können.

⁴⁷ <http://www.oeggh.at/images/stories/pdf/ercp.pdf> (Stand Juni 2013)

⁴⁸ http://www.oeggh.at/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=108 (Stand Juni 2013)

⁴⁹ Bei einer ERCP untersucht der Arzt die Gallengänge und die Gallenblase sowie den Ausscheidungsgang der Bauchspeicheldrüse mit einem Kontrastmittel und stellt sie unter Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen dar. Das Verfahren dient der Diagnose und Therapie eines Gallestaus durch Gallensteine oder Engstellen im Bereich der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge sowie Tumoren.

Tabelle 10: Erfassung von Komplikationen im KH Güssing

	systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle im KH	Meldung an Register
Chirurgie	ja	nein	nein	nein
Innere Medizin	ja	nein	nein	ERCP- Projekt-ÖGGH
Anästhesie und Intensivmedizin	nein	nein	nein	nein

Quelle: KH Güssing

KH Kittsee

Im KH Kittsee wurden Komplikationen abteilungsspezifisch in der Allgemein Chirurgie anhand der Gallen- und Schilddrüsenoperationen, in der Inneren Medizin im Rahmen der Teilnahme am Projekt Benchmarking ERCP der ÖGGH sowie in der Anästhesie anhand der Intubationsschwierigkeiten erfasst.

Tabelle 11: Erfassung von Komplikationen im KH Kittsee

	systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle im KH	Meldung an Register
Chirurgie	ja	nein	nein	nein
Innere Medizin	ja	nein	nein	ERCP- Projekt-ÖGGH
Anästhesie und Intensivmedizin	ja	nein	nein	nein

Quelle: KH Kittsee

KH Oberpullendorf

Im KH Oberpullendorf erfolgte eine Erfassung von Komplikationen abteilungsspezifisch in der Allgemein Chirurgie anhand einer detaillierten Excel-Liste sowie bis zum Jahr 2013 im Rahmen des österreichweiten Projekts „Qualitätssicherung in der Chirurgie“⁵⁰. Die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe nahm am österreichischen Gebur-

⁵⁰ Das vom BIQG, der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC) und des Berufsverbands Österreichischer Chirurgen betriebene Projekt erfasste Komplikationen im Sinne einer ungeplanten Re-Operation bis zum 14. postoperativen Tag.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

tenregister teil.⁵¹ An der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin wurde das Dokumentationssystem ICDoc des Österreichischen Zentrums für Dokumentation und Qualitätssicherung (Verein ASDI) angewandt.

Tabelle 12: Erfassung von Komplikationen im KH Oberpullendorf

	systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle im KH	Meldung an Register
Chirurgie	ja	nein	nein	nein
Innere Medizin	nein	nein	nein	nein
Gynäkologie Geburtshilfe	ja	ja (ViewPoint)	nein	Geburtenregister (TILAK)
Anästhesie und Intensivmedizin	ja	ja (ICDoc)	nein	ja (ASDI)

Quelle: KH Oberpullendorf

KH Oberwart

Im KH Oberwart erfolgte eine abteilungsspezifische Erfassung von Komplikationen in den Fachbereichen Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Unfallchirurgie und Urologie. Die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe nahm am österreichischen Geburtenregister teil. Auch die Abteilungen für Unfallchirurgie und Urologie meldeten Komplikationen an fachspezifische Register (Hüftendoprothesen-Register, Zystektomieregister).

⁵¹ Zusätzlich meldeten die gynäkologischen/geburtshilflichen Abteilungen der KH Güssing, Oberpullendorf und Oberwart schwerwiegende Zwischenfälle bzw. Beinahezweischenfälle bei der Anwendung von In-vitro-Diagnostika – wie im österreichischen Medizinproduktegesetz vorgeschrieben – dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen als der für die Medizinmarktaufsicht zuständigen Behörde. Dieses operiert als ein Geschäftsfeld der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES); sein Eigentümer und Auftraggeber ist die Republik Österreich.

Tabelle 13: Erfassung von Komplikationen im KH Oberwart

	systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle im KH	Meldung an Register
Chirurgie	ja	nein	nein	nein
Innere Medizin	nein	nein	nein	nein
Gynäkologie Geburtshilfe	ja	ja (ViewPoint)	nein	Geburtenregister (TILAK)
Kinder- und Jugendheilkunde	nein	nein	nein	nein
Neurologie	nein	nein	nein	nein
Unfallchirurgie	ja	nein	nein	Österreichisches Hüftendoprothetik-Register
Urologie	ja	nein	nein	Österreichisches Zystektomieregister
Anästhesie und Intensivmedizin	nein	nein	nein	nein

Quelle: KH Oberwart

KH BBR Eisenstadt

Im KH der BBR Eisenstadt erfolgte eine abteilungsspezifische Erfassung von Komplikationen in den Fachbereichen Allgemeinchirurgie, Innere Medizin, Orthopädie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. An der allgemeinen chirurgischen Abteilung wurden Komplikationen im Rahmen des österreichweiten Projekts „Qualitätssicherung in der Chirurgie“ erfasst.

Die Abteilung für Innere Medizin erfasste Komplikationen bei der Behandlung von Patienten mit CML und meldete die Daten an ein von der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Onkologie (ÖGHO) betriebenes Register. Darüber hinaus fand eine Komplikationserfassung für Koronarangiographien⁵² im Rahmen der Teilnahme an zwei Registern⁵³ statt. Die Abteilung für Orthopädie nahm am Hüftendoprothesenregister des BIQG, die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

⁵² Die Koronarangiographie ist ein bildgebendes Verfahren, das mit Hilfe von Kontrastmitteln den Innenraum der Koronararterien (Herzkranzgefäße) sichtbar macht. Die Untersuchung wird mit Hilfe eines Linksherzkatheters durchgeführt. Es handelt sich also um ein invasives Verfahren.

⁵³ Mit dem Register der Arbeitsgemeinschaft Interventionelle Kardiologie der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft wurden Daten über sämtliche Herzkathetereingriffe, mit dem Akut-PCI (akute perkutane Koronarintervention) Register Daten über akute Myokardinfarkte erhoben.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

am Geburtenregister teil; Letztere führte darüber hinaus eine zusätzliche Excel-Liste über aufgetretene Komplikationen.

Tabelle 14: Erfassung von Komplikationen im KH BBR Eisenstadt				
	systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle im KH	Meldung an Register
Chirurgie	ja	ja (Webportal)	nein	ja (Re-Operationsregister BIQG)
Innere Medizin	ja (für CML-Patienten, für Herzkathetereingriffe, für ERCP)	ja	nein	ja (CML-Register der ÖGHÖ), ja (ERCP/ÖGGH), ja (AG Interventionelle Kardiologie und Akut-PCI-Register)
Gynäkologie Geburtshilfe	ja	ja	nein	Geburtenregister (TILAK)
Kinderheilkunde	nein	nein	nein	nein
Orthopädie	ja	ja (Webportal)	nein	ja (Hüftendoprothesen-Register BIQG)
Unfallchirurgie	nein	nein	nein	nein
Anästhesie und Intensivmedizin	ja	ja (ICDoc)	nein	ja (ASDI)

Quelle: KH BBR Eisenstadt

- 15.2** Der RH hielt kritisch fest, dass die überprüften Krankenanstalten Komplikationen je nach Abteilung und abhängig vom persönlichen Engagement des jeweiligen Abteilungsleiters unterschiedlich erfassten. Eine krankenhausesübergreifende 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. § 23 Abs. 3 Bgld. KAG 2000). 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, bis Komplikationsraten fachbereichsübergreifend im bundesweiten Indikatorenmodell abgebildet werden können.

Da aus Sicht des RH eine bundesweite Vergleichbarkeit von Komplikationsraten im Sinne eines Benchmarking mittelfristig anzustreben war, beurteilte er die diesbezügliche Initiative des BMG positiv. Er verwies in diesem Zusammenhang auf seine Ausführungen in TZ 8.

15.3 *Laut Stellungnahme der KRAGES seien Komplikationsraten ein Indikator für Ergebnisqualität. Im Sinne eines Benchmarking müsste so rasch als möglich bundesweit ein fachbereichsübergreifendes Indikatorenmodell mit vergleichbarer, valider Dokumentation entwickelt werden. Im Sinne der Transparenz werde an einer IT-unterstützten systematischen Erfassung und zentralen Auswertung von Komplikationen, mit anschließender Meldung an die kollegiale Führung, Geschäftsführung und das zentrale Qualitätsmanagement gearbeitet.*

Histologische
Untersuchungen

16.1 Das Bgld. KAG 2000 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.

Der RH untersuchte daher, in welchem Ausmaß die fünf überprüften Krankenanstalten bei allgemeinchirurgischen Eingriffen⁵⁴ und ausgewählten Eingriffen im Bereich der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)⁵⁵ im Jahr 2012⁵⁶ zytopathologische bzw. histopathologische Untersuchungen durchführten.

⁵⁴ Blinddarm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Schilddrüse, Brust-OP, Dickdarm

⁵⁵ Adenotomie, Tonsillektomie und Tonsillotomie

⁵⁶ Im KH Oberwart wurden die Daten von Mai 2012 bis April 2013 erhoben, im KH BBR Eisenstadt für die Bereiche Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie von Jänner bis Dezember 2012 sowie für den Bereich HNO von Jänner bis Juni 2013.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Alle vier Krankenhäuser der KRAGES ordneten bei den ausgewählten Eingriffen der Allgemein Chirurgie und HNO⁵⁷ flächendeckend histologische Untersuchungen an.

KH BBR Eisenstadt

Im KH BBR Eisenstadt erfolgten bei allen vom RH ausgewählten allgemein chirurgischen Eingriffen⁵⁸ histologische Untersuchungen.

Im Bereich der HNO wurde bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nur bei klinisch auffälligem Befund eine histologische Untersuchung der nach einer Adenotomie oder Tonsillektomie bzw. Tonsillotomie entnommenen Gewebe angeordnet (erstes und zweites Quartal 2013: bei 36 von 149 Eingriffen). Für die Zukunft war beabsichtigt, histopathologische Untersuchungen bei Kindern bereits ab dem zehnten Lebensjahr durchführen zu lassen; nach drei Jahren soll evaluiert werden, ob es bei Kindern zwischen dem zehnten und 16. Lebensjahr Diskrepanzen zwischen der klinisch gestellten Diagnose und der histologischen Aufarbeitung gebe.

- 16.2** Nach Ansicht von Pathologen garantieren histopathologische Untersuchungen eine strenge dauerhafte Qualitätskontrolle, die auch Aspekte der medizinischen Prozessqualität erfassen. Der RH hob daher positiv hervor, dass die fünf Krankenanstalten bei den überprüften allgemein chirurgischen Eingriffen histologische Untersuchungen flächendeckend vornahmen.

Da das KH BBR Eisenstadt im Unterschied zum KH Oberwart⁵⁹ im Bereich der HNO bei bestimmten Patientengruppen nur bei klinisch auffälligem Befund histologische Untersuchungen anordnete, empfahl er dem Land Burgenland, im Interesse der höchstmöglichen Patientenbehandlungssicherheit bzw. auch aus forensischen Gründen, eine einheitliche Vorgangsweise zu prüfen.

⁵⁷ bei insgesamt rd. 1.150 Eingriffen (in den KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf überprüfte der RH mangels Verfügbarkeit elektronischer OP-Daten die Anordnung histologischer Untersuchungen bei einer repräsentativen Teilmenge)

⁵⁸ bei rd. 640 Eingriffen

⁵⁹ Die anderen KRAGES-KH führten solche Eingriffe nicht durch.

Fehlermeldesysteme

17.1 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 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 Review-Bericht internationaler Studien und Vergleiche, der im Jahr 2004 erstellt wurde, 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.⁶⁰

Das BIQG 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.

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

- Das KH Güssing erstellte im Jahr 2009 eine Richtlinie über Risikomanagement, die den Prozess eines Fehlermeldesystems beschrieb. Diese Richtlinie wurde 2012 evaluiert und angepasst. Im Rahmen dieses Fehlermeldesystems wurden zwei Formulare entwickelt, eines betreffend Medikamentenverwechslungen und eines für sonstige Vorfälle.

Die Meldung sollte dabei schriftlich per E-Mail oder über die aufliegenden Formulare (anonym oder namentlich) innerhalb von 48 Stunden nach dem Vorfall erfolgen; eine anonymisierte EDV-Meldung war nicht möglich. Die eingegangene Meldung wurde vom Risikomanagementteam analysiert und eine Lösung gesucht.⁶¹ Nach Erstellung einer Empfehlung oder einer Maßnahme erfolgte eine Rückmeldung an die kollegiale Führung. Im KH Güssing wurde auch

⁶⁰ iatrogene Todesfälle (durch ärztliche Maßnahmen verursacht)

⁶¹ allenfalls unter Beiziehung der kollegialen Führung oder auch externer Experten oder Ansprechpersonen aus speziellen Bereichen

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

eine Statistik über die Anzahl der eingegangenen Fehlermeldungen geführt. Zudem wurden alle Mitarbeiter über Verbesserungen aufgrund ihrer Meldung informiert.⁶²

- Im KH Kittsee waren Fehlermeldeformulare nach Vorbild des KH Güssing zwar vorhanden, wurden aber nicht verwendet. Kritische Ereignisse wurden laut Ärztlichem Leiter in den Besprechungen der Ärzte thematisiert.
- Im KH Oberpullendorf lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH Entwürfe für Fehlermeldeformulare nach dem Vorbild des KH Güssing vor. Die Umsetzung war noch für 2013 geplant.
- Das KH Oberwart verwendete zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH ein Formular zur Vermeidung von Medikamentenverwechslungen, eines für sonstige kritische Ereignisse war in Ausarbeitung. Die Umsetzung war ebenfalls noch für 2013 geplant.

Die ARGE Qualitätsmanagement der KRAGES (siehe TZ 34) beschloss in einer Sitzung im Oktober 2012 einheitliche Mindestvorgaben für das Fehlermeldesystem basierend auf den bisherigen Erfahrungen der Krankenhäuser (insbesondere des KH Güssing) für alle KRAGES-Häuser.

KH BBR Eisenstadt

Das KH BBR Eisenstadt hatte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH mit der Einführung eines Fehlermeldesystems begonnen.

Der Link zum elektronischen CIRS-Formular befand sich auf der Startseite des krankenhausinternen Intranets und war so allen Mitarbeitern zugänglich. Die Auswertung erfolgte durch eine – sechs Mitglieder aus allen Bereichen des Krankenhauses umfassende – Arbeitsgruppe. Diese berichtete an die kollegiale Führung bzw. an das Qualitätsmanagement.

Die ersten Schulungen für Mitarbeiter fanden im Sommer 2013 statt. Parallel dazu bestand seit April 2013 ein betriebliches Vorschlagswesen zur Verbesserung von Arbeitsabläufen und zur Qualitätssteigerung.

⁶² Die Anonymität blieb gewahrt, weil nur der Vorschlag und die Maßnahmen kundgemacht wurden.

- 17.2** Der RH wies auf die Bedeutung von Fehlermeldesystemen zur Verbesserung der Patientensicherheit hin und unterstrich generell die im Leitfaden des BIQG genannten Voraussetzungen der Freiwilligkeit, Sanktionsfreiheit und Anonymität. Er anerkannte die (begonnene) Implementierung von Fehlermeldesystemen in den fünf überprüften Krankenanstalten.

Der RH empfahl der KRAGES und dem KH BBR Eisenstadt, die Einführung bzw. Verwendung von Fehlermeldesystemen mit Nachdruck weiter voranzutreiben, und unter den Mitarbeitern durch gezielte Maßnahmen (z.B. Informationsveranstaltungen) verstärkt Bewusstsein für die Bedeutung von Fehlermeldungen zur Verbesserung der Patientenbehandlungssicherheit zu schaffen. Dem KH Kittsee empfahl er darüber hinaus, zur besseren Nachvollziehbarkeit und Transparenz sowie zur Erhöhung der Wirksamkeit, die vorhandenen CIRS-Formulare zu verwenden.

- 17.3** *Die KRAGES führte in ihrer Stellungnahme aus, dass die Fehlermeldeformulare in allen KRAGES-Häusern verwendet würden. Ab 2014 erfolge die Auswertung durch das Qualitätsmanagementkernteam; das CIRS-Formular werde den Bediensteten im Intranet zur Meldung zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse und Empfehlungen würden an die jeweilige kollegiale Führung zur weiteren Veranlassung schriftlich weitergeleitet.*

Zertifizierungen

- 18.1** 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.⁶³

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

⁶³ 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

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Die KRAGES plante bereits seit längerem die Installierung von Qualitätssicherungsprogrammen in ihren Krankenanstalten. Die KRAGESweite Entscheidung für ein bestimmtes System sowie etwaige diesbezügliche Vorgaben für die Krankenhäuser waren jedoch nicht schriftlich dokumentiert.

- Das KH Güssing war seit November 2011 zertifiziert.
- Da das KH Kittsee aufgrund seiner baulichen Gegebenheiten nur unter großem finanziellen Mehraufwand eine krankenhausesweite Zertifizierung erlangen könnte, soll eine Zertifizierung nur in Teilbereichen erfolgen. Aufgrund knapper Ressourcen wurde noch kein Termin für die Umsetzung fixiert.
- Im KH Oberpullendorf soll die Zertifizierung 2015 erfolgen.
- Das KH Oberwart entschied sich im Mai 2012 für die Zertifizierung. Das Projekt soll im August 2013 starten und 18 Monate dauern.

KH BBR Eisenstadt

Das KH BBR Eisenstadt plante für das zweite Quartal 2014 eine Zertifizierung nach einem zumeist in österreichischen Ordenskrankenhäusern angewandten System.

- 18.2** 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 und Anzahl der verwendeten Blutkonserven je Operation, in den Zertifizierungsverfahren nicht thematisiert.

18.3 Laut Stellungnahme des Konvents der Barmherzigen Brüder sei die Feststellung des RH, dass Zertifizierungen als Nachweis der Erfüllung der Qualitätssicherungskriterien nicht ausreichend waren, nicht nachvollziehbar.

18.4 Der RH stellte gegenüber dem Konvent der Barmherzigen Brüder nochmals klar, dass einzig die krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben und die Strukturqualitätskriterien des ÖSG als Maßstab für die Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Verpflichtungen zur Qualitätssicherung heranzuziehen waren.

WHO-Checkliste

19.1 Die WHO fasste im Oktober 2004 eine Resolution, welche 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-Saal zu verbessern. Die Checkliste sollte einfach zu handhaben, für möglichst alle Operationen anwendbar und messbar sein; sie umfasste drei Bereiche: „Sign In“ (vor Einleitung des Anästhesieverfahrens), „Team Time Out“ (vor Beginn des Eingriffs) und „Sign Out“ (vor Eingriffsende). Die WHO regte auch an, dass die Krankenanstalten die Liste den Bedürfnissen des jeweiligen Betriebs anpassen und gegebenenfalls ergänzen können.

In einer Studie⁶⁴, die in acht Krankenanstalten in acht Staaten durchgeführt wurde, konnte nachgewiesen werden, dass durch 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 %.

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

- Die KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf verwendeten jeweils eine ähnliche Checkliste. Im KH Güssing überprüfte das Qualitätsmanagement quartalsmäßig im Rahmen stichprobenartiger Kontrollen der Krankengeschichten, ob die OP-Checkliste in den Krankenakten vorhanden und korrekt ausgefüllt war.

⁶⁴ A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, New England Journal of Medicine 2009; 360:491–9

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

- Das KH Oberwart verwendete drei unterschiedliche Checklisten, eine für Kaiserschnittgeburten, eine andere für Patienten aus der Intensivstation und eine weitere für alle übrigen Fächer. Zudem hatte jede Abteilung eigene Checklisten für das „Team Time Out“ (insgesamt sieben verschiedene), wobei viele Punkte ident waren und einige auf abteilungsspezifischen Unterschieden basierten.

Die ARGE Qualitätsmanagement definierte im Juni 2012 – basierend auf den oben genannten OP-Checklisten – Mindeststandards für die OP-Checklisten aller KRAGES-Häuser. Diese Vorgaben orientierten sich jedoch nicht vollständig an den Empfehlungen der WHO. In diesen und in den bereits verwendeten OP-Checklisten fehlte – mit Ausnahme in jenen des KH Oberwart – bspw. ein Feld für die Frage, ob ein Risiko für größeren Blutverlust besteht und hierfür die entsprechenden Konserven vorhanden sind.

KH BBR Eisenstadt

Das KH BBR Eisenstadt verwendete eine OP-Checkliste, die jener der WHO entsprach.

- 19.2** Der RH hielt kritisch fest, dass die OP-Checklisten der vier überprüften Krankenhäuser der KRAGES unterschiedlich waren und nur teilweise den Empfehlungen der WHO entsprachen. Er empfahl der KRAGES als Rechtsträgerin der KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart, die Einführung einer einheitlichen OP-Checkliste zu veranlassen, die alle Bereiche der WHO-Checkliste (bspw. auch Fragestellungen betreffend Blutverlust) abdeckt. Der RH verkannte nicht, dass die WHO eine Anpassung der OP-Checkliste an die jeweiligen Bedürfnisse des Betriebs angeregt hatte. Trotzdem empfahl er der KRAGES zu überlegen, die OP-Checkliste(n) stärker an den Vorgaben der WHO zu orientieren.

Die stichprobenartigen Kontrollen von Krankengeschichten einschließlich OP-Checkliste im KH Güssing beurteilte der RH im Sinne einer nachgängigen Kontrolle und ihrer präventiven Wirkung positiv. Er empfahl den KH Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart sowie dem KH BBR Eisenstadt, ebenfalls solche Kontrollen durchzuführen.

- 19.3** (1) *Laut Stellungnahme der KRAGES seien die Vorgaben von der WHO sehr allgemein und kurz gehalten; sie würden die lokalen Gegebenheiten nicht berücksichtigen. Die KRAGES habe aus diesem Grund die Vorgaben der WHO-Checkliste, auch im Sinne der Patientensicherheit, um den stationären Bereich und den Patiententransport erweitert. Ein*

Abgehen von der derzeitigen Praxis werde als nicht zielführend erachtet. Jener Punkt, der nicht der WHO-Checkliste (Blutkonserven) entsprochen habe, sei adaptiert worden. Weiters teilte die KRAGES mit, dass die Qualitätssicherungskernteams in den KH Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart ab 2014 Kontrollen durchführen und die Ergebnisse den kollegialen Führungen schriftlich mitteilen würden.

(2) Der Konvent der Barmherzigen Brüder merkte in seiner Stellungnahme an, dass Kontrollen der Durchführung der WHO-Checkliste durch das RISK-Management durchgeführt würden, wobei die letzte Überprüfung im September 2013 erfolgt sei.

- 19.4** Gegenüber der KRAGES anerkannte der RH die Adaptierung der WHO-Checkliste; er stellte klar, dass seine Empfehlung darauf gerichtet war, dass OP-Checklisten verwendet werden, die zumindest dem Standard der WHO-Checkliste entsprechen.

Onkologische Versorgung in den überprüften Krankenanstalten

Versorgungsstrukturen laut ÖSG

- 20.1** Der ÖSG enthält detaillierte Vorgaben für den Fachbereich Onkologie. Danach kann die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung und Betreuung von Krebskranken entweder durch ein Onkologisches Zentrum (ONKZ)⁶⁵, durch einen Onkologischen Schwerpunkt (ONKS)⁶⁶ oder eine assoziierte onkologische Versorgung (ONKA)⁶⁷ erfolgen. Ziel dieser abgestuften integrierten Versorgung ist u.a. die Erhöhung der Behandlungssicherheit und gleichzeitig die Verringerung des Risikopotenzials.

Laut ÖSG waren in einem Onkologischen Schwerpunkt alle im Tumorboard vorgesehenen Fachbereiche (jedenfalls Innere Medizin/Hämatologie, Radiodiagnostik, Radioonkologie und Pathologie) vorzuhalten, die Radioonkologie betreffend war eine Sicherstellung in räumlicher Nähe zulässig.

⁶⁵ stellt die höchste Versorgungsstufe dar; beinhaltet onkologische Forschung und Ausbildung sowie die Betreuung seltener onkologischer Erkrankungen oder solcher Krebskrankheiten, die mit hohem diagnostischem oder therapeutischem Aufwand verbunden sind

⁶⁶ Erbringung auch komplexer onkologischer Leistungen, Ausbildung etc.

⁶⁷ Erbringung von Therapie und Übernahme weiterer Leistungen in Abstimmung mit kooperierenden ONKS und/oder ONKZ; Notfallversorgung

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Der RSG sah die KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf als assoziierte onkologische Versorgung und das KH Oberwart als Onkologischen Schwerpunkt vor. Das KH Oberwart verfügte – wie auch im LAKAP und im RSG ausgewiesen – über ein Institut für Pathologie; die radioonkologische Versorgung erfolgte durch das KH Wiener Neustadt.

KH BBR Eisenstadt

Der RSG wies das KH BBR Eisenstadt als Onkologischen Schwerpunkt⁶⁸ aus. Im KH BBR Eisenstadt war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ein externer Pathologe an vier Halbtagen pro Woche im Krankenhaus tätig und führte dort Gefrierschnitte, Obduktionen etc. durch (siehe dazu TZ 37); die radioonkologische Versorgung erfolgte ebenfalls durch das KH Wiener Neustadt.

Im LAKAP 2008 war die onkologische Versorgung in den burgenländischen Krankenanstalten nicht ausgewiesen.

- 20.2** Der RH wies darauf hin, dass das KH BBR Eisenstadt als Onkologischer Schwerpunkt eingestuft war. Das Krankenhaus verfügte jedoch über kein entsprechendes Institut für Pathologie, sondern wurde durch einen Konsiliararzt pathologisch versorgt.

Der RH empfahl dem BMG klarzustellen, wie die pathologische Versorgung in einer Krankenanstalt ausgestaltet sein muss, um den Vorgaben des ÖSG für einen Onkologischen Schwerpunkt zu genügen.

Weiters bemängelte der RH, dass der aus 2008 stammende LAKAP nicht aktuell war und die onkologische Versorgungsstruktur im Burgenland nicht auswies (siehe TZ 7). Ergänzend empfahl er dem Land Burgenland eine ehestmögliche Überarbeitung und die Ausweisung der onkologischen Versorgungsstufen⁶⁹ der einzelnen burgenländischen Krankenanstalten; dabei wäre auf die Klarstellung des BMG hinsichtlich der pathologischen Versorgung in Onkologischen Schwerpunkten Bedacht zu nehmen.

⁶⁸ Dem KH BBR Eisenstadt wurde vom Amt der Burgenländischen Landesregierung im Jahr 2006 auf Grundlage des damals geltenden Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans die Bewilligung als „Onkologischer Schwerpunkt“ erteilt. Trotz der gleichlautenden Bezeichnung erfordert die Ausübung eines Onkologischen Schwerpunkts nach dem ÖSG 2012 die Erfüllung anderer Voraussetzungen.

⁶⁹ Laut Auskunft des BMG sind jedenfalls Onkologische Schwerpunkte und Onkologische Zentren im Landeskrankenanstaltenplan explizit auszuweisen.

20.3 (1) Das BMG wies in seiner Stellungnahme hinsichtlich der Ausgestaltung der pathologischen Versorgung in einem Onkologischen Schwerpunkt auf die Festlegungen im ÖSG 2012 (S. 84) hin, wonach sich interdisziplinäre Tumorboards an Onkologischen Zentren und Schwerpunkten aus Vertretern verschiedener Disziplinen, u.a. der Pathologie, zusammensetzten. Der RH habe festgestellt, dass das KH BBR Eisenstadt kein Institut für Pathologie habe, jedoch einen externen Pathologen als Konsiliararzt beschäftige. Aus Sicht des BMG werde den Vorgaben des ÖSG dann entsprochen, wenn dieser Pathologe im Tumorboard vertreten sei. Weiters habe es das Land Burgenland bzw. den Burgenländischen Gesundheitsfonds bereits mehrmals darauf hingewiesen, dass der aus 2008 stammende LAKAP nicht aktualisiert worden und die onkologische Versorgungsstruktur im Burgenland noch nicht auf Basis des ÖSG 2012 ausgewiesen sei.

(2) Das Land Burgenland hielt in seiner Stellungnahme fest, dass der LAKAP die wesentlichen Grundlagen der Krankenanstaltenstruktur sowie das Leistungsangebot enthalte. Als Verordnung der Landesregierung und Planungsinstrument für das Leistungsangebot der Fondskrankenanstalten im Land könne er nicht jede Änderung abbilden, die einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung bedürfe. Bei der derzeitigen Evaluierung des LAKAP werde geprüft, welche neuen Inhalte einer verordnungsmäßigen Regelung bedürften. Ziel der Landesregierung und damit der Steuerung des Gesundheitswesens im Burgenland sei es, auf Basis des ÖSG und des RSG, der sich in Überarbeitung befinde, die notwendigen vorausschauenden Planungen im Gesundheitswesen festzulegen. Wesen eines Planungsinstruments sei es auch, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Krankenanstaltenplanungen festzulegen, um eine Planungssicherheit für einen Zeitraum von ca. fünf Jahren zu gewährleisten. Dabei werde auch auf die onkologischen Versorgungsstufen der burgenländischen Fondskrankenanstalten eingegangen.

(3) Der Konvent der Barmherzigen Brüder verwies in seiner Stellungnahme auf den ÖSG 2012, der bei einem Onkologischen Schwerpunkt ein Institut für Pathologie nicht ausdrücklich verlange. Das Krankenhaus müsse lediglich eine Schnellgefrierschnittuntersuchung vor Ort etablieren; alle anderen histopathologischen Untersuchungen seien in Zusammenarbeit zu erbringen. Das KH BBR Eisenstadt werde nicht durch einen Konsiliararzt pathologisch versorgt, sondern arbeite im Bereich der Pathologie mit einer externen Einrichtung zusammen. Diese würde das KH BBR Eisenstadt nunmehr von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 13.00 Uhr (bzw. Dienstag bis 15.00 Uhr) mit einem vor Ort eingesetzten Pathologen versorgen, der Gefrierschnittuntersuchungen und Obduktionen durchführt. Die Vorgaben des ÖSG 2012 seien erfüllt.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Die vor Ort tätigen Pathologen seien darüber hinaus an ein onkologisches Referenzzentrum (AKH Wien) angebunden.

20.4 (1) Der RH nahm die Ausführungen des BMG zur Kenntnis, wies aber in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass der ÖSG 2012 auf S. 83 bei einem Onkologischen Schwerpunkt die „Vorhaltung aller im interdisziplinären Team (Tumorboard) vorgesehenen Fachbereiche ...“ vorsieht. Der RH wertete daher das Vorhaben des BMG positiv, sämtliche an dieses gerichtete Empfehlungen zur onkologischen Versorgung in das für Planung und ÖSG zuständige Arbeitsgremium der Bundesgesundheitsagentur einzubringen (siehe TZ 23). Im Hinblick auf mögliche Unklarheiten auch in anderen Bundesländern empfahl der RH dem BMG, seine Ausführungen zur Organisation der onkologischen Versorgung auch den anderen Bundesländern bzw. den Rechtsträgern der Krankenanstalten mitzuteilen.

(2) Der RH entgegnete dem Land Burgenland, dass gerade der LAKAP als Verordnung die Grundlage für alle krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungen in Bescheidform darstellt. Insofern sind Änderungen, die seine landesgesetzlich vorgegebenen Mindestinhalte betreffen – wie bspw. Referenzzentren und spezielle Versorgungsbereiche –, von der Landesregierung zuerst im LAKAP selbst vorzunehmen, weil ansonsten eine entsprechende Grundlage für den Bewilligungsbescheid fehlt. Der RH hielt daher seine Empfehlung, den LAKAP mit der Strukturplanung abzustimmen und aktuell zu halten, aufrecht.

(3) Gegenüber dem Konvent der Barmherzigen Brüder verwies der RH auf die Klarstellung des BMG. Die Ausführungen des Konvents betreffend die pathologische Versorgung des KH BBR Eisenstadt nahm der RH zur Kenntnis; er hielt aber gleichzeitig fest, dass er diese Versorgung in TZ 37, worauf im Sachverhalt ausdrücklich verwiesen wurde, im Detail beschrieben hatte.

Festlegung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten

21.1 Ziel der im ÖSG für die Onkologie definierten abgestuften integrierten Versorgung war auch eine flächendeckende Verbesserung der onkologischen Versorgung unter Einbeziehung der gesamten Behandlungskette von der Früherkennung über die Diagnostik und Behandlung bis hin zur Nachsorge.

Laut ÖSG hatte der Krankenanstaltenträger unter Berücksichtigung der definierten Qualitätskriterien und der Behandlungssicherheit festzulegen, welche Abteilung für welche onkologischen Leistungen zuständig

und verantwortlich ist; der Begriff „Leistung“ war im ÖSG jedoch nicht definiert. Der RSG⁷⁰ enthielt zum Themenbereich Onkologie einige Ausführungen bezogen auf die fünf überprüften Krankenanstalten.⁷¹

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Alle vier Krankenhäuser führten onkologische Leistungen durch. Die KRAGES hatte bisher diesbezüglich keine schriftlichen Festlegungen für diese getroffen. Das KH Güssing strebte auch an, affiliierter Partner⁷² des Brustgesundheitszentrums im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien) zu werden.

KH BBR Eisenstadt

Auch das KH BBR Eisenstadt erbrachte onkologische Leistungen. Eine schriftliche Festlegung des Konvents der Barmherzigen Brüder betreffend das onkologische Leistungsspektrum des KH BBR Eisenstadt lag nicht vor. Das KH BBR Eisenstadt strebte ebenfalls an, affiliierter Partner des Brustgesundheitszentrums im AKH Wien zu werden.

- 21.2** Der RH vermerkte kritisch, dass alle fünf überprüften Krankenanstalten onkologische Leistungen erbrachten, ohne dass der jeweilige Rechts-träger nachvollziehbare Festlegungen der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten getroffen hatte.

Insbesondere zur Gewährleistung höchstmöglicher Patientenbehandlungssicherheit, aber auch zur Optimierung von Arbeits- und Prozessabläufen in der gesamten Behandlungskette, erachtete der RH solche Festlegungen für die onkologische Versorgung im Land Burgenland unter Einhaltung der im ÖSG definierten Qualitätskriterien für unabdingbar. In diesem Zusammenhang verwies der RH auf den Standpunkt des BMG, wonach „es in dem qualitativ äußerst sensiblen, aber

⁷⁰ Im Gegensatz etwa zum Land Vorarlberg, wo der RSG in eine Verordnung gegossen wird, ist der RSG im Land Burgenland ein Beschluss des Burgenländischen Gesundheitsfonds ohne normativen Charakter.

⁷¹ So wurde etwa festgelegt, dass im KH Oberwart im Rahmen der Abteilung für Innere Medizin eine Station für Onkologie mit 15 Betten sowie eine Palliativstation mit acht Betten geführt werden sollen. Im KH BBR Eisenstadt soll die onkologische Versorgung als Teil der Internen Abteilung angeboten werden. In den KH Güssing, Oberpullendorf und Kittsee würden onkologische Therapien von allen relevanten Fachbereichen durchgeführt.

⁷² Ein affiliierter Partner ist kein eigenständiges Zentrum, sondern kann nur in Verbindung mit dem „großen“ Partner zertifiziert werden. Der affilierte Partner muss zumindest über die Bereiche „Operative Therapie“ und „Diagnostik“ verfügen und pro Jahr mindestens 30 Mammakarzinom-Primärfälle behandeln.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

in Österreich immer noch relativ kleinstrukturierten und damit zersplitterten onkologischen Versorgungsbereich dringend erforderlich ist, diesen besser zu strukturieren sowie die vorhandene Expertise und Ausstattung stärker zu bündeln, klare Versorgungsaufträge festzulegen sowie die optimale Versorgungs- und Behandlungsqualität für die Patienten nachhaltig sicherzustellen“.⁷³

Im Hinblick auf die unterschiedliche Interpretation des Leistungsbegriffs empfahl der RH dem BMG, klarzustellen, welche onkologischen Leistungen von den im ÖSG vorgesehenen Festlegungen umfasst sein sollten.

Der KRAGES als Rechtsträgerin der KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart sowie dem Konvent der Barmherzigen Brüder als Rechtsträger des KH BBR Eisenstadt empfahl er, – unter Berücksichtigung der jeweiligen Versorgungsstufen sowie der Klarstellung durch das BMG – das onkologische Leistungsspektrum ihrer Krankenhäuser schriftlich festzulegen sowie die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar zu definieren. Beide Rechtsträger sollten bei der umfassenden Festlegung des jeweils zulässigen onkologischen Leistungsspektrums auf die optimale Patientensicherheit bzw. die Qualitätskriterien des ÖSG besonders Bedacht nehmen.

Dem Land Burgenland empfahl der RH, die Festlegungen der Rechtsträger auf ihre ÖSG-Konformität zu überprüfen und auf für das Land Burgenland zweckmäßige, klare sowie vor allem patientenbehandlungssichere onkologische Versorgungsaufträge und –strukturen zu achten.

- 21.3** *(1) Das BMG sagte in seiner Stellungnahme zu, die Thematik, welche onkologischen Leistungen von den im ÖSG vorgesehenen Festlegungen umfasst sein sollten bzw. welche Abteilung für welche onkologischen Leistungen zuständig und verantwortlich sei, in das für Planung und ÖSG zuständige Arbeitsgremium der Bundesgesundheitsagentur einzubringen. Dies mit dem Ziel, dass die diesbezüglichen Vorgaben des ÖSG gemeinsam mit den Systempartnern Länder und Sozialversicherung geprüft und allfällig notwendige Klarstellungen im Rahmen der für Herbst 2014 in Aussicht genommenen Revision des ÖSG berücksichtigt werden.*

Weiters hielt das BMG fest, dass der Begriff onkologische „Leistung“ im ÖSG jedenfalls alle onkologischen Leistungen umfasse. Definitorische Klarstellungen dürften daher keinesfalls zur Folge haben, dass nicht explizit genannte onkologische Leistungen den Qualitätskriterien des

⁷³ Schreiben des BMG an den Vorarlberger Gesundheitsfonds vom 25. März 2013 betreffend onkologische Einstufung des KH Dornbirn im RSG

ÖSG nicht mehr unterlägen. Laut BMG würden sich die im ÖSG enthaltenen Festlegungen auf Onkologische Zentren (ONKZ), Onkologische Schwerpunkte (ONKS) und die assoziierte onkologische Versorgung (ONKA) beziehen. Da onkologische Leistungen je nach Krankheitsbild von verschiedenen Fachrichtungen und damit auch in verschiedenen Abteilungen erbracht werden könnten, es teilweise auch fachliche Überschneidungen gäbe und damit eine interdisziplinäre Herangehensweise erforderlich sei, sei eine Festlegung, welche Abteilung bzw. welche Fachrichtung für welche onkologischen Leistungen zuständig sei, nicht zielführend. Die Intention des ÖSG sei, in einer Krankenanstalt, die onkologische Leistungen erbringe, die strukturellen Voraussetzungen und die Behandlungsprozesse abteilungsübergreifend so zu regeln, dass die Einhaltung der Qualitätskriterien gewährleistet sei. Da es – je nach örtlichen Voraussetzungen – verschiedene Möglichkeiten solcher Regelungen gebe, sei es in einem Rahmenplan wie dem ÖSG nicht möglich, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bis auf die Ebene einzelner Abteilungen und einzelner Leistungen vorzugeben.

Weiters führte das BMG in seiner Stellungnahme aus, dass laut ÖSG ein ONKS institutionalisiert mit einem ONKZ zu kooperieren und eine ONKA Therapien und weitere Leistungen in Abstimmung mit kooperierenden ONKZ und/oder ONKS zu erbringen habe. Auf dieser Basis könnten daher Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten nur in den „Netzwerken“ rund um ein ONKZ bzw. einen ONKS auf regionaler Ebene, in Abhängigkeit von den jeweils vorhandenen Strukturen und der jeweils vorhandenen Expertise, festgelegt werden.

(2) Das Land Burgenland und die KRAGES verwiesen in ihrer Stellungnahme auf die wohnortnahe Versorgung der Patienten und führten weiters aus, dass ein umfassendes Tumorboard mit einer entsprechenden Geschäftsordnung installiert worden sei. Ferner verwiesen das Land und die KRAGES auf ein Expertengutachten der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Danach sei der ÖSG betreffend die Festlegung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten dahingehend zu interpretieren, komplexe tumorchirurgische Leistungen sowie Leistungen der Radioonkologie und der Stammzelltransplantationen gemäß den definierten Qualitätskriterien standortbezogen festzulegen. Die Erbringung von (allgemeinen) onkologischen Leistungen ergebe sich auch aus der Abstufung der Versorgungsstrukturen, wonach im Onkologischen Schwerpunkt die Erbringung auch komplexer onkologischer Leistungen Teil des Versorgungsauftrags sei.

Im RSG Burgenland 2011 sei für den Bereich der Chirurgie im Zusammenhang mit komplexen chirurgischen Leistungen festgehalten, dass Ösophaguschirurgie nicht im Burgenland durchgeführt werden sollte;

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

die Pankreaschirurgie werde auf die Standorte Oberwart und Eisenstadt eingeschränkt, die Leberchirurgie auf das KH BBR Eisenstadt. Der überwiegende Anteil dieser Leistungen betreffe Krebsfälle. Bezüglich der Mammachirurgie werde abgewartet, weil eine Standort-Zuordnung im Zusammenhang mit dem Brustkrebsfrüherkennungsprogramm gesehen werden müsse; die Zusammenarbeit zwischen Chirurgie und Gynäkologie werde festgelegt, ebenso die Einbringung der Patientinnen ins Tumorboard sowie eine Evaluierung der Fallzahlen im Hinblick auf die Mindestfrequenzen pro Brustgesundheitszentrum bzw. affilierten Partner. Weiters würden radioonkologische Leistungen grundsätzlich im KH Wiener Neustadt durchgeführt, wobei hier ein Kooperationsabkommen bestehe. Knochenmarks- und Stammzelltransplantationen würden laut RSG im Burgenland nicht durchgeführt, sondern an entsprechende Zentren überwiesen. Damit sei im Rahmen des RSG 2011 eine Zuordnung von komplexen Leistungen an Krankenanstalten-Standorte im Burgenland erfolgt bzw. sei festgelegt, gewisse seltene Leistungen im Burgenland nicht durchzuführen.

21.4 (1) Der RH wertete das Vorhaben des BMG positiv, die Thematik betreffend die Festlegung von onkologischen Leistungen in das für Planung und ÖSG zuständige Arbeitsgremium der Bundesgesundheitsagentur einzubringen. Im Hinblick auf mögliche Unklarheiten auch in anderen Bundesländern empfahl der RH dem BMG, seine Ausführungen zur Organisation der onkologischen Versorgung auch den anderen Bundesländern bzw. den Rechtsträgern der Krankenanstalten mitzuteilen.

(2) Dem Land Burgenland und der KRAGES entgegnete der RH, dass der ÖSG ausdrücklich eine Festlegung der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für onkologische Leistungen durch den Krankenanstaltenträger (und nicht durch den Burgenländischen Gesundheitsfonds im Rahmen des RSG) vorsah; solche Festlegungen der KRAGES fehlten jedoch.

Zum Umfang und zur Ausgestaltung der festzulegenden Leistungen verwies der RH auf die klaren Ausführungen des BMG. Er verblieb bei seiner Empfehlung an die KRAGES und den Konvent der Barmherzigen Brüder, das onkologische Leistungsspektrum ihrer Krankenhäuser schriftlich festzulegen sowie die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar zu definieren.

Dem Land Burgenland gegenüber wies der RH weiters darauf hin, dass eine Festlegung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten durch den Rechtsträger unabhängig von einer zentralen oder wohnortnahen onkologischen Versorgung erforderlich war, um eine höchstmögliche Behandlungssicherheit zu gewährleisten. Er erneuerte daher seine Emp-

fehlung, diese von den beiden Rechtsträgern KRAGES und Konvent der Barmherzigen Brüder zu erstellenden Festlegungen auf ihre ÖSG-Konformität zu überprüfen und auf für das Land Burgenland zweckmäßige, klare sowie vor allem patientenbehandlungssichere onkologische Versorgungsaufträge und -strukturen zu achten.

Kooperationen

- 22.1** Der ÖSG verlangt bei einem Onkologischen Schwerpunkt eine institutionalisierte Kooperation mit einem Onkologischen Zentrum; bei einer assoziierten onkologischen Versorgung ist eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem Onkologischen Zentrum und/oder einem Onkologischen Schwerpunkt vorgesehen.

In den fünf überprüften Krankenanstalten stellte sich die onkologische Versorgung wie folgt dar:

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

In allen vier Krankenanstalten wurden, wie erwähnt, onkologische Therapien durchgeführt; die Anzahl betrug 2011 zwischen rd. 140 (KH Kittsee) und rd. 1.170 (KH Oberwart). Auch onko-chirurgische Leistungen wurden erbracht.

Das KH Oberwart gab an, im Bereich der Onkologie mit dem LKH-Universitätsklinikum Graz zu kooperieren; eine schriftliche Vereinbarung lag nicht vor. Die KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf führten aus, im onkologischen Bereich informell auch mit dem AKH Wien zusammenzuarbeiten; weiters verwiesen sie betreffend Kooperationen auf die Geschäftsordnung für das Tumorboard KRAGES (Geschäftsordnung Tumorboard, siehe TZ 23).

KH BBR Eisenstadt

Das KH BBR Eisenstadt führte im Jahr 2011 mit rd. 1.660 die meisten onkologischen Therapien im Land Burgenland durch; auch hier erfolgten onko-chirurgische Leistungen. Es gab ebenfalls an, mit dem AKH Wien zusammenzuarbeiten. Schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit einem Onkologischen Zentrum oder Schwerpunkt lagen nicht vor.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

22.2 Im Interesse der Sicherstellung der Patientenbehandlungsqualität hielt der RH die im ÖSG festgelegten institutionalisierten Kooperationen für unerlässlich und vermerkte kritisch das Fehlen diesbezüglicher schriftlicher Vereinbarungen. Die Geschäftsordnung Tumorboard regelte lediglich die Verfahrensabläufe im Tumorboard, nicht jedoch die weiteren notwendigen Inhalte einer Kooperation, wie bspw. Überweisung von Patienten, Aus- und Weiterbildung des Personals etc.

Der RH empfahl den fünf überprüften Krankenanstalten bzw. der KRAGES und dem Konvent der Barmherzigen Brüder daher, für eine kontinuierliche Gewährleistung der bestmöglichen Behandlung der Patienten schriftliche Kooperationsvereinbarungen zu schließen. Die Rahmenbedingungen dafür könnten in den vom Rechtsträger zu treffenden Festlegungen für die onkologische Leistungserbringung seiner Krankenanstalt(en) normiert werden.

22.3 (1) *Die KRAGES zog in ihrer Stellungnahme die Sinnhaftigkeit von Kooperationsvereinbarungen zwischen den Krankenhäusern der KRAGES in Zweifel, weil diese über keine eigene Rechtsfähigkeit verfügten. Vereinbarungen mit Onkologischen Zentren würden sich für das Burgenland grundsätzlich schwierig darstellen, weil eine Kooperationsbereitschaft von anderen Bundesländern im Bereich von Patronanz-erklärungen, Zuständigkeitserklärungen etc. schwer zu erreichen sei. Es passiere immer wieder, dass Patienten sogar von Wiener Zentral-versorgungsspitalern trotz indizierter Diagnosen zurück an das „Heimatkrankenhaus“ geschickt würden, weil offensichtlich aus Kosten- oder Kapazitätsgründen eine Behandlung in Wien nicht möglich sei. Unter diesen Umständen sei es unzumutbar, hier Kooperationsvereinbarungen einzufordern. Daher werde der Burgenländische Gesundheitsfonds im Rahmen der ÖSG-Revision darauf drängen, von verpflichtenden Kooperationsvereinbarungen abzugehen.*

Gleichzeitig verwies die KRAGES in ihrer Stellungnahme aber auch auf das Expertengutachten der GÖG, wonach es in allen vier KRAGES-Krankenanstalten fachliche Kooperationen mit Onkologischen Zentren (Comprehensive Cancer Center des AKH Wien sowie LKH Universitätsklinikum Graz) gebe. Um eine Formalisierung dieser Kooperationen im Sinne von schriftlichen Vereinbarungen zu erreichen, fänden schon seit längerer Zeit Verhandlungen statt, die noch nicht abgeschlossen seien.

(2) Laut Stellungnahme des Konvents der Barmherzigen Brüder sei das KH BBR Eisenstadt als Onkologischer Schwerpunkt eingestuft und könne daher nicht mit einem anderen Onkologischen Schwerpunkt eine Kooperationsvereinbarung schließen. Darüber hinaus seien schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit einem Onkologischen Zentrum (AKH)

praktisch unmöglich. Außerdem seien ein Mitglied des Tumorboards im KH BBR Eisenstadt und die vor Ort tätigen Pathologen gleichzeitig Mitglieder des Tumorboards im AKH Wien.

- 22.4** Der RH stellte gegenüber der KRAGES und dem Konvent der Barmherzigen Brüder klar, dass aus seiner Sicht auch die vom ÖSG geforderte institutionalisierte Kooperation mit einer höheren onkologischen Versorgungsstufe der Erhöhung der Behandlungssicherheit und gleichzeitig der Verringerung des Risikopotenzials für onkologische Patienten dienen soll; im Hinblick darauf waren auch unabhängig von einer gemeinsamen Rechtsträgerschaft schriftliche Festlegungen für die Zusammenarbeit erforderlich, um Transparenz, Kontinuität und klare Verfahrensabläufe im Sinne einer bestmöglichen Patientenbehandlung zu gewährleisten.

Positiv sah der RH das im Expertengutachten der GÖG angesprochene Bemühen der KRAGES-Krankenanstalten um schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit Onkologischen Zentren in Wien und Graz.

Tumorboard

- 23.1** Laut ÖSG sollte für die qualitätssichernde Abwicklung der Behandlung von an Krebs erkrankten Patienten in jedem Onkologischen Zentrum und in jedem Onkologischen Schwerpunkt ein Tumorboard eingerichtet sein. Damit sollen auf interdisziplinärem Wege – im Sinne einer verpflichtenden konsiliarärztlichen Kooperation bzw. Second Opinion – die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Schritte im Zusammenhang mit bösartigen Erkrankungen besprochen und festgelegt werden. Gemäß den im ÖSG vorgesehenen Versorgungsstrukturen bedarf es geregelter Verfahrensabläufe für die Therapiebesprechungen im Tumorboard.

In der assoziierten onkologischen Versorgung hatten 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.

Für die Tumorboards war in den fünf überprüften Krankenanstalten Folgendes vorgesehen:

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Für alle Krankenanstalten der KRAGES bestand ein gemeinsames interdisziplinäres Tumorboard; dieses war Teil des Projekts Onkologie Burgenland. Es wurde vierzehntägig in Form einer gemeinsamen Videokonferenz aller vier Krankenanstalten abgehalten.

Grundlage dafür war die Geschäftsordnung Tumorboard. Diese regelte u.a. die Inhalte, die Teilnehmer, Organisation und Abwicklung sowie die Evaluierung des Tumorboards.

Die vom ÖSG vorgesehene abgestufte Versorgungsstruktur (in den KRAGES-Krankenanstalten das KH Oberwart als Onkologischer Schwerpunkt und die anderen KRAGES-Krankenanstalten als assoziierte onkologische Versorgungen) sowie die damit verbundenen Entscheidungskompetenzen wurden darin nicht abgebildet. Ebenso wenig wurden bspw. geregelt:

- die Qualifikation der teilnehmenden Ärzte,
- die Rolle des aktuell patientenführenden Arztes,
- die bei der Anmeldung eines Patienten erforderlichen Angaben,
- die Patientenaufklärung sowie
- die Vorgangsweise für Patienten, die mit einer Therapieempfehlung von einer anderen Krankenanstalt in ein KRAGES-Krankenhaus kamen.

Falls aufgrund der Dringlichkeit des Therapiebeginns ein Zuwarten auf die nächste Tumorboardsitzung medizinisch nicht vertretbar war, wurden den Angaben der Krankenhäuser zufolge die durchzuführenden Behandlungsschritte im kurzen Weg besprochen und der Patient im Nachhinein im Tumorboard angemeldet bzw. dort vorgestellt.

KH BBR Eisenstadt

Im KH BBR Eisenstadt bestand ein interdisziplinäres Tumorboard, das wöchentlich stattfand. Detaillierte schriftliche Verfahrens- bzw. Arbeitsanweisungen gab es nicht; solche sollten im Zuge der geplanten Zertifizierung (siehe TZ 18) erstellt werden.

- 23.2 (1) Bei den Krankenanstalten der KRAGES anerkannte der RH das Bemühen, durch das per Videokonferenz mit allen ihren Krankenanstalten abgehaltene Tumorboard – im Sinne der Patientenbehandlungssicherheit – eine Bündelung von Expertise, Erfahrung und Ressourcen zu erzielen.

Er wies jedoch darauf hin, dass die Geschäftsordnung Tumorboard die im ÖSG definierte Unterscheidung zwischen Onkologischem Schwerpunkt und assoziierter onkologischer Versorgung nicht explizit berücksichtigte; in der assoziierten onkologischen Versorgung durften Therapie und Übernahme weiterer Leistungen ausdrücklich nur in Abstimmung mit dem kooperierenden Onkologischen Schwerpunkt bzw. Zentrum erfolgen. Ferner bestand Ergänzungsbedarf bei der Geschäftsordnung.

Der RH empfahl daher der KRAGES, in der Geschäftsordnung Tumorboard die im ÖSG festgelegte abgestufte Versorgungsstruktur explizit zu berücksichtigen. Weiters wäre die Geschäftsordnung Tumorboard um weitere Punkte zu ergänzen (z.B. Rollendefinition, Vorgangsweise bei externen Patienten, Patientenaufklärung).

Ferner empfahl er der KRAGES, im Sinne höchstmöglicher Patientenbehandlungssicherheit, wöchentliche Tumorboardsitzungen zu überlegen (anstelle der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nur vierzehntägig abgehaltenen Tumorboardsitzungen).

- (2) Das KH BBR Eisenstadt betreffend wies der RH darauf hin, dass der ÖSG Tumorboards explizit in Onkologischen Schwerpunkten und Zentren vorsah, nicht jedoch in Krankenanstalten mit einer assoziierten onkologischen Versorgung. Bei einer assoziierten onkologischen Versorgung war die Zusammenarbeit mit dem Tumorboard des kooperierenden Schwerpunkts und/oder Zentrums zu institutionalisieren.

Angesichts dessen erschien aus Sicht des RH fraglich, ob bzw. unter welchen konkreten Voraussetzungen Tumorboards im Rahmen einer assoziierten onkologischen Versorgung geeignet sein können, die entsprechenden Vorgaben des ÖSG zu erfüllen. Da der RH auch im Rahmen seiner vorangegangenen Gebarungsüberprüfungen⁷⁴ zu diesem Thema Tumorboards im Rahmen der assoziierten onkologischen Versorgung vorgefunden hatte, empfahl er dem BMG, eine diesbezügliche grundsätzliche Klarstellung herbeizuführen.

Für das KH BBR Eisenstadt bedeutete dies:

⁷⁴ Reihe Bund 2012/12 bzw. Reihe Salzburg 2012/9, Reihe Bund 2013/3 bzw. Reihe Salzburg 2013/1 und Reihe Bund 2013/12 bzw. Reihe Vorarlberg 2013/8

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Zum einen war im LAKAP die onkologische Versorgungsstufe (siehe dazu TZ 20) festzulegen. Für den Fall, dass das KH BBR Eisenstadt – bspw. infolge der Klarstellung des BMG betreffend die pathologische Versorgung – als assoziierte onkologische Versorgung eingestuft würde, empfahl der RH dem Konvent der Barmherzigen Brüder, entsprechende Veranlassungen für das Tumorboard bzw. für die im ÖSG geforderte institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem Tumorboard eines Onkologischen Schwerpunkts und/oder Zentrums zu treffen und schriftlich festzulegen bzw. zu vereinbaren.

Weiters sollte das KH BBR Eisenstadt – abhängig von seiner Versorgungsstufe bzw. von der Klarstellung des BMG über die Zulässigkeit von Tumorboards im Rahmen einer assoziierten onkologischen Versorgung – für das Tumorboard dem ÖSG entsprechende umfassende Verfahrens- bzw. Arbeitsanweisungen schriftlich festlegen.

Auch im Rahmen der vorangegangenen Überprüfungen zu diesem Thema hatte der RH festgestellt, dass Verfahrens- bzw. Arbeitsanordnungen für die Tumorboards fehlten oder große qualitative Unterschiede aufwiesen. Er empfahl daher dem BMG im Sinne höchstmöglicher Patientenbehandlungssicherheit, dafür konkrete (Mindest) Vorgaben festzulegen (bspw. in Form einer Mustergeschäftsordnung für Tumorboards).

- 23.3** *(1) Das BMG verwies in seiner Stellungnahme auf die Festlegungen des ÖSG, wonach eine assoziierte onkologische Versorgung die Kooperation mit einem Onkologischen Zentrum und/oder Schwerpunkt und dem jeweiligen Tumorboard zu institutionalisieren habe. Diese Festlegung schließe nicht grundsätzlich aus, dass in einer assoziierten onkologischen Versorgung ein eigenes Tumorboard eingerichtet sei, solange eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit dem kooperierenden Onkologischen Zentrum bzw. Schwerpunkt erfolge. Die Führung eines eigenen Tumorboards in einer assoziierten onkologischen Versorgung könne sich allerdings in der Praxis unter Umständen als ressourcenaufwendig und daher wenig effizient erweisen, weil die Besprechungsdichte höher sei (Besprechungen im Tumorboard der assoziierten onkologischen Versorgung und Besprechungen mit dem Tumorboard des Onkologischen Zentrums bzw. Schwerpunkts) sowie die Informationsunterlagen, Dokumentationen und Vorgehensweisen in den verschiedenen Tumorboards unterschiedlich und daher nur mit höherem Aufwand vergleichbar seien.*

Die breitere Zusammenarbeit der am onkologischen Versorgungsprozess auf allen Versorgungsstufen beteiligten Experten sei laut Stellungnahme des BMG jedenfalls gegenüber der parallelen Führung mehrerer kleiner Tumorboards mit einer naturgemäß jeweils auf die eigene Versorgungsstufe und das eigene Patientenkontingent eingeschränkter Sichtweise zu forcieren. Eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem Onkologischen Zentrum bzw. Schwerpunkt sollte auch dahin führen, dass alle Krebspatienten einer größeren Region (z.B. eines kleinen Bundeslandes) an einer einzigen Stelle anzumelden seien und damit für alle an der Versorgung dieser Patienten Beteiligten ein regelmäßiger aktueller Überblick und Austausch auf Expertenebene über das diesbezügliche Versorgungsgeschehen im Land gewährleistet sei. Eine damit verbundene einheitliche Dokumentation trage zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei. Die Patienten müssten sich – unabhängig von ihrem Wohnort und unabhängig vom behandelnden Spital – darauf verlassen können, dass alle verfügbaren Expertisen in ihre Behandlung einfließen würden und eine Behandlung im Nachbar Krankenhaus nicht bessere Erfolgschancen mit sich gebracht hätte.

Zur Empfehlung des RH, für Verfahrens- bzw. Arbeitsanordnungen für die Tumorboards konkrete (Mindest)Vorgaben festzulegen, wies das BMG darauf hin, dass der von ihm zur Erarbeitung eines Nationalen Krebsrahmenprogramms eingerichtete Onkologie-Beirat die Entwicklung einer Mustergeschäftsordnung für Tumorboards in seinem vorgeschlagenen Maßnahmenpaket vorsehen werde.

Das BMG hielt abschließend fest, dass es sämtliche Empfehlungen des RH zur onkologischen Versorgung in das für Planung und ÖSG zuständige Arbeitsgremium der Bundesgesundheitsagentur einbringen werde. Dies mit dem Ziel, dass die diesbezüglichen Vorgaben des ÖSG gemeinsam mit den Systempartnern Länder und Sozialversicherung geprüft und allfällig notwendige Klarstellungen im Rahmen der für Herbst 2014 in Aussicht genommenen Revision des ÖSG berücksichtigt würden.

(2) Die KRAGES verwies in ihrer Stellungnahme abermals auf das Expertengutachten der GÖG. Danach werde die vom RH geforderte Verankerung der abgestuften Versorgungsstrukturen in der Geschäftsordnung des Tumorboards und den damit verbundenen Entscheidungskompetenzen insofern kritisch gesehen, als es im Tumorboard auf die Expertise der darin vertretenen Ärzte der unterschiedlichen Fachrichtungen ankomme und die Therapieempfehlung konsensual im Team erfolgen solle. Weiters erfolge mit der Zuordnung von abgestuften Versorgungsstrukturen keine Zuordnung von Entscheidungskompetenzen, weil die Entscheidungskompetenzen in den jeweiligen Berufsrechten der medizinischen Berufe festgelegt seien. Die Durchführung von onkolo-

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

gischen Therapien (medikamentös oder operativ) in Krankenanstalten, die im RSG als assoziierte onkologische Versorgungen definiert seien, sei insofern geregelt, als diese Therapien in den Empfehlungen des Tumorboards formuliert würden, wodurch automatisch eine Abstimmung mit dem Onkologischen Schwerpunkt erfolge.

Die Qualifikation der teilnehmenden Ärzte sei laut Expertengutachten der GÖG in der Geschäftsordnung insofern geregelt, als die Nominierung für das Tumorboard dem jeweiligen Abteilungsvorstand obliege, der die dafür speziell qualifizierten Ärzte auswähle, sowie in der Kompetenz der Teilnehmer, die informiert und entscheidungsfähig sein müssten. Die Letztverantwortung aus fachlicher Sicht obliege dem jeweiligen Abteilungsvorstand. Die am Tumorboard teilnehmenden Internisten verfügten entweder über das Additivfach Hämatologie und internistische Onkologie oder befänden sich in Ausbildung dazu. Gemäß Geschäftsordnung obliege dem behandelnden Arzt (= aktuell patientenführenden Arzt) die Anlage des Onko-Dekurses sowie die Anmeldung der Patienten ins Tumorboard. Damit sei die Rolle klar definiert. Die Informationsbereitstellung für die Anmeldung ins Tumorboard sei klar geregelt. Die Vorgangsweise für Patienten mit einer Therapieempfehlung von einer Krankenanstalt außerhalb der KRAGES sei explizit nicht geregelt, allerdings sei aufgrund der Regelungen im ÖSG davon auszugehen, dass diese Patienten die Therapieempfehlung aufgrund der Empfehlung eines Tumorboards (auch außerhalb der KRAGES) erhalten hätten. Die Frequenz des Tumorboards sei mit Änderung der Geschäftsordnung im Sinne wöchentlich abzuhaltender Sitzungen angepasst worden.

(3) In seiner Stellungnahme verwies der Konvent der Barmherzigen Brüder nochmals darauf, dass das KH BBR Eisenstadt ein Onkologischer Schwerpunkt sei und im RSG Burgenland als solcher bezeichnet werde.

- 23.4** (1) Der RH wertete das Vorhaben des BMG positiv, sämtliche an dieses gerichtete Empfehlungen zur onkologischen Versorgung in das für Planung und ÖSG zuständige Arbeitsgremium der Bundesgesundheitsagentur mit dem Ziel einzubringen, dass die diesbezüglichen Vorgaben des ÖSG gemeinsam mit den Systempartnern Länder und Sozialversicherung geprüft und allfällig notwendige Klarstellungen im Rahmen der für Herbst 2014 in Aussicht genommenen Revision des ÖSG berücksichtigt werden. Im Hinblick auf mögliche Unklarheiten auch in anderen Bundesländern empfahl der RH dem BMG, seine Ausführungen zur Organisation der onkologischen Versorgung auch den anderen Bundesländern bzw. den Rechtsträgern der Krankenanstalten mitzuteilen. Ebenso positiv beurteilte der RH die geplante Entwicklung einer Mustergeschäftsordnung; dabei wären auch jene Fragestellungen zu behandeln, die bei – für Onkologische Zentren und Schwerpunkte

sowie assoziierte onkologische Versorgungsleistungen gemeinsam eingerichtet – Tumorboards auftreten.

(2) Gegenüber der KRAGES wies der RH betreffend die Berücksichtigung der onkologischen Versorgungsstruktur in der Geschäftsordnung darauf hin, dass der ÖSG Tumorboards explizit nur an Onkologischen Schwerpunkten und Zentren vorsah und das Abstimmungserfordernis einer assoziierten onkologischen Versorgung mit einer höheren Versorgungsstufe ausdrücklich festlegte. Von wesentlicher Bedeutung war die Abbildung der onkologischen Versorgungsstufen bzw. die Zuständigkeit des Onkologischen Schwerpunkts aus seiner Sicht insbesondere auch im Zusammenhang mit der Vorgangsweise bei jenen Fällen, die zwar im Tumorboard angemeldet, aber als sogenannte Routinefälle nicht im Tumorboard vorgestellt werden sollen. Bezüglich der Qualifikation der Ärzte hielt der RH eine klare Regelung für erforderlich, so dass nur Fachärzte (bei Internisten zusätzlich mit abgeschlossenem Additivfach) an den Tumorboardentscheidungen mitwirken sollten. Hinsichtlich der Rolle des aktuell patientenführenden Arztes und die bei der Anmeldung eines Patienten erforderlichen Angaben hielt der RH detaillierte Festlegungen für zweckmäßig. In diesem Zusammenhang verwies der RH auch auf seine Empfehlung an das BMG, konkrete (Mindest)Vorgaben für das Tumorboard festzulegen. Schließlich anerkannte der RH, dass die Tumorboardsitzungen nunmehr wöchentlich stattfinden sollen.

(3) Gegenüber dem Konvent der Barmherzigen Brüder verwies der RH erneut auf die Klarstellung des BMG (siehe TZ 20) zur ÖSG-konformen Ausgestaltung der pathologischen Versorgung in einem Onkologischen Schwerpunkt.

- 24.1** Gemäß ÖSG haben sich die interdisziplinären Tumorboards u.a. aus Vertretern der Pathologie, der Radiodiagnostik, der Radioonkologie und der Inneren Medizin/Hämatologie-Onkologie zusammensetzen.

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Für die vier Krankenanstalten der KRAGES legte auch die Geschäftsordnung Tumorboard die Teilnahme von namentlich genannten Vertretern der erwähnten vier Fachrichtungen fest; zum Teil wurden auch Assistenzärzte nominiert.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Das Tumorboard der KRAGES wurde halbjährlich von einer externen Einrichtung evaluiert; in diesem Zusammenhang wurde aufgrund der Kurzprotokolle auch die ÖSG-konforme Zusammensetzung der Tumorboardsitzungen überprüft. In jedem Evaluierungsbericht wurde u.a. die Nichtteilnahme von verschiedenen Fachvertretern aufgezeigt. Weiters war ein Radioonkologe des KH Wiener Neustadt nicht immer durchgängig in die Videokonferenz zugeschaltet; dies hatte entweder technische Ursachen oder wurde mit fehlender medizinischer Notwendigkeit begründet.

Dem RH fiel bei der Durchsicht der Tumorboard-Protokolle ferner auf, dass teilweise Fälle im Tumorboard vorgestellt wurden, ohne dass ein entsprechender Facharzt des vorstellenden Krankenhauses anwesend war.

KH BBR Eisenstadt

Im KH BBR Eisenstadt nahm niemals ein Pathologe an den interdisziplinären Tumorboards teil, obwohl zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ein externer Pathologe an vier Halbtagen pro Woche im Krankenhaus tätig war (siehe TZ 37). Weiters war ein Radioonkologe nur bei jedem zweiten Tumorboard anwesend. Teilweise fehlte ein Facharzt für Radiologie. Aufgrund der unterschiedlichen Dokumentation ließ sich die Anwesenheit aller weiteren erforderlichen Fachärzte nicht durchgängig nachvollziehen.

Begründet wurde die Nichtteilnahme von Fachbereichen mit zu geringen Personalressourcen oder dem fehlenden medizinischen Erfordernis.

- 24.2** Der RH hielt kritisch fest, dass keine der überprüften Krankenanstalten die Vorgaben des ÖSG über die Zusammensetzung des Tumorboards durchgängig einhielt, wodurch die im Sinne der Patientenbehandlungssicherheit geforderte Interdisziplinarität nicht (immer) gegeben war. Darüber hinaus sah er kritisch, dass die KRAGES auch Assistenzärzte als Teilnehmer am Tumorboard nominierte.

Der RH empfahl der KRAGES und dem Konvent der Barmherzigen Brüder – im Hinblick auf die Organisationspflichten eines Rechtsträgers und unter Berücksichtigung der Klarstellung des BMG betreffend pathologische Versorgung in Onkologischen Schwerpunkten bzw. Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgungen – für die Teilnahme von Fachärzten aller im ÖSG vorgesehenen Fachrichtungen in den Tumorboards zu sorgen.

Die regelmäßige Durchführung von Evaluierungen des Tumorboards der KRAGES-Krankenanstalten wertete der RH positiv. Für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards sollte das KH BBR Eisenstadt sein Tumorboard ebenfalls regelmäßig evaluieren.

24.3 (1) Die KRAGES hielt in ihrer Stellungnahme dazu fest, dass auch auf eine gewisse Effizienz und Arbeitsproduktivität geachtet werden müsse. Die gleichzeitige Anwesenheit aller Fachärzte im Rahmen des gesamten Tumorboards sei nicht zweckmäßig, wenn es sich um eine andere Fachdisziplin handle. Die Anwesenheit von Radiologen, Pathologen etc. während des gesamten Tumorboards sei fast immer gewährleistet.

(2) Der Konvent der Barmherzigen Brüder führte aus, mit der pathologischen Ordination sei sichergestellt worden, dass in Zukunft ein Pathologe am interdisziplinären Tumorboard teilnehmen werde.

24.4 (1) Der RH stellte gegenüber der KRAGES klar, dass sich seine Empfehlung auf eine ÖSG-konforme Zusammensetzung des Tumorboards bezog; danach hat sich dieses aus Vertretern der Inneren Medizin/Hämato-Onkologie, der Radiodiagnostik, der Radioonkologie, der Pathologie und des jeweils zuständigen Organfachs unter Gleichberechtigung der beteiligten Fachrichtungen zusammensetzen. Aus Sicht des RH intendierte der ÖSG dabei die Mitwirkung von Fachärzten (und nicht von Assistenzärzten) aus den genannten Fachrichtungen an den Tumorboardentscheidungen.

(2) Dem Konvent der Barmherzigen Brüder gegenüber wertete der RH positiv, dass künftig ein Pathologe am Tumorboard teilnehmen soll. Er wies aber darauf hin, dass der ÖSG u.a. auch eine Teilnahme von Vertretern der Radiodiagnostik und der Radioonkologie vorsah; daher verblieb er bei seiner Empfehlung, für die Teilnahme von Fachärzten aller im ÖSG vorgesehenen Fachrichtungen in den Tumorboards zu sorgen. Weiters hielt er insbesondere im Sinne der Qualitätssicherung regelmäßige Evaluierungen des Tumorboards (z.B. Teilnehmer, Anmeldung bzw. Vorstellung der Patienten, Dokumentation) für zweckmäßig.

25.1 Der ÖSG legte für das Tumorboard betreffend Patientenkreis Folgendes fest: „Anmeldung jeder Person mit einer malignen Neuerkrankung; jene Abteilung zunächst zuständig, die den Patienten dem Tumorboard vorstellt“.

In den fünf überprüften Krankenanstalten war der Patientenkreis für die Tumorboards wie folgt geregelt:

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Die Geschäftsordnung Tumorboard bestimmte, dass alle in einem der vier Krankenanstalten behandelten onkologischen Patienten im Tumorboard angemeldet und „besprochen“ würden. In allen Evaluierungsberichten wurde jedoch aufgezeigt, dass nicht alle onkologischen Patienten angemeldet wurden. Nicht klar geregelt war aus Sicht des RH in diesem Zusammenhang die Vorgangsweise für Patienten, die mit einer Therapieempfehlung von einer anderen Krankenanstalt in ein KRAGES-Krankenhaus kamen.

Definierte „Routinefälle“ waren bei ihrer Anmeldung zum Tumorboard durch den einbringenden Arzt gesondert zu vermerken. Die Entscheidung, diese im Tumorboard auch zu besprechen, oblag dem Moderator des Tumorboards; die Moderation übernahm entweder ein Hämatonkologe des KH Oberwart oder eine Hämatonkologin des KH Oberpullendorf.

Die Definition der „Routinefälle“ sollte gemäß Geschäftsordnung konsensuell durch das Tumorboard erfolgen und so einer ständigen Evaluation unterliegen. In der Praxis gingen die behandelnden Ärzte bei Routinefällen nach den – ihren Angaben zufolge – eindeutigen (internationalen) Richtlinien für die Behandlung bestimmter Tumorerkrankungen vor.

KH BBR Eisenstadt

Im KH BBR Eisenstadt bestanden unterschiedliche Vorgangsweisen: Manche Abteilungen⁷⁵ meldeten „Standardfälle“ nicht im Tumorboard an bzw. stellten solche nicht vor; andere Abteilungen⁷⁶ gaben an, alle onkologischen Patienten im Tumorboard anzumelden und vorzustellen. Ob ein Standardfall vorlag, entschied jeweils der behandelnde Arzt; nach Angaben der befragten Ärzte erfolgte bei solchen Fällen die Behandlung nach internationalen Richtlinien.

⁷⁵ z.B. Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

⁷⁶ z.B. Abteilung für Chirurgie, HNO-Abteilung (außer bei „Gefahr im Verzug“, dann wurden die Patienten erst nachträglich ins Tumorboard eingebracht)

Eine zentrale Anmeldung aller krebserkrankten Patienten innerhalb einer bestimmten Frist war nicht vorgesehen; jede Abteilung⁷⁷ erstellte ihre eigene Anmeldeungsliste. Nur die Radioonkologin und der Radiologe erhielten diese Listen vorab.

- 25.2** Der RH wertete das Bestreben des KRAGES-Tumorboards positiv, alle an Krebs erkrankten Patienten im Tumorboard anzumelden, um eine lückenlose Erfassung aller Tumorpatienten sicherzustellen.

Handlungsbedarf sah der RH jedoch im Zusammenhang mit der Definition der sogenannten „Routinefälle“ und des Auswahlverfahrens für die Besprechung solcher Fälle im Tumorboard. Er empfahl der KRAGES, gemeinsam mit dem Land Burgenland und dem BMG eine Vorgangsweise festzulegen, die unter Beachtung der vom ÖSG vorgesehenen Versorgungs- und Verantwortlichkeitsstrukturen für jeden Patienten eine optimale Behandlungsqualität sicherstellt.

Den KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart empfahl der RH eine lückenlose Anmeldung aller an Krebs erkrankten Patienten im Tumorboard.

Das KH BBR Eisenstadt betreffend verwies der RH auf seine an das BMG gerichteten Empfehlungen in TZ 20 und 23 nach einer Klarstellung hinsichtlich der pathologischen Versorgung in Onkologischen Schwerpunkten und der Zulässigkeit von Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgungsstrukturen. Darüber hinaus hielt er kritisch fest, dass die im KH BBR Eisenstadt praktizierte Vorgangsweise bestimmter Abteilungen, Standardfälle nicht im Tumorboard anzumelden, in einem Spannungsverhältnis zum Wortlaut des ÖSG stand, wonach „... jede Person mit einer malignen Neuerkrankung im Tumorboard anzumelden war ...“.

Für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards empfahl der RH dem KH BBR Eisenstadt, gemeinsam mit dem Land Burgenland und dem BMG für das Tumorboard eine dem ÖSG entsprechende Vorgangsweise bezüglich des Patientenkreises festzulegen. Ferner wäre zu bestimmen, wann bzw. wie oft ein Patient ins Tumorboard eingebracht werden muss. Weiters wäre das Anmeldeverfahren (Gesamtliste, Anmeldefristen etc.) umfassend zu regeln.

Für den Fall, dass das KH Güssing und das KH BBR Eisenstadt affiliierte Partner des Brustgesundheitszentrums im AKH Wien werden,

⁷⁷ Aufgrund der wenigen Fälle hatte die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe keine eigenen Anmelde Listen; die vorzustellenden Patientinnen wurden dem Sekretariat der Internen Abteilung bekannt gegeben.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

sollten die KRAGES und das KH BBR Eisenstadt für die betroffenen Patientinnen die Vorgangsweise im Tumorboard regeln.

25.3 (1) *Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es sowohl die KRAGES als auch das KH BBR Eisenstadt bei den notwendigen Festlegungen zur onkologischen Versorgung im Hinblick auf Sicherstellung ÖSG-konformer Regelungen inhaltlich unterstützen werde.*

(2) Das Land Burgenland verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass in allen Landeskrankenanstalten und im KH BBR Eisenstadt ein Tumorboard bestehe. Damit seien die strukturellen Voraussetzungen gemäß ÖSG in allen Fondskrankenanstalten geschaffen worden.

Das KH Güssing sei im Jahr 2011 nach „Joint Commission“ zertifiziert worden. Alle übrigen Landeskrankenanstalten befänden sich derzeit in einem Zertifizierungsprozess, der auch die Aufarbeitung von Mängeln miteinschließe.

(3) Das Land Burgenland und die KRAGES verwiesen in ihren Stellungnahmen weiters auf das bereits genannte Expertengutachten der GÖG, wonach es aufgrund der Häufigkeit von Krebserkrankungen organisatorisch nicht möglich sein werde, jeden Patienten mit einer onkologischen Erkrankung in einem Tumorboard zu besprechen; dies sei auch wegen eindeutiger internationaler Richtlinien für die Behandlung spezieller Krebserkrankungen nicht sinnvoll. Daher sei es notwendig, klare Vorgaben zu treffen, welche Patienten tatsächlich von einer Vorstellung im Tumorboard profitierten. Dazu sei in der Geschäftsordnung eine Präzisierung vorgenommen worden⁷⁸. Bezüglich der Kritik, dass nicht alle Patienten im Tumorboard angemeldet worden seien, hielt das Expertengutachten der GÖG fest, dass mit Ausnahme des KH Kittsee (80 %) die Anmeldequote zwischen 96 % und 100 % gelegen sei.

⁷⁸ Diese geänderte Geschäftsordnung wurde in der Folge vom RH angefordert; sie befand sich noch im Entwurfstadium. Die angesprochene Änderung lautete im Entwurf wie folgt: „Es ist verpflichtend, Patienten zum Zeitpunkt der Erstdiagnose, die von einer interdisziplinären bzw. multimodalen Therapie profitieren oder dieser bedürfen könnten, im Tumorboard zu besprechen. Die Vorstellung hat grundsätzlich bei der Erstdiagnose vor Therapiebeginn, sowie nach dem chirurgischen Ersteingriff zu erfolgen. Dies gilt auch für das lokoregionäre Rezidiv.“

Patienten mit einer lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Erkrankung werden nur dann im Tumorboard vorgestellt, wenn tatsächlich alle im Tumorboard vertretenen Kerndisziplinen für diesen Fall über diagnostische/therapeutische Optionen verfügen. Vielmehr werden bilateral unmittelbar jene Disziplinen einbezogen, die für die jeweilige Situation diagnostisch oder therapeutisch relevant sind.

Jedes Mitglied des Tumorboards kann die angemeldeten Routinefälle prüfen und entscheidet, ob und in welchem Ausmaß der Patient besprochen werden soll.“

(4) Die KRAGES sagte weiters die Umsetzung der Empfehlung betreffend Affilierung des KH Güssing zu.

(5) Der Konvent der Barmherzigen Brüder verwies betreffend die an das KH BBR Eisenstadt gerichtete Empfehlung, für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards zu bestimmen, wann bzw. wie oft ein Patient ins Tumorboard eingebracht werden muss, und das Anmeldeverfahren (Gesamtliste, Anmeldefristen etc.) umfassend zu regeln, auf die Zuständigkeit des Tumorboards.

25.4 (1) Der RH wertete die Bereitschaft des BMG, die KRAGES und das KH BBR Eisenstadt bei den Festlegungen im Zusammenhang mit dem im Tumorboard zu behandelnden Patientenkreis zu unterstützen, positiv; er empfahl dem BMG in diesem Zusammenhang, mit der KRAGES insbesondere auch die von ihr geplanten Änderungen der Geschäftsordnung betreffend den im Tumorboard (nicht) vorzustellenden Patientenkreis im Hinblick auf ihre ÖSG-Konformität zu erörtern. Der RH hob im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit die Bedeutung von klaren Vorgaben für eine Tumorboard-Geschäftsordnung hervor. Diese sollten sich insbesondere auch mit der Definition des Patientenkreises bzw. der Behandlung im Tumorboard (Anmeldung/Vorstellung) und der Zusammenarbeit von Onkologischem Zentrum/Schwerpunkt und assoziierter onkologischer Versorgung beschäftigen. Im Hinblick auf die vom RH im Rahmen seiner Gebarungsüberprüfungen festgestellten unterschiedlichen Vorgangsweisen und bestehenden Unklarheiten sollten diese Thematiken auch im Rahmen der geplanten Revision des ÖSG behandelt werden, um für jeden Patienten eine optimale Behandlungsqualität sicherzustellen.

(2) Gegenüber dem Land Burgenland wies der RH darauf hin, dass aus der Zertifizierung einer Krankenanstalt nicht die Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Verpflichtungen zur Qualitätssicherung abgeleitet werden kann.

(3) Weiters wiederholte der RH gegenüber dem Land Burgenland und der KRAGES betreffend die Definition der sogenannten „Routinefälle“ und des Auswahlverfahrens für die Besprechung solcher Fälle im Tumorboard seine Empfehlung nach einer zwischen der KRAGES, dem Land und dem BMG gemeinsam festzulegenden Vorgangsweise. Diese soll unter Beachtung der vom ÖSG vorgesehenen Versorgungs- und Verantwortlichkeitsstrukturen für jeden Patienten eine optimale Behandlungsqualität sicherstellen. Dies auch deshalb, weil im Tumorboard der KRAGES auch assoziierte onkologische Versorgungsleistungen und in diesen laut ÖSG die Erbringung von Therapie und Übernahme weiterer Leistungen in Abstimmung mit dem kooperie-

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

renden Onkologischen Schwerpunkt und/oder Onkologischen Zentrum zu erfolgen hat. In diesem Zusammenhang sollte auch die ÖSG-Konformität der Änderungen der Geschäftsordnung Tumorboard mit dem BMG geklärt werden. Weiters sollte die KRAGES insbesondere das KH Kittsee anhalten, eine lückenlose Anmeldung der onkologischen Patienten im Tumorboard vorzunehmen.

(4) Weiters wiederholte der RH die Empfehlung, dass das KH BBR Eisenstadt, gemeinsam mit dem Land Burgenland und dem BMG, für das Tumorboard eine dem ÖSG entsprechende Vorgangsweise bezüglich des Patientenkreises festlegen sollte. Dem Konvent der Barmherzigen Brüder gegenüber stellte der RH ferner klar, dass gemäß Bgld. KAG 2000 die kollegiale Führung einer Krankenanstalt die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen hat. Daher hat die kollegiale Führung des KH BBR Eisenstadt auch für die Schaffung der ÖSG-konformen Rahmenbedingungen für das Tumorboard zu sorgen. Der RH verblieb daher bei seinen Empfehlungen.

- 26.1** Der ÖSG legte für das Tumorboard betreffend Dokumentation verbindliche schriftliche Vereinbarungen zur Beschlussfassung der Behandlungsvorschläge und zur Dokumentationspflicht fest.

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Die Geschäftsordnung Tumorboard sah vor, die Dokumentation der Entscheidungen des Tumorboards direkt im Onko-Dekurs⁷⁹ vorzunehmen. Weiters war ein Kurzprotokoll⁸⁰ für jedes Tumorboard vorgesehen; darin wurde zwar die Anzahl der je Krankenanstalt vorgestellten Tumorpatienten genannt, nicht jedoch deren Namen bzw. Geburtsdatum.

Weiters war aus dem Protokoll nicht erkennbar, ob die den einzelnen Patienten betreffenden Tumorboardentscheidungen jeweils in Anwesenheit aller vom ÖSG vorgesehenen Fachrichtungen getroffen wurden; dies war auch im Onko-Dekurs nicht vermerkt.

⁷⁹ IT-gestützte Tumordokumentation für jeden an Krebs erkrankten Patienten

⁸⁰ mit Datum, Dauer, Teilnehmer, Liste der besprochenen Patienten, technischen Verzögerungen

KH BBR Eisenstadt

Wie erwähnt hatte das KH BBR Eisenstadt keine Verfahrens- bzw. Arbeitsanweisungen für das Tumorboard und damit auch keine schriftlichen Festlegungen hinsichtlich der Dokumentation der Tumorboardbeschlüsse getroffen.

Ein Gesamtprotokoll (alle vorgestellten Patienten, Teilnehmer etc.) über die Tumorboardsitzungen bestand nicht.⁸¹ Die Tumorboardbeschlüsse wurden in die jeweilige elektronische Patientenakte eingegeben. Diese sogenannten Onkologischen Konsiliarbefunde waren allerdings unterschiedlich strukturiert; so waren bspw. nur teilweise die beschlussfassenden Ärzte vermerkt.

- 26.2** Die Dokumentation der Tumorboards in den überprüften Krankenanstalten war teilweise nicht geeignet, das ÖSG-gemäße Zustandekommen der Beschlüsse nachzuweisen. Der RH hielt im Interesse der Gewährleistung höchstmöglicher Patientenbehandlungssicherheit eine nachvollziehbare und umfassende Dokumentation der Tumorboardbeschlüsse für unabdingbar.

Der RH empfahl der KRAGES, in den Kurzprotokollen des Tumorboards die Nachvollziehbarkeit der konkret besprochenen Patienten (Name, Geburtsdatum) zu gewährleisten. Weiters wären für jeden einzelnen Tumorboardbeschluss die jeweils anwesenden Fachärzte zu dokumentieren.

Das KH BBR Eisenstadt betreffend verwies der RH auch hier auf seine an das BMG gerichteten Empfehlungen in TZ 20 und 23 nach einer Klarstellung betreffend die pathologische Versorgung in Onkologischen Schwerpunkten und der Zulässigkeit von Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgungen.

Er empfahl dem KH BBR Eisenstadt, für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards im KH BBR Eisenstadt in den zu erstellenden Verfahrens- und Arbeitsanweisungen die Tumorboard-Dokumentation bzw. die Dokumentation der den einzelnen Patienten betreffenden Tumorboardentscheidungen und deren Zustandekommen im Detail ÖSG-konform und einheitlich festzulegen (z.B. auch jeweils die Teilnehmer zu nennen).

⁸¹ Nur die Abteilung für Chirurgie erstellte pro Tumorboard ein Protokoll mit den anwesenden Fachärzten und den vorgestellten Patienten.

26.3 (1) Die KRAGES verwies in ihrer Stellungnahme auf das Expertengutachten der GÖG, wonach zusätzlich für jedes Tumorboard ein Kurzprotokoll erstellt werde. Eine Liste der Patienten, die im Tumorboard vorgestellt und entweder als Routine gekennzeichnet oder besprochen würden, könne jederzeit mit dem Datum des Tumorboards aus der IT erstellt werden. Aus Datenschutzgründen sei entschieden worden, diese Liste nicht routinemäßig auszudrucken und mit dem Kurzprotokoll zu verwahren. Ein Mehrwert der namentlichen Benennung der besprochenen Patienten im Kurzprotokoll bzw. der Teilnehmer des Tumorboards in der Dokumentation der Tumorboardempfehlung im Onko-Dekurs sei nicht erkennbar. Die Dokumentation der Tumorboardempfehlung in der KRAGES sei jedenfalls sehr transparent und eindeutig nachvollziehbar.

(2) Dem Konvent der Barmherzigen Brüder war unklar, warum die Klassifizierung des KH BBR Eisenstadt als onkologischer Schwerpunkt hinterfragt werde. Eine Geschäftsordnung für das Tumorboard sei im Zuge der Zertifizierung erlassen worden.

26.4 (1) Die Bedenken der KRAGES hinsichtlich der Nennung der Patientennamen im Kurzprotokoll nahm der RH vor dem Hintergrund der Sensibilität dieser Daten zur Kenntnis. Was die Dokumentation der bei jeder Tumorboardentscheidung anwesenden Fachärzte anbelangt, verblieb der RH bei seiner Empfehlung; dadurch waren die Mitwirkenden an der konkreten Tumorboardentscheidung klar ersichtlich und war die Einhaltung der Vorgaben des ÖSG überprüfbar.

(2) Gegenüber dem Konvent der Barmherzigen Brüder verwies der RH erneut auf die unklaren Ausführungen des ÖSG zu den von einem Onkologischen Schwerpunkt zu erfüllenden Vorgaben im Bereich der Pathologie und auf die diesbezüglichen Ausführungen des BMG in TZ 20. Hinsichtlich der Geschäftsordnung für das Tumorboard rief er seine diesbezüglichen Empfehlungen (TZ 23, 24 und 25) in Erinnerung.

Projekt Onkologie Burgenland

27.1 (1) Laut RSG befasste sich das Projekt Onkologie Burgenland – neben der Einrichtung des Tumorboards – auch mit der Vorbereitung für ein klinisches Tumorregister. Durch eine Vernetzung mit anderen Bundesländern im Bereich der Dokumentation sollen die bestehenden Tumordokumentationen harmonisiert und so die Grundlage für ein österreichweites klinisches Tumorregister geschaffen werden.

(2) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestand in Österreich ein von der Statistik Austria geführtes epidemiologisches Tumorregister⁸² auf Basis einer gesetzlichen Grundlage aus 1969 (Krebsstatistikgesetz) bzw. der Krebsstatistikverordnung aus 1978. Klinische Tumorregister waren etwa in Tirol geplant.⁸³

(3) Im Jahr 2009 erarbeitete die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des BMG Grundlagen für ein Nationales Krebsprogramm⁸⁴. Bezüglich Nationaler Krebsprogramme bzw. -pläne bestehen einerseits Empfehlungen der WHO⁸⁵; andererseits haben sich die EU-Mitgliedstaaten 2009 auf die Erlassung nationaler integrierter Krebsbekämpfungspläne bis 2013 verständigt⁸⁶.

In den von der Gesundheit Österreich GmbH erarbeiteten Grundlagen wird u.a. ausgeführt, dass Daten über Krankheits- und Behandlungsverläufe für eine zielgerichtete Planung und Evaluierung eines Nationalen Krebsprogramms wichtig wären. Spätestens im Zuge der Entwicklung eines Nationalen Krebsprogramms müsse daher über Maßnahmen zur Verbesserung der Datendokumentation nachgedacht werden. Das BMG arbeitete zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an einem Nationalen Krebsprogramm⁸⁷.

⁸² Gegenstand der Erhebung sind die Angaben zur Person sowie über Art, Lokalisation und Letalität der Krebserkrankung. Krebserkrankungen (Geschwulstkrankheiten) im Sinne des Bundesgesetzes sind alle Karzinome, alle Sarkome sowie bestimmte weitere bösartige Krankheiten. Aufgrund der Meldeverpflichtung können nur stationäre bzw. in Ambulanzen der Krankenanstalten diagnostizierte bzw. behandelte Fälle registriert werden.

⁸³ Klinische Krebsregister sind stärker auf die Versorgung der Patienten durch die einzelnen Leistungserbringer im ambulanten und stationären Sektor fokussiert. Vor allem durch die möglichst detaillierte Dokumentation der genauen Therapie und des Verlaufs sollen Optimierungspotenziale in der Behandlung aufgedeckt und entsprechende Qualitätsverbesserungen angestoßen werden.

⁸⁴ Dabei wurden Nationale Krebsprogramme von Kanada, England, Irland, Schweiz, Niederlande, Dänemark, Frankreich und Neuseeland zum Vergleich herangezogen. Länder wie etwa die Schweiz oder Deutschland verfügen schon seit Jahren über einen Nationalen Krebsplan.

⁸⁵ z.B. 2008 – 2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

⁸⁶ Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über Maßnahmen zur Krebsbekämpfung: Europäische Partnerschaft, KOM(2009) 291 endgültig

⁸⁷ Im Jahr 2012 hatten unter den damals 27 EU-Mitgliedstaaten nur vier (Österreich, Bulgarien, Slowakei und Luxemburg) keine nationalen Krebspläne (National Cancer Control Programmes: Analysis of Primary Data from Questionnaires, FINAL PRELIMINARY REPORT, April 2012).

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

- 27.2** Der RH anerkannte das Bemühen des Landes Burgenland, im Rahmen des Projekts Onkologie Burgenland Vorbereitungen für ein klinisches Tumorregister zu schaffen.

Im Hinblick darauf, dass Krebserkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Österreich darstellen und unter Hinweis auf den vom BMG selbst identifizierten dringenden Handlungsbedarf im Bereich der onkologischen Versorgung sowie zur Entsprechung internationaler und europäischer Vorgaben empfahl der RH dem BMG, die Entwicklung des Nationalen Krebsprogramms für Österreich zügig voranzutreiben. In diesem Zusammenhang wäre auch der Thematik Verlaufsregister bzw. klinisches Krebsregister ein besonderer Stellenwert einzuräumen.

- 27.3** *Das BMG sagte in seiner Stellungnahme zu, die bereits weit gediehenen Arbeiten zu einem Nationalen Krebsrahmenprogramm voranzutreiben. Die Entwicklung eines Nationalen Krebsrahmenprogramms habe primär Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie, Behandlung, Nachsorge und Screeningprogramme zu beinhalten. Die Thematik der Qualitätskontrolle mittels Register sei demnach schwerpunktmäßig im Rahmen eines bundesweiten Qualitätssicherungsprogramms darzustellen und festzulegen. Grundsätzlich müsse beachtet werden, dass Verlaufsregister bzw. klinische Krebsregister als individuelle Behandlungspfade definiert seien. Sie dienten vorrangig der Qualitätssicherung und seien international regional eingesetzt, jedoch nicht in Form bundesweiter Register. So gebe es Bestrebungen, im Rahmen der Ergebnisqualitätsmessung im System A-IQI dementsprechende Indikatoren zu definieren, um damit die Behandlungsqualität überprüfen zu können. Im Unterschied dazu gebe es epidemiologische Register, die eine bevölkerungsbezogene Analyse ermöglichen und Auskunft über Auswirkungen von Programmen zur Krebsfrüherkennung und Prävention geben würden. Klinische Krebsregister gebe es seit den 1990er-Jahren und sie seien europaweit in der Regel an Behandlungszentren und Schwerpunktkliniken angegliedert. Auch in Deutschland gebe es für klinische Register keine Gesetzesgrundlage, daher würde sie sich in Struktur und Arbeitsweise unterscheiden. In klinischen Krebsregistern würden die Daten klinisch-bezogen erfasst und ausgewertet. Demgegenüber würden die Daten in epidemiologischen Krebsregistern wohnortbezogen ausgewertet.*
- 27.4** Der RH anerkannte die Bemühungen des BMG betreffend das Nationale Krebsrahmenprogramm. Er wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich der deutsche Nationale Krebsplan auch mit klinischen Krebsregistern befasst und im April 2013 in Deutschland das Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister erlassen wurde.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Kennzahlen **28.1** Vor dem Hintergrund des nunmehr gesetzlich verankerten Charakters des ÖSG als „Sachverständigengutachten“ (§ 59j KAKuG) und seiner damit verbundenen grundsätzlichen Verbindlichkeit⁸⁸ beurteilte der RH in den fünf überprüften Krankenanstalten die Einhaltung der fachbezogenen und leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien anhand ausgewählter Eingriffe. Der RH zog 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 (verbindlich)
	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 ¹
Orthopädie/Unfallchirurgie	Arthroskopien	jeweils 100 (Abteilung) bzw. 50 (Fachschwerpunkt oder Department)
	Knieendoprothetik	
	Hüftendoprothetik	

¹ Gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012 (ÖSG 2012) wurde die Mindestfallzahl für Brustkrebsoperationen auf 50 angehoben. Für den relevanten Prüfungszeitraum 2010 bis 2012 galten allerdings ausschließlich die Mindestfallzahlen des ÖSG 2010.

Quelle: ÖSG

⁸⁸ Der ÖSG ist in Hinkunft von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstalenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen (§§ 8 Abs. 2 in Verbindung mit 59j KAKuG). Die Einhaltung der darin enthaltenen Strukturqualitätskriterien ist auch Bedingung für eine Abgeltung durch den Landesgesundheitsfonds (§ 27b Abs. 5 KAKuG und § 3 Abs. 3 GQG).

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Wie bereits im Rahmen seiner Gebarungsüberprüfungen in den Bundesländern Salzburg (siehe dazu Reihe Bund 2012/12 bzw. Reihe Salzburg 2012/9 und Reihe Bund 2013/3 bzw. Reihe Salzburg 2013/1) sowie Vorarlberg (siehe dazu Reihe Bund 2013/12 bzw. Reihe Vorarlberg 2013/8) 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.

Die Detailergebnisse der Erhebungen für das Jahr 2012 sind den Tabellen im Anhang zu entnehmen.

- 28.2** Der RH stellte fest, dass bei einigen Leistungen die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Abteilung unter den vom ÖSG geforderten Mindestwerten lag.

Unabhängig davon betrachtete der RH die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Arzt. Diese Analyse ergab, dass in mehreren Fällen nur wenige Eingriffe je Arzt durchgeführt wurden, wie das Beispiel der offenen Appendektomie⁸⁹ zeigte:

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

In den vier Krankenhäusern der KRAGES wurden im Jahr 2012⁹⁰ offene Appendektomien insgesamt zwischen 39 Mal (KH Oberpullendorf) und 116 Mal (KH Oberwart) vorgenommen. Die Anzahl dieser Eingriffe je Arzt bewegte sich zwischen weniger als fünf (in allen Krankenhäusern) und 30 Eingriffen je Arzt (KH Oberwart).

KH BBR Eisenstadt

Im KH BBR Eisenstadt entfielen 2012 bei den 195 offenen Appendektomien auf einen Arzt zwischen 15 und 34 dieser Eingriffe.⁹¹

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 Operationszeiten bei der offenen Appen-

⁸⁹ Die Appendektomie war die einzige Leistung, die 2012 in allen fünf Krankenanstalten in einer repräsentativen Anzahl erbracht wurde.

⁹⁰ Im KH Oberwart wurden die Daten von Mai 2012 bis April 2013 erhoben.

⁹¹ Jene Ärzte, die weniger als fünf Eingriffe aufwiesen, waren entweder nicht ganzjährig anwesend oder führten Begleitappendektomien durch.

dektomie im KH Güssing durchschnittlich 82 Minuten, im KH Kittsee 47 Minuten, im KH Oberpullendorf 84 Minuten, im KH Oberwart 43 Minuten und im KH BBR Eisenstadt 46 Minuten. Die Bandbreite zwischen der minimalen und der maximalen Schnitt-Naht-Zeit lag zwischen elf Minuten (KH Oberwart) und 313 Minuten (KH Güssing). Die Begründungen für überdurchschnittlich lange Operationszeiten waren aus Sicht des RH nachvollziehbar und betrafen in der Regel medizinisch komplexe Operationen.

Auch die durchschnittlichen Verweildauern (4,9 Tage im KH Kittsee bis 8,1 Tage im KH Oberpullendorf) waren bei der offenen Appendektomie unterschiedlich; höhere Verweildauern betrafen in der Regel Einzelfälle und waren ebenfalls Folge medizinisch komplexer Eingriffe.

Leistungsbezogene
Strukturqualitäts-
kriterien

29.1 In der Leistungsmatrix des ÖSG sind für ausgewählte medizinische Einzelleistungen Qualitätskriterien festgelegt, die von der Krankenanstalt bei Erbringung der entsprechenden Leistung sicherzustellen sind und als leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien bezeichnet werden.

Krankenanstalten müssen bspw. für die Erbringung bestimmter Leistungen über die Möglichkeit einer intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts verfügen. Für die vier Krankenhäuser der KRAGES wurde dies durch die Abteilung für Pathologie im KH Oberwart⁹², für das KH BBR Eisenstadt durch ein externes Labor für Pathologie⁹³ sichergestellt.

Ebenso gehören Mindestfrequenzen pro Jahr und Krankenanstalten-Standort zu den leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien. Sie sind grundsätzlich als von medizinischen Experten/Fachgesellschaften vorgeschlagene Richtwerte und als Grundlage für die Leistungsangebotsplanung zu verstehen, werden aber, sobald gute Evidenz für eine Verbesserung der Ergebnisqualität bei Erhöhung der Fallzahlen vorliegt, verbindlich gestellt.

⁹² Dazu kam ein Arzt der Abteilung an einem fixen Tag pro Woche in die KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf, um dort vor Ort Gefrierschnitte vorzunehmen. Die Operationen, für die eine intraoperative histopathologische Befundung notwendig war, wurden dementsprechend an diesem Tag durchgeführt.

⁹³ Für intraoperative Gefrierschnitte war ein Arzt des Labors an bestimmten Tagen der Woche vor Ort anwesend.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

In der Leistungsmatrix⁹⁴ wurden die Mindestfrequenzen bei Eingriffen am Ösophagus (Speiseröhre), am Pankreas (Bauchspeicheldrüse), an der Carotis (Halsschlagader) und bei der Adipositas-Chirurgie als verbindlich qualifiziert. In den überprüften Krankenanstalten lag die Anzahl der vom RH ausgewählten Eingriffe im mehrjährigen Durchschnitt (2010 bis 2012) bei drei Operationsarten unter den im Rahmen der leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien des ÖSG vorgegebenen Mindestfrequenzen:

Wie aus Tabelle 16 ersichtlich, lag die Anzahl der Thyreoidektomien (totale oder teilweise Entfernung der Schilddrüse) in den KH Güssing und Oberpullendorf im mehrjährigen Durchschnitt unter den im ÖSG enthaltenen Mindestfrequenzen.

Tabelle 16: Thyreoidektomien in den KH Güssing und Oberpullendorf 2010 bis 2012						
	2010	2011	2012	Durchschnitt 2010 bis 2012	Mindestfrequenz ¹	erreicht zu
	Anzahl					in %
KH Güssing	12	17	16	15,0	30	50
KH Oberpullendorf	23	16	19	19,3	30	64

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KRAGES; RH

In den KH Kittsee (30 %) und Oberwart (23 %) sowie im KH BBR Eisenstadt (67 %) wurden die Mindestfrequenzen des ÖSG hinsichtlich der Eingriffe am Pankreas im mehrjährigen Durchschnitt verfehlt. In diesem Zusammenhang hielt der RH fest, dass die Mindestfrequenzen für Pankreasoperationen bereits verbindlich und ab 2014 maßgeblich für die Abrechnung nach dem LKF-System sind.

⁹⁴ Die Leistungsmatrix auf Basis des LKF-Modells 2014 mit Stand vom 28. Juni 2013 ist Teil des ÖSG 2012.

Tabelle 17: Eingriffe am Pankreas in den KH Kittsee und Oberwart sowie im KH BBR Eisenstadt 2010 bis 2012

	2010	2011	2012	Durchschnitt 2010 bis 2012	Mindestfrequenz ¹	erreicht zu
	Anzahl					in %
KH Kittsee	3	1	5	3,0	10	30
KH Oberwart	2	2	3	2,3	10	23
KH BBR Eisenstadt	5	9	6	6,7	10	67

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KRAGES; KH BBR Eisenstadt; RH

In den KH Kittsee und Oberwart lag darüber hinaus auch die Zahl der Brustkrebsoperationen im mehrjährigen Durchschnitt unter den im ÖSG enthaltenen Mindestfrequenzen. Allerdings war die Erbringung solcher Eingriffe seit 2013 für die Versorgungsregion Burgenland Nord⁹⁵ im KH BBR Eisenstadt und für die Versorgungsregion Burgenland Süd im KH Güssing zentriert.

Tabelle 18: Brustkrebsoperationen in den KH Kittsee und Oberwart 2010 bis 2012

	2010	2011	2012	Durchschnitt 2010 bis 2012	Mindestfrequenz ¹	erreicht zu
	Anzahl					in %
KH Kittsee	15	8	8	10,3	30	34
KH Oberwart	12	18	20	16,7	30	56

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KRAGES; RH

29.2 Der RH hob positiv hervor, dass die in den ÖSG-Strukturqualitätskriterien für bestimmte Leistungen geforderte Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts in allen überprüften Krankenanstalten erfüllt war.

In Anbetracht der niedrigen Fallzahlen von Schilddrüsenoperationen an den Standorten Güssing und Oberpullendorf (Erfüllungsgrad: 50 % bzw. 64 %) empfahl der RH der KRAGES, die Entwicklung des Leistungs-

⁹⁵ Die fünf landesfondsfinanzierten Akutkrankenanstalten im Burgenland waren zu Planungszwecken im RSG in zwei Versorgungsregionen aufgeteilt. Drei davon (KH BBR Eisenstadt, KH Kittsee, KH Oberpullendorf) waren der Versorgungsregion „Burgenland-Nord“ und zwei (KH Oberwart, KH Güssing) der Versorgungsregion „Burgenland-Süd“ zugeordnet.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

aufkommens zu beobachten und bei einem allfälligen weiteren Rückgang Varianten für eine Leistungskonzentration zu prüfen.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Mindestfrequenzen für Operationen der Bauchspeicheldrüse (Erfüllungsgrad: 30 % in Kittsee, 23 % in Oberwart und 67 % in Eisenstadt) ab 2014 verbindlich sind, empfahl der RH dem Land Burgenland, eine Konzentration dieses Eingriffs an einem Standort für das gesamte Land Burgenland im Rahmen der Leistungsangebotsplanung zu veranlassen.

Die Konzentration der Brustkrebsoperationen an zwei Standorten beurteilte der RH positiv.

29.3 (1) *Das Land Burgenland und die KRAGES erklärten in ihrer Stellungnahme, dass sich der Burgenländische Gesundheitsfonds im Rahmen der RSG–Revision der Thematik Konzentration des Eingriffs an der Bauchspeicheldrüse an einem Standort für das gesamte Land Burgenland annehmen werde.*

(2) Betreffend Pankreasoperationen teilte die KRAGES weiters mit, seinerzeit sei zwischen den chirurgischen Fächern vereinbart worden, dass alle Patienten in benachbarte Bundesländer zur Operation geschickt werden sollten. Da es immer schwieriger werde, Patienten entsprechend der abgestuften Versorgung aus finanziellen Gründen in anderen Bundesländern versorgen zu lassen, müssten die Ärzte die Versorgung oft selbst übernehmen. Zu den Schilddrüsenoperationen führte die KRAGES aus, dass sie entsprechend den Gesundheitsvorgaben des Landes handle, wonach eine bedarfsgerechte, flächendeckende und leicht zugängliche Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau aufrecht zu erhalten sei.

(3) Der Konvent der Barmherzigen Brüder wies in seiner Stellungnahme auf den RSG 2015 hin, der eindeutig festlege, dass Pankreasoperationen nur mehr im KH Oberwart und im KH BBR Eisenstadt durchgeführt werden dürften; in den letzten Jahren sei dem KH BBR Eisenstadt aber keine einzige Pankreasoperation aus den beiden Krankenhäusern seiner Versorgungsregion (KH Kittsee, KH Oberpullendorf) zugewiesen worden.

29.4 (1) Gegenüber der KRAGES führte der RH aus, dass der ÖSG nur dort Mindestfrequenzen vorsieht, wo wissenschaftliche Studien auf einen entsprechenden Zusammenhang zwischen der Zahl der behandelten Patienten und der Behandlungsqualität hindeuten. Aus seiner Sicht war es daher angebracht, wenigstens dort eine Leistungskonzentration zu prüfen, wo die empfohlene Mindestfrequenz eindeutig nicht

erreicht wurde. Da dies hinsichtlich der Schilddrüsenoperationen an den Standorten Güssing und Oberpullendorf (Erfüllungsgrad zwischen 50 % und 64 %) der Fall war, blieb der RH bei seiner Empfehlung, die Entwicklung des Leistungsaufkommens zu beobachten, um bei einem allfälligen weiteren Rückgang reagieren zu können.

(2) Gegenüber dem Land Burgenland, der KRAGES und dem Konvent der Barmherzigen Brüder wies der RH darauf hin, dass für Operationen der Bauchspeicheldrüse der Zusammenhang zwischen der Zahl der behandelten Patienten und der Behandlungsqualität wissenschaftlich erwiesen und unbestritten war, weshalb die Mindestfrequenz für diese Leistungen von zehn Operationen pro Jahr und Standort in der Leistungsmatrix des ÖSG ab 2014 verbindlich gestellt wurde. Der RH hielt erneut fest, dass im gesamten Burgenland von 2010 bis 2012 durchschnittlich lediglich zwölf Eingriffe an drei verschiedenen Standorten durchgeführt wurden. Wie vom Konvent der Barmherzigen Brüder in seiner Stellungnahme erwähnt, hatte das Land im RSG 2015 zwar eine Einschränkung festgelegt, aber nicht für die Einhaltung dieser Vorgabe gesorgt. Vor diesem Hintergrund sah der RH akuten Handlungsbedarf auf Seiten des Landes. Er bekräftigte daher seine Empfehlung, die Leistungserbringung für das gesamte Land Burgenland an einem Standort zu konzentrieren, um die Mindestfallzahlen in Zukunft verwirklichen zu können.

Fachbezogene Strukturqualitätskriterien

30.1 Gemäß den krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben und dem ÖSG sind fachrichtungsspezifische Leistungen grundsätzlich im Rahmen einer Fachabteilung zu erbringen. Allerdings sind in begründeten Ausnahmefällen⁹⁶ je nach Fachrichtung (fachbezogenen Strukturqualitätskriterien) reduzierte Organisationsformen (Satellitendepartment, Fachschwerpunkt, dislozierte Tagesklinik) zulässig.

Diese reduzierten Organisationsformen waren in ihrem Leistungsangebot entsprechend der jeweils gültigen Leistungsmatrix beschränkt.⁹⁷ Sie bedurften zu Zwecken der Qualitätssicherung der Anbindung an eine fachgleiche Abteilung einer anderen Krankenanstalt als Kooperationspartner (Patronanzabteilung), die schriftlich zu regeln war.

⁹⁶ nur zur Abdeckung von Versorgungslücken bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung und nur dann, wenn in regionaler Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen

⁹⁷ In der Regel sollen nur elektive (planbare) Eingriffe erbracht werden. Eine Ausnahme stellt diesbezüglich das Satellitendepartment für Unfallchirurgie dar, in dessen Rahmen auch eine Akutversorgung erfolgen kann.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Laut LAKAP waren in folgenden burgenländischen Krankenanstalten reduzierte Organisationsformen eingerichtet:

Tabelle 19: Reduzierte Organisationsformen in burgenländischen Krankenanstalten		
	Fachschwerpunkt	dislozierte Tagesklinik
KH Güssing	Orthopädie	Augenheilkunde
KH Kittsee	Urologie	–
KH Oberpullendorf	–	Augenheilkunde
KH Oberwart	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	–

Quellen: LAKAP; RH

KH Güssing

Im KH Güssing war eine dislozierte Tagesklinik für Augenheilkunde als autonome Organisationseinheit eingerichtet. Die Fachabteilung für Augenheilkunde des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien fungierte, basierend auf einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung, als Patronanzabteilung. Danach war mindestens einmal im Jahr eine dem Leitfaden und der Checkliste der KRAGES entsprechende Visitation durchzuführen und darüber ein Bericht zu verfassen.

Visitationsberichte lagen aus den Jahren 2011 bis 2012 vor und bescheinigten der Tagesklinik ein „hervorragendes operatives Niveau“. Für die in der dislozierten Tagesklinik durchgeführten Behandlungen waren mit dem Kooperationspartner abgestimmte Standards erstellt worden.

Das KH Güssing verfügte zusätzlich über einen Fachschwerpunkt für Orthopädie, der an die entsprechende Fachabteilung im KH BBR Eisenstadt angebunden war. Grundlage für diese Anbindung war eine schriftliche Vereinbarung, wonach die Patronanzabteilung mindestens einmal im Halbjahr eine Visitation durchzuführen und einen Bericht zu verfassen hatte. Hierbei waren der Leitfaden und die Checkliste für Visitationen der Fachschwerpunkte anzuwenden, welche die KRAGES erstellt hatte.

Die Visitationsberichte aus den Jahren 2010 bis 2012 bescheinigten dem Fachschwerpunkt die Erfüllung der im ÖSG enthaltenen Qualitätskriterien. Für die am Fachschwerpunkt durchgeführten Behandlungen bestanden mit der Patronanzabteilung abgestimmte Standards.

KH Kittsee

Im KH Kittsee war ein Fachschwerpunkt für Urologie eingerichtet, der an die entsprechende Fachabteilung des KH Oberwart angebunden war. Eine entsprechende KRAGES-interne Vereinbarung, wonach die Patronanzabteilung mindestens einmal im Halbjahr eine Visitation durchzuführen und einen Bericht zu verfassen hatte, lag vor. Der von der KRAGES erstellte Leitfaden und die Checkliste für Visitationen der Fachschwerpunkte dienten hierfür als Grundlage.

Dem ersten Visitationsbericht nach der Neubesetzung der Leitung des Fachschwerpunkts im Jahr 2011 waren zwei Jahre lang keine Visitationen mehr gefolgt. Der letzte Visitationsbericht vom Mai 2013 fiel positiv aus und bestätigte die wesentliche Rolle des Fachschwerpunkts für die Gesundheitsversorgung in der Region. Für die am Fachschwerpunkt durchzuführenden Behandlungen waren vom dort tätigen Team umfassende Standards erstellt worden.

KH Oberpullendorf

Im KH Oberpullendorf war eine dislozierte Tagesklinik für Augenheilkunde als autonome Organisationseinheit eingerichtet. Als Patronanzabteilung fungierte, wie im KH Güssing, die Fachabteilung für Augenheilkunde des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien. Diese Anbindung war in einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung geregelt. Danach war mindestens einmal im Jahr eine Visitation durchzuführen und darüber ein entsprechender Visitationsbericht zu verfassen, wofür die KRAGES einen Leitfaden einschließlich einer Checkliste erstellt hatte.

Die Visitationsberichte lagen aus den Jahren 2010 bis 2013 vor und bescheinigten der Tagesklinik ein „hervorragendes operatives Niveau“. Für die in der dislozierten Tagesklinik durchgeführten Behandlungen lagen mit dem Kooperationspartner abgestimmte Standards vor.

Im KH Oberpullendorf war zur Verstärkung des allgemeinchirurgischen Teams bei der Versorgung von akuten Verletzungen an Knochen, Bändern und Gelenken von Montag bis Freitag ein Facharzt für Unfallchirurgie tätig. So wurden im KH Oberpullendorf stationäre Leistungen erbracht, für die im Burgenland laut den Strukturqualitätskriterien des ÖSG bzw. gemäß dem LAKAP die Fachabteilungen für Unfallchirurgie im KH BBR Eisenstadt und im KH Oberwart zuständig waren.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Dabei handelte es sich um geplante (elektive) arthroskopische Operationen des Kniegelenks und Implantationen von Teilendoprothesen des Hüftgelenks.

Tabelle 20: Kniearthroskopien und Teilendoprothetik Hüfte im KH Oberpullendorf 2010 bis 2012				
	2010	2011	2012	Durchschnitt 2010 bis 2012
	Anzahl			
Kniearthroskopie	22	39	40	33,7
Teilendoprothetik Hüfte	11	15	18	14,7

Quellen: KRAGES; RH

Wie eine Auswertung des KH Oberpullendorf für das Jahr 2012 zeigte, wurden die Implantationen von Hüftgelenksteilendoprothesen zur operativen Versorgung akuter Schenkelhalsfrakturen vorgenommen. Eine entsprechende Leitlinie der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie sah vor, dass Patienten mit akuter Schenkelhalsfraktur – sofern es deren Allgemeinzustand zulässt – so schnell wie möglich innerhalb von 24 Stunden operiert werden sollten. Laut der vom KH Oberpullendorf übermittelten Auswertung wurden zehn der 18 im Jahr 2012 durchgeführten Eingriffe innerhalb von 24 Stunden, sieben innerhalb von 48 Stunden und ein Eingriff innerhalb von 72 Stunden durchgeführt.

KH Oberwart

Im KH Oberwart war ein Fachschwerpunkt für HNO eingerichtet, der an die entsprechende Fachabteilung im KH BBR Eisenstadt als Patronanzabteilung angebunden war. Grundlage für diese Anbindung war eine schriftliche Vereinbarung, wonach die Patronanzabteilung mindestens einmal im Halbjahr eine Visitation durchzuführen und einen Bericht zu verfassen hatte. Hierbei waren der Leitfaden und die Checkliste für Visitationen der Fachschwerpunkte anzuwenden, welche die KRAGES erstellt hatte. Auffallend war, dass 2010 bis 2012 keine Visitationen erfolgten.

Für die am Fachschwerpunkt durchzuführenden Behandlungen waren Richtlinien in Abstimmung mit der Patronanzabteilung erstellt worden.

- 30.2** Der RH beurteilte die Anbindung der Fachschwerpunkte und der dislozierten Tageskliniken an entsprechende Fachabteilungen positiv. Die Aufgaben der Patronanzabteilungen waren in Kooperationsvereinbarungen klar geregelt und bezüglich der Visitationen zusätzlich in Leitfäden und Checklisten zusammengefasst. Der RH wies jedoch darauf hin, dass Visitationen der Fachschwerpunkte nicht immer – wie in den Kooperationsvereinbarungen vorgesehen – durchgeführt wurden. Der RH empfahl daher der KRAGES, auf eine regelmäßige Durchführung der Visitationen sowie der entsprechenden Berichterstattung zu achten.

Kritisch betrachtete der RH die im KH Oberpullendorf durchgeführten Kniearthroskopien und Implantationen von Hüftteildoprothesen. Diese wurden zwar von einem Unfallchirurgen, aber an der fachlich nicht zuständigen chirurgischen Abteilung erbracht.

Der RH empfahl der KRAGES und dem Konvent der Barmherzigen Brüder, den fachbezogenen Strukturqualitätskriterien des ÖSG entsprechend diese Leistungen in den KH BBR Eisenstadt und Oberwart zu konzentrieren. Dafür sprachen auch hinsichtlich der Kniearthroskopien deren elektiver Charakter und bezüglich der Versorgung von Schenkelhalsfrakturen mit Teildoprothesen die Tatsache, dass im KH Oberpullendorf keine mit einer Fachabteilung vergleichbare Akutversorgung möglich war. So wurden 44 % der Patienten im Jahr 2012 aufgrund der begrenzten Anwesenheit des einzigen Unfallchirurgen nicht innerhalb der empfohlenen 24 Stunden operiert.

- 30.3** (1) *Laut Stellungnahme der KRAGES werde auf die regelmäßige Durchführung der Visitationen und Berichterstattung geachtet. Teilweise fehlende Berichte lägen nicht im Einflussbereich der KRAGES, sondern am Kooperationspartner (HNO Eisenstadt).*

Am Standort Güssing werde ein Fachschwerpunkt für Orthopädie implementiert. Daher sei eine ausschließliche Konzentration von Implantationen oder Arthroskopien auf Oberwart oder Eisenstadt abzulehnen. Am Standort Oberpullendorf würden im Rahmen einer innerbetrieblichen Kooperation diese Leistungen ausschließlich von Unfallchirurgen des Standortes Oberwart erbracht. Auch hier gelte das im Burgenland geforderte wohnortnahe Versorgungsprinzip.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

(2) Der Konvent der Barmherzigen Brüder wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass seit dem Führungswechsel im Jahr 2012 an der HNO-Abteilung im KH BBR Eisenstadt eine Visitation des Fachschwerpunkts HNO in Oberwart im Juni 2013 durchgeführt worden sei. Vereinbarungsgemäß seien in Zukunft zweimal jährlich Visitationen im HNO-Fachschwerpunkt im KH Oberwart geplant, wobei die erste Visitation 2014 für das zweite Quartal, die zweite Visitation für das vierte Quartal 2014 vorgesehen sei. Die Zusammenarbeit mit dem HNO-Fachschwerpunkt im KH Oberwart sei gut. Bei der Visitation im Juni 2013 habe sich ein gut motiviertes Team gezeigt; aufgrund der steigenden Zahlen sowohl im ambulanten als auch im operativen Bereich habe sich eine gute Akzeptanz des HNO-Fachschwerpunkts in der Bevölkerung feststellen lassen.

30.4 (1) Gegenüber der KRAGES hielt der RH fest, dass das Krankenanstaltenrecht Maßstab für die Leistungserbringung in den burgenländischen Krankenanstalten ist. Danach sind für den Fachbereich Unfallchirurgie zwei Versorgungsstrukturen (Fachabteilung und Satellitendepartment) vorgesehen. Im KH Oberpullendorf war keine dieser Strukturen vorhanden. Auch der LAKAP sah die Erbringung unfallchirurgischer Leistungen nicht an diesem Standort, sondern – wie vom RH empfohlen – nur in den KH BBR Eisenstadt und Oberwart vor. Elektive Leistungen, wie z.B. Arthroscopien, die nicht der Versorgung akuter Verletzungen dienen und daher sowohl in den Fachbereich Unfallchirurgie als auch Orthopädie fielen, könnten – wie von der KRAGES vorgeschlagen – in Zukunft grundsätzlich auch am Fachschwerpunkt für Orthopädie in Güssing erbracht werden.

(2) Hinsichtlich Visitationen des Fachschwerpunkts HNO in Oberwart beurteilte der RH gegenüber der KRAGES und dem Konvent der Barmherzigen Brüder positiv, dass mittlerweile ein erster Visitationsbericht vorlag und zwei weitere Visitationen geplant waren. Seine Empfehlung, in Zukunft auf eine regelmäßige Durchführung der Visitationen sowie der entsprechenden Berichterstattung zu achten, hielt er gegenüber der KRAGES dennoch aufrecht.

Verweildauern und
Wartezeiten im OP

Verfügbarkeit von OP-Daten

31.1 Die Zeitmarken für Operationen wurden im KH Oberwart sowie im KH BBR Eisenstadt elektronisch erfasst und waren so für den RH auswertbar.

In den KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf erfolgte die OP-Dokumentation noch nicht elektronisch, die KRAGES hatte jedoch mit der Implementierung einer OP-Software begonnen. Der RH erhob daher in diesen drei Krankenanstalten sowohl die für die nachfolgenden OP-Auswertungen erforderlichen, als auch die in den Anhängen dargestellten Daten aus insgesamt rd. 600 ausgewählten – nur vor Ort in Papierform verfügbaren – Krankengeschichten.

- 31.2 Der RH empfahl der KRAGES, die begonnene Implementierung der OP-Software in ihren Krankenanstalten fortzusetzen.
- 31.3 Die KRAGES teilte mit, dass das Rollout der elektronischen OP-Dokumentation im KH Kittsee und im KH Oberpullendorf im Jahr 2014 abgeschlossen sein werde.

Verweildauern im OP

- 32.1 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.

Tabelle 21: Verweildauer im OP-Bereich 2012				
KH/Eingriff	Cholezystektomie	Appendektomie	Arthroskopie am Knie	Implantation einer Totalendoprothese Hüfte
Mittelwert in Minuten				
KH Güssing	OP-Daten elektronisch nicht verfügbar			
KH Kittsee	OP-Daten elektronisch nicht verfügbar		Leistungen nicht erbracht	
KH Oberpullendorf	OP-Daten elektronisch nicht verfügbar			Leistung nicht erbracht
KH Oberwart	68	50	75	96
KH BBR Eisenstadt	51	39	40	60

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

In den KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf, in welchen die OP-Daten noch nicht elektronisch verfügbar waren, ergaben die Auswertungen des RH anhand von Voll- bzw. Teilerhebungen aus den Aufzeichnungen in den Krankengeschichten für 2012 bei der Cholezystektomie und der Appendektomie fast idente Mittelwerte von jeweils rund einer dreiviertel Stunde.^{98, 99}

- 32.2** Bei der Cholezystektomie und der Appendektomie bewegten sich die Verweildauern im OP-Bereich (Zeitraum zwischen Ein- und Ausschleusen abzüglich Schnitt-Naht-Zeiten) im Wesentlichen in einer unauffälligen Bandbreite. Bei den beiden überprüften Eingriffen an Knie und Hüfte waren sie im KH Oberwart jedoch deutlich höher als im KH BBR Eisenstadt.¹⁰⁰ Der RH empfahl daher dem KH Oberwart, die Gründe hierfür zu erheben und gegebenenfalls Optimierungspotenziale zu nutzen.
- 32.3** *Die KRAGES teilte dazu mit, die Verweildauer eines Patienten im OP, abzüglich der Schnitt-Naht-Zeit, als Qualitätsindikator für eine zweckmäßige OP-Organisation heranzuziehen, sei nicht nachvollziehbar. Alleine aus infrastruktureller Sicht und daraus resultierenden Maßnahmen ließen sich die OP-Bereiche des KH Oberwart und des KH BBR Eisenstadt nicht vergleichen.*
- 32.4** Der RH wies gegenüber der KRAGES darauf hin, dass er diesen Indikator bereits in den vorangegangenen Überprüfungen zu diesem Thema¹⁰¹ herangezogen hatte. Er verkannte nicht die strukturellen bzw. organisatorischen Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenanstalten und stellte klar, dass seine Empfehlung in erster Linie darauf gerichtet war, auf Basis einer krankenhausesinternen Evaluierung einen Optimierungsprozess anzuregen.

⁹⁸ KH Güssing: 43 bzw. 46 Minuten, KH Kittsee: 48 bzw. 47 Minuten, KH Oberpullendorf: 44 bzw. 46 Minuten

⁹⁹ Aufgrund der hohen Anzahl (465) an Operationen an Knie und Hüfte in den KH Güssing und Oberpullendorf wurde bei diesen Eingriffen keine händische Erhebung durchgeführt.

¹⁰⁰ teilweise auch höher als die Verweildauern in den vom RH im Rahmen von vorangegangenen Gebarungsüberprüfungen betrachteten Krankenanstalten

¹⁰¹ Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in Salzburger Krankenanstalten (Reihe Bund 2012/12 und 2013/3; Reihe Salzburg 2012/9 und 2013/1 bzw. in Krankenanstalten Vorarlbergs (Reihe Bund 2013/12, Reihe Vorarlberg 2013/8)

Wartezeiten im OP

- 33.1** 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 (siehe dazu die folgende Tabelle):

Tabelle 22: Wartezeit zwischen Anästhesiebeginn und erstem Hautschnitt 2012

	Minimum	Maximum	Mittelwert
	in Minuten		
Cholezystektomie (laparoskopisch und offen)			
Anästhesiebeginn bis Schnitt			
KH Güssing	OP-Daten elektronisch nicht verfügbar		
KH Kittsee			
KH Oberpullendorf			
KH Oberwart	7	49	20
KH BBR Eisenstadt	1	42	13
Appendektomie (laparoskopisch und offen)			
Anästhesiebeginn bis Schnitt			
KH Güssing	OP-Daten elektronisch nicht verfügbar		
KH Kittsee			
KH Oberpullendorf			
KH Oberwart	3	43	15
KH BBR Eisenstadt	1	63	10
Implantation einer Totalendoprothese Hüfte			
Anästhesiebeginn bis Schnitt			
KH Güssing	OP-Daten elektronisch nicht verfügbar		
KH Kittsee			
KH Oberpullendorf	Leistung nicht erbracht		
KH Oberwart	15	64	31
KH BBR Eisenstadt	2	78	21
Arthroskopie am Knie			
Anästhesiebeginn bis Schnitt			
KH Güssing	OP-Daten elektronisch nicht verfügbar		
KH Kittsee			
KH Oberpullendorf	Leistung nicht erbracht		
KH Oberwart	3	45	22
KH BBR Eisenstadt	2	131	13

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

In den KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf, in welchen – wie erwähnt – die OP-Daten noch nicht elektronisch verfügbar waren, ergaben die Auswertungen des RH für 2012 bei der Cholezystektomie Mittelwerte zwischen zwölf Minuten (KH Güssing) und 23 Minuten (KH Oberpullendorf) und bei der Appendektomie Mittelwerte von elf Minuten (KH Güssing und Kittsee) und 23 Minuten im KH Oberpullendorf.¹⁰²

- 33.2** Bei der Wartezeit im OP wiesen die überprüften Krankenhäuser beim Mittelwert ähnliche Ergebnisse auf. Dessen Größenordnung entsprach im Übrigen jenem bei den Wartezeiten der vom RH im Rahmen von vorangegangenen Gebarungsüberprüfungen zu diesem Thema betrachteten Krankenanstalten.

Sonstige Feststellungen

Qualitätsstrategie und Qualitätssicherungskommission

- 34.1** Der RH überprüfte im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung in der Patientenbehandlung weiters, ob die fünf überprüften Krankenanstalten über eine schriftlich festgelegte Qualitätsstrategie und die gesetzlich vorgesehene Qualitätssicherungskommission¹⁰³ verfügten.

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Eine krankenanstaltenübergreifende schriftliche Qualitätsstrategie der KRAGES bestand nicht.¹⁰⁴ In der KRAGES war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung auch kein Mitarbeiter explizit für das Qualitätsmanagement zuständig. Bereits im September 2012 wurde in einer Aufsichtsratssitzung der Bericht der Geschäftsführung über diesbezügliche Planungen¹⁰⁵ zur Kenntnis genommen.

¹⁰² Aufgrund der hohen Anzahl (465) an Operationen an Knie und Hüfte in den KH Güssing und Oberpullendorf wurde bei diesen Eingriffen keine händische Erhebung durchgeführt.

¹⁰³ Gemäß KAKuG bzw. Bgld. KAG 2000 ist in jeder bettenführenden Krankenanstalt eine Qualitätssicherungskommission einzurichten, um Maßnahmen der Qualitätssicherung zu initiieren, zu koordinieren und zu unterstützen, die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung zu beraten.

¹⁰⁴ So war bspw. auch die Entscheidung betreffend Zertifizierungen nicht schriftlich dokumentiert.

¹⁰⁵ durch eine Neuordnung vorhandener Personalressourcen

In der seit 2010 bestehenden ARGE Qualitätsmanagement trafen sich die Qualitätsmanagementkernteams¹⁰⁶ der vier Krankenhäuser mit dem Pflegereferat der KRAGES, um u.a. gemeinsame Qualitätsvorgaben zu entwickeln (siehe TZ 17). Mittel- bis längerfristige Arbeitsprogramme bestanden nicht.¹⁰⁷

Die Qualitätssicherungskommissionen der vier KH bestanden aus drei bis zehn Mitgliedern aus den gesetzlich geforderten Berufsgruppen¹⁰⁸, wobei in den KH Kittsee und Oberpullendorf der medizinisch-technische Dienst nicht vertreten war. Diese Kommissionen waren jeweils als Stabstellen der Krankenhausleitung eingerichtet. Die Vorgangsweisen (Geschäftsordnung, Arbeitsprogramm, Protokolle, Jahresberichte etc.) waren in jedem Krankenhaus unterschiedlich. Die Aktivitäten der Qualitätssicherungskommissionen umfassten bspw. Erarbeitung und Einführung von Leitlinien, Organisation von Mitarbeiterveranstaltungen zu Qualitätssicherungsthemen, Umsetzung von Vorgaben der ARGE Qualitätsmanagement und Implementierung der Patientensicherheitsziele.

KH BBR Eisenstadt

Das KH BBR Eisenstadt verfügte über eine schriftlich festgelegte Strategie für den Zeitraum 2011 bis 2015. Bezogen auf das Thema Qualitätssicherung waren etwa die Zertifizierung, die Etablierung eines Beschwerdemanagements und die Implementierung eines Fehlermanagementsystems als Ziele ausgewiesen.

Im KH BBR Eisenstadt war die Qualitätssicherungskommission ebenfalls als Stabstelle der Krankenhausleitung eingerichtet; sie bestand aus elf Mitgliedern aus den gesetzlich geforderten Bereichen. Weiters lagen eine Geschäftsordnung, Arbeitsprogramme, Protokolle und Jahresberichte vor. Es wurden laufend Qualitätssicherungsprojekte durchgeführt¹⁰⁹; Evaluierungen erfolgten ebenso.

¹⁰⁶ Diese setzten sich im Wesentlichen aus den Mitgliedern der Qualitätssicherungskommissionen zusammen.

¹⁰⁷ Für 2013 gab es erstmals ein Arbeitsprogramm.

¹⁰⁸ Der Kommission haben zumindest je eine Vertretung des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und der Krankenhausverwaltung anzugehören.

¹⁰⁹ im medizinischen Bereich bspw.: OP-Statut und OP-Neuorganisation, hausübergreifend Einführung des Patientenidentifikationsbandes, Sicherheit medizinischer Geräte, umfangreiche Aus- und Weiterbildungen

Sonstige Feststellungen

- 34.2** Der RH anerkannte, dass in allen überprüften Krankenanstalten eine Qualitätssicherungskommission eingerichtet war und diese Kommissionen eine Reihe von Maßnahmen auch im Bereich der medizinischen Qualitätssicherung setzten. Weiters sah er die Tätigkeit der ARGE Qualitätsmanagement der KRAGES positiv.

Bezüglich der KRAGES hielt der RH aber kritisch fest, dass keine schriftliche krankenanstaltenübergreifende Qualitätsstrategie vorlag und auf Ebene der Geschäftsführung kein Mitarbeiter explizit für Qualitätsmanagement des Gesamtunternehmens zuständig war.

Der RH empfahl daher der KRAGES, eine mehrjährige Qualitätsstrategie für das Gesamtunternehmen schriftlich festzulegen sowie auf Ebene der Geschäftsführung klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für ein krankenanstaltenübergreifendes Qualitätsmanagement zu definieren. Gleichzeitig hielt er es für zweckmäßig, für die Tätigkeit der Qualitätssicherungskommissionen einheitliche Vorgaben zu definieren.

Für die effiziente Umsetzung der festzulegenden Qualitätsstrategie in den Krankenanstalten hielt er es weiters für zweckmäßig, Strategiesitzungen der KRAGES-Geschäftsführung samt Qualitätsmanagement mit der ARGE Qualitätsmanagement zu institutionalisieren.

Den KH Kittsee und Oberpullendorf empfahl der RH, wie gesetzlich vorgesehen für ihre Qualitätssicherungskommissionen auch Vertreter des medizinisch-technischen Dienstes zu bestellen.

- 34.3** *Die KRAGES sagte zu, eine mehrjährige Qualitätsstrategie im Jänner 2014 zu erarbeiten. Auf der Ebene der Geschäftsführung sei der Bereich Qualitätsmanagement besetzt worden. Einheitliche schriftliche Vorgaben für die Qualitätssicherungskommissionen würden ab Jänner 2014 erlassen werden. Im KH Kittsee und KH Oberpullendorf seien Vertreter des medizinisch-technischen Dienstes bestellt worden. Weiters führte die KRAGES aus, in einer arbeitsteiligen Organisation reiche es aus, dass die Anordnungen der Geschäftsführung umgesetzt und auf deren Wirkung hin überprüft würden. Ebenso sei durch eine effiziente Organisation ein regelmäßiges Feedback sichergestellt. Eine persönliche Anwesenheit der Geschäftsführung in allen Organisationseinheiten sei weder sinnvoll noch machbar.*

- 34.4** Der RH stellte gegenüber der KRAGES klar, dass seine Empfehlung auf regelmäßige (bspw. halbjährliche) Strategiesitzungen der KRAGES-Geschäftsführung samt Qualitätsmanagement mit der ARGE Qualitätsmanagement gerichtet war, um laufend eine effiziente Umsetzung

der Qualitätsstrategie sicherzustellen und zeitnah allenfalls erforderliche Adaptierungen bzw. Ergänzungen vornehmen zu können.

Patienten-
befragungen

- 35.1** Patientenbefragungen sind eine wichtige Grundlage für das krankenanstalteninterne Qualitätsmanagement bzw. für die Evaluation sowie Steuerung von qualitätsrelevanten Prozessen.¹¹⁰ An den fünf überprüften Krankenanstalten wurde dieses Instrument zur Zeit der Gebärungsüberprüfung wie folgt angewandt:

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Die vier Krankenanstalten der KRAGES nahmen 2010/2011 an einer österreichweiten umfassenden sektorenübergreifenden Patientenbefragung der Gesundheit Österreich GmbH teil.¹¹¹

Im Zeitraum April bis Juni 2013 führten alle vier Krankenanstalten Patientenbefragungen anhand eines einheitlichen Fragebogens (mit spezifischen Fragestellungen zur Behandlungsqualität) durch.¹¹² Die Vorgangsweise der Mitarbeiter bei der Durchführung der Befragungen mit dem neuen Fragebogen gab die KRAGES schriftlich vor. Danach hatte jede Abteilung/Station aus den von der KRAGES zentral ausgewerteten Daten Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten.¹¹³

KH BBR Eisenstadt

Das KH BBR Eisenstadt führte sowohl kontinuierliche als auch periodische Patientenbefragungen – die letzte fand 2008 statt, die nächste ist für Herbst 2013 geplant – durch. Für die kontinuierliche Befragung bestanden detaillierte schriftliche Vorgaben. Im Unterschied zur KRAGES war eine Einbindung der kollegialen Führung in die Maßnahmensetzung vorgesehen. Infolge des Fehlens entsprechender Fragestellungen betrafen die aus den Beantwortungen abgeleiteten Maßnahmen die Behandlungsqualität kaum.¹¹⁴

¹¹⁰ Nübling, R., Körner, M., Steffanowski, A., Rundel, M., Kohl, C.F.R., Löschmann, C., Schmidt, J. (2007): Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 12, S. 44–50

¹¹¹ mit durchwegs überdurchschnittlichen Ergebnissen

¹¹² Davor gab es unterschiedliche Vorgangsweisen in den einzelnen Krankenanstalten.

¹¹³ Zur Zeit der Gebärungsüberprüfung waren die Auswertungen durch die KRAGES noch nicht abgeschlossen.

¹¹⁴ Maßnahmen betrafen eher das Essen und die Unterbringung der Patienten.

Sonstige Feststellungen

- 35.2** Der RH hielt die Durchführung von Patientenbefragungen grundsätzlich für geeignet, um für die Qualitätssicherung in der Patientenbehandlung einen Mehrwert zu erzielen. Voraussetzung dafür waren seiner Ansicht nach aber auch konkrete Fragestellungen in Bezug auf die Behandlungsqualität.

Bei den Krankenanstalten der KRAGES fiel auf, dass die Maßnahmenentscheidungen und die Umsetzungsverantwortung auf Ebene der Abteilungsleitungen vorgesehen waren. Nach dem Bgld. KAG 2000¹¹⁵ hat die kollegiale Führung die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund empfahl der RH der KRAGES, die jeweilige kollegiale Führung in die Entscheidung über erforderliche Maßnahmen aufgrund der Patientenbefragungen, deren Umsetzung und Kontrolle verantwortlich einzubinden sowie die Verfahrensleitungen für ihre Patientenbefragungen in diesem Sinne zu modifizieren.

Er empfahl der KRAGES weiters, die Struktur bzw. die Fragestellungen des für die letzte Befragung eingesetzten Fragebogens auf Basis der aktuellen Ergebnisse zu evaluieren und die zukünftige Vorgangsweise für Patientenbefragungen für das gesamte Unternehmen festzulegen.

Dem KH BBR Eisenstadt empfahl er ebenfalls, die Struktur bzw. die Fragestellungen des Patientenfragebogens regelmäßig zu evaluieren und zusätzliche Fragestellungen betreffend die Patientenbehandlungsqualität zu erwägen.

- 35.3** (1) *Laut Stellungnahme der KRAGES seien die Ergebnisse der aktuell durchgeführten Patientenbefragung bereits den kollegialen Führungen zur weiteren Veranlassung zur Verfügung gestellt worden. Eine Evaluierung der Struktur bzw. Fragestellungen des Patientenfragebogens erfolge im Dezember 2013. In diesem Zusammenhang werde auch der nächste Zeitraum für die KRAGES-weite Patientenbefragung 2014 festgelegt.*

(2) *Der Konvent der Barmherzigen Brüder hielt in seiner Stellungnahme fest, dass im KH BBR Eisenstadt eine laufende Patientenbefragung und eine Patientenbefragung durch ein deutsches Institut erfolge. Das Ergebnis aus der Befragung dieses Instituts werde mit März 2014 erwartet. In der Patientenbefragung, welche durch das Institut provinzweit alle drei Jahre erfolge, werde auf die Behandlungsqualität eingegangen. Der Fragebogen zur laufenden Befragung sei ein provinzweit*

¹¹⁵ § 23 Abs. 3 Bgld. KAG 2000

verwendeter Fragebogen innerhalb Österreichs. Im Rahmen der Evaluierung werde die Empfehlung des RH eingebracht werden.

Obduktionen

36.1 (1) In Österreich werden drei Arten von Obduktionen unterschieden:

- Eine klinische Obduktion wird bei Versterben eines Patienten in einer öffentlichen Krankenanstalt auf landesgesetzlicher Grundlage angeordnet. Obduktionsindikatoren sind vor allem diagnostische Unklarheit oder postoperatives Ableben. Die klinische Obduktion dient zur genaueren Abklärung der Todesursache und zur klinischen Qualitätssicherung.
- Wenn ein Todesfall nicht im Krankenhaus auftritt, kann die Bezirksverwaltungsbehörde eine sanitätsbehördliche Obduktion nach den Sanitätsgesetzen beauftragen. Indikation zur Obduktion ist im Wesentlichen eine unklare Todesursache, die durch die Totenbeschau nicht geklärt werden kann.
- Gerichtliche Obduktionen finden bei Verdacht auf fremde Beteiligung am Tod auf Grundlage der Strafprozessordnung¹¹⁶ statt. Die Staatsanwaltschaft beauftragt aufgrund einer Anzeige eine Obduktion. Auch im Fall eines Fremdverschuldens in Verbindung mit einem Tod am Operationstisch bzw. in Narkose (mors in tabula) muss nach dem Ärztegesetz¹¹⁷ eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft erstattet werden.

Die Anzahl der klinischen Obduktionen sank im Verhältnis zu allen Todesfällen von 2004 bis 2012 in Österreich bzw. im Burgenland um 6,8 bzw. 9,3 Prozentpunkte auf 11,4 % bzw. 11,3 % (2004: Österreich 18,2 %, Burgenland 20,6 %). Auch die sanitätspolizeilichen Obduktionsraten verringerten sich in Österreich in diesem Zeitraum von 2,7 % auf 1,5 %; im Burgenland blieben sie nahezu konstant bei rd. 1,0 %. Die gerichtlichen Obduktionsraten blieben sowohl in Österreich als auch im Burgenland beinahe gleich (2004: 1,6 % bzw. 0,8 %, 2012: 1,7 % bzw. 0,7 %).

¹¹⁶ BGBl. Nr. 631/1975 i.d.g.F.

¹¹⁷ § 54 Ärztegesetz

Sonstige Feststellungen

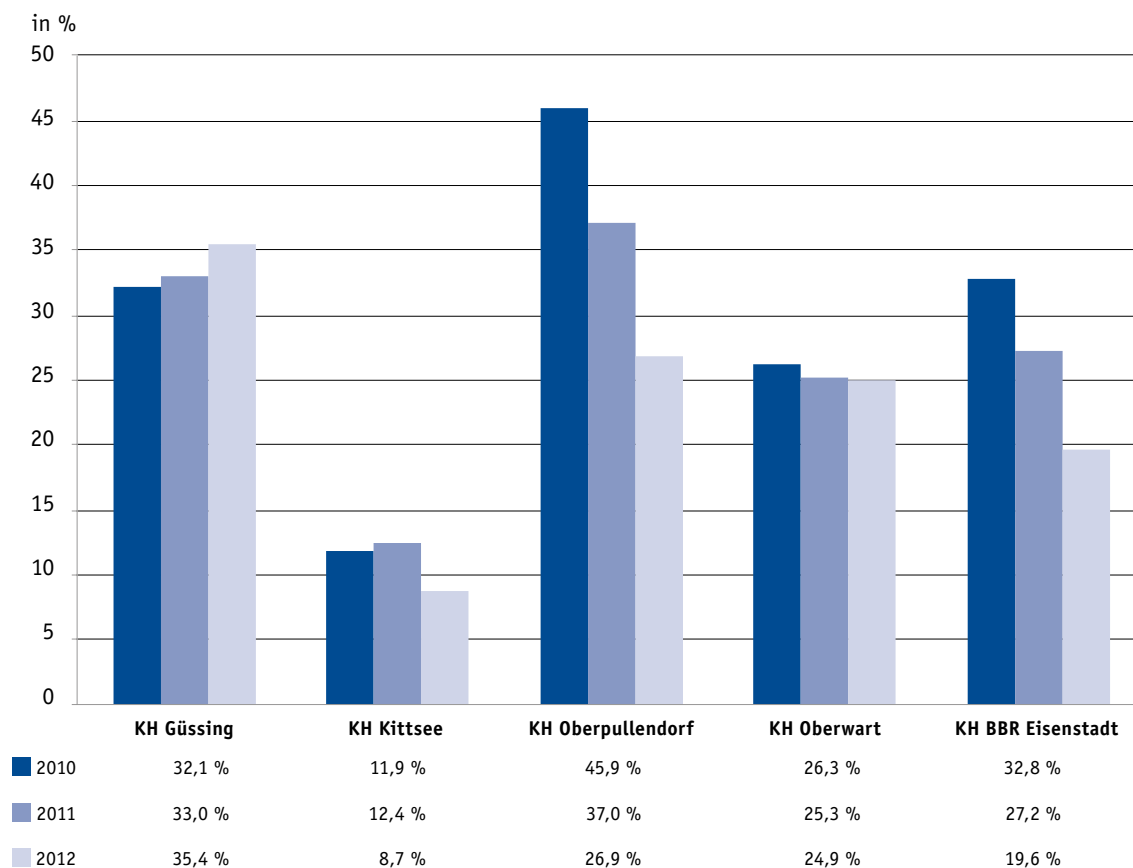
(2) Gemäß Bgld. KAG 2000 sind in öffentlichen Krankenanstalten verstorbene Patienten zu obduzieren, wenn die Obduktion

- sanitätspolizeilich oder strafprozessual angeordnet wurde oder
- öffentliche oder wissenschaftliche Interessen wahrt, insbesondere zur diagnostischen Klärung der Todesursache oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffs.

Ansonsten durfte eine Leichenöffnung nur bei Vorliegen der Zustimmung des Verstorbenen bei Lebzeiten oder seiner nächsten Angehörigen vorgenommen werden.

(3) In den überprüften Krankenanstalten stellte sich in den Jahren 2010 bis 2012 die Anzahl der klinischen Obduktionen im Verhältnis zu den im jeweiligen Krankenhaus Verstorbenen wie folgt dar:

Abbildung 1: Klinische Obduktionsraten (= Anteil der Obduktionen an allen im KH Verstorbenen) in burgenländischen Krankenanstalten 2010 bis 2012



Quellen: KRAGES; KH BBR Eisenstadt

Die Vorgehensweise bei der Entscheidung zur Obduktion war in allen überprüften Krankenanstalten deren Angaben zufolge grundsätzlich ähnlich: Keine Obduktion erfolgte, wenn die Todesursache klar war bzw. der Todesfall erwartet wurde. Im Fall eines unklaren Todesfalls, wenn noch Fragen zur Todesursache bestanden oder bei Todesfällen im Zusammenhang mit operativen Eingriffen wurde eine klinische Obduktion veranlasst. Bei Verdacht eines Verschuldens wurde eine gerichtliche Obduktion durchgeführt sowie eine Sachverhaltsdarstellung an die Staatsanwaltschaft übermittelt.

Die Entscheidung, wann eine klinische Obduktion durchzuführen war, oblag dem jeweiligen Abteilungsleiter bzw. dessen Vertreter. Dies war gängige Praxis und mit Ausnahme des KH Kittsee, in dem eine Organisationsanweisung¹¹⁸ des Ärztlichen Direktors bestand, nicht schriftlich festgehalten.

Die im Vergleich zu den anderen überprüften Krankenanstalten geringe Obduktionsrate führte das KH Kittsee darauf zurück, dass es sich bei den im Krankenhaus Verstorbenen meist um ältere, multimorbide Patienten mit klarer Todesursache handelte. Im KH Oberpullendorf wurde ein Personalwechsel als Grund für das Sinken der Obduktionsrate angegeben. Das KH BBR Eisenstadt begründete die gesunkene Obduktionsrate mit besseren diagnostischen Verfahren.

- 36.2** Nach Ansicht des RH waren Obduktionen ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung des medizinischen Qualitätsniveaus. Der RH empfahl daher dem BMG – vor dem Hintergrund der Wichtigkeit der Durchführung von Obduktionen für die medizinische Qualitätssicherung einerseits sowie für Forschung und Lehre andererseits – die Gründe für das Sinken der Obduktionsraten in den österreichischen Krankenanstalten in den letzten Jahren zu erheben.

Auch im Hinblick auf die unterschiedlichen Entwicklungen der Obduktionsraten empfahl der RH der KRAGES für ihre Krankenanstalten und dem KH BBR Eisenstadt, schriftlich festzulegen, wer in welchen Fällen zur Entscheidung über eine durchzuführende Obduktion befugt ist.

¹¹⁸ Diese Organisationsanweisung im KH Kittsee regelte, dass die Abteilungsleiter die Indikation zur Obduktion stellten, bei allen unklaren Krankheitsbildern eine Obduktion angeordnet wird und eine telefonische Anmeldung über das Sekretariat der Pathologie des KH Oberwart zu erfolgen hat; nach Vorliegen des Obduktionsergebnisses war weiters eine Nachbesprechung innerhalb der Abteilung durchzuführen.

36.3 (1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, dass eine Obduktion als klinische Qualitätssicherung beim heutigen Stand der Wissenschaft nicht notwendig und nicht obligat sei. Bei Todesfällen in Krankenhäusern werde die Obduktion vermehrt mittels spezieller CT-Geräte und chemischer Analysen sowie durch verbesserte Diagnostik ersetzt. Sinkende Obduktionsraten seien auch international zu beobachten (z.B. wegen verbesserter diagnostischer Möglichkeiten zu Lebzeiten, Widerständen der Angehörigen, kostengünstigeren Alternativen). Im Übrigen würden die Obduktionsraten schon seit Mitte der 1980er-Jahre kontinuierlich sinken. Obduktionen seien heutzutage nicht mehr das adäquate Instrument für medizinische Qualitätssicherung. Selbst für Forschung und Lehre sei in den neuen Ausbildungscurricula der medizinischen Universitäten auf anatomische Sezierkurse verzichtet worden.

(2) Die KRAGES teilte mit, dass in den Anstaltsordnungen eindeutig geregelt sei, wann eine Obduktion vorzunehmen wäre. Hinsichtlich einer Anordnungsbefugnis für eine Obduktion werde eine einheitliche Regelung in Abstimmung mit den Ärztlichen Direktoren und den Abteilungsleitern angestrebt.

36.4 Gegenüber dem BMG hielt der RH vor dem Hintergrund einer Reihe von Expertenmeinungen und Fachliteratur klinische Obduktionen trotz der verbesserten diagnostischen Möglichkeiten nach wie vor für ein wichtiges Instrument zur medizinischen Qualitätssicherung.

Pathologische
Versorgung des
KH BBR Eisenstadt

37.1 Zur Durchführung der Aufgaben der Pathologie (Gefrierschnitte und Obduktionen, histologische Untersuchungen etc.) schloss das KH BBR Eisenstadt im Jahr 2000 einen Vertrag mit einem externen Pathologen als protokolliertem Einzelunternehmer (im Jahr 2006 in eine GmbH umgewandelt); dieser verfügte auch über eine Ordination. Die Verrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgte über die Ordination, jene der technischen Leistungen über die GmbH.

Vertragsänderungen, bspw. hinsichtlich einer längeren Anwesenheit eines Pathologen im KH BBR Eisenstadt¹¹⁹, wurden mündlich vereinbart. Weiters erhielt das KH BBR Eisenstadt einmal jährlich eine Liste mit den aktuellen Tarifen für die Leistungen der Ordination und der GmbH. Zusätzlich zu den erbrachten Leistungen laut Tarifliste wurden auch Fahrtspesen verrechnet.

¹¹⁹ 16 Stunden pro Woche statt ursprünglich zwölf Stunden pro Woche

Für die Durchführung intraoperativer Gefrierschnitte und Obduktionen war die Anwesenheit eines Pathologen von Montag bis Donnerstag von 8:00 bis 12:00 Uhr, wie erwähnt, mündlich vereinbart. Zeitaufzeichnungen zum Nachweis dieser Anwesenheit gab es nicht.¹²⁰

Das KH BBR Eisenstadt zahlte für pathologische Leistungen zwischen rd. 430.000 EUR (2010) und rd. 370.000 EUR (2012) an die Ordination bzw. die GmbH.

- 37.2** Der RH kritisierte, dass die Zusatzvereinbarungen zum Vertrag nur mündlich geschlossen wurden und somit nicht nachvollziehbar sowie transparent dokumentiert waren. Weiters merkte er kritisch an, dass es keine Zeitaufzeichnungen über die Anwesenheit des Pathologen im KH BBR Eisenstadt gab.

Der RH empfahl dem KH BBR Eisenstadt daher, sämtliche bisherige mündliche Vertragsänderungen schriftlich festzuhalten und gegebenenfalls künftige Änderungen nur mehr schriftlich zu vereinbaren. Er verkannte nicht, dass die meisten intraoperativen Gefrierschnitte während der vereinbarten Anwesenheitszeit des Pathologen erfolgten; dennoch regte der RH im Interesse der Nachvollziehbarkeit und Transparenz an, die Anwesenheitszeiten des Pathologen zu dokumentieren.

Im Hinblick auf die lange Vertragsdauer von fast 13 Jahren empfahl der RH dem Land Burgenland und dem KH BBR Eisenstadt darüber hinaus, unter Bedachtnahme auf eine Sicherstellung der Patientenbehandlungsqualität kostengünstigere Varianten der pathologischen Versorgung des KH BBR Eisenstadt – auch unter Einbindung der KRAGES und der Pathologie im KH Oberwart – zu prüfen.

- 37.3** (1) *Das Land Burgenland führte in seiner Stellungnahme aus, dass die pathologische Versorgung des KH BBR Eisenstadt durch eine externe Einrichtung ausgezeichnet sei. Im Rahmen der sanitären Aufsicht ergäben sich für das Land Burgenland keine Möglichkeiten, wirtschaftliche Aspekte zu überprüfen.*

(2) *Der Konvent der Barmherzigen Brüder teilte in seiner Stellungnahme mit, dass ein überarbeiteter Vertragsentwurf über die Zusammenarbeit mit der GmbH bereits vorliege und demnächst unterzeichnet werde. Bereits umgesetzt sei die Erfassung der Anwesenheitszeiten des Facharztes für Pathologie mittels elektronischer Zeiterfassung. Weiters seien die Befunde dieses Labors so hochstehend, dass derzeit nicht an einen Wechsel zu einem anderen Anbieter gedacht werden könnte. Bezüg-*

¹²⁰ Aus den OP-Daten des KH BBR Eisenstadt ergab sich, dass die Gefrierschnitte fast immer in dieser Zeit durchgeführt wurden.

Sonstige Feststellungen

lich der Kosten sei ein Vergleich anhand der Preisliste der Pathologie im KH Oberwart durchgeführt worden, wonach aus Sicht des Konvents durch einen Wechsel zur Pathologie im KH Oberwart deutlich höhere Kosten zu erwarten seien.

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

38 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

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) Die mit dem Indikatorenmodell A-IQI aus Routinedaten ermittelten und daher auch vergleichbaren Ergebnisse wären zugunsten einer einheitlichen und öffentlichen Qualitätsberichterstattung im Rahmen eines österreichischen Qualitätsberichts zu nutzen. (TZ 4, 8)

(4) Es wäre klarzustellen, wie die pathologische Versorgung in einer Krankenanstalt ausgestaltet sein muss, um den Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit für einen Onkologischen Schwerpunkt zu genügen. (TZ 20)

(5) Es wäre klarzustellen, welche onkologischen Leistungen von den im Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgesehenen Festlegungen der Krankenanstalenträger darüber, welche Abteilung für welche onkologischen Leistungen zuständig und verantwortlich ist, umfasst sein sollten. (TZ 21)

(6) Es wäre klarzustellen, ob bzw. unter welchen konkreten Voraussetzungen Tumorboards im Rahmen einer assoziierten onkologischen Versorgung geeignet sein können, die entsprechenden Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit zu erfüllen. (TZ 23)

(7) Im Sinne höchstmöglicher Patientenbehandlungssicherheit wären für Verfahrens- bzw. Arbeitsanordnungen für die Tumorboards konkrete (Mindest)Vorgaben festzulegen (bspw. in Form einer Mustergeschäftsanordnung für Tumorboards). (TZ 23)

(8) Im Hinblick auf mögliche Unklarheiten auch in anderen Bundesländern sollte das BMG seine Ausführungen zur Organisation der onkologischen Versorgung auch den anderen Bundesländern bzw. den Rechtsträgern der Krankenanstalten mitteilen. (TZ 20, 21, 23)

(9) Die Entwicklung des Nationalen Krebsprogramms für Österreich wäre zügig voranzutreiben. In diesem Zusammenhang wäre auch der Thematik Verlaufsregister bzw. klinisches Krebsregister ein besonderer Stellenwert einzuräumen. (TZ 27)

(10) Vor dem Hintergrund der Wichtigkeit der Durchführung von Obduktionen für die medizinische Qualitätssicherung einerseits sowie für Forschung und Lehre andererseits wären die Gründe für das Sinken der Obduktionsraten in den österreichischen Krankenanstalten in den letzten Jahren zu erheben. (TZ 36)

Land Burgenland

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

(12) Der Landeskrankenanstaltenplan wäre, wie krankenanstaltenrechtlich vorgegeben, in Zukunft enger mit den Strukturplanungen auf Bundes- und auf Landesebene abzustimmen und aktuell zu halten. Unter anderem wären die onkologischen Versorgungsstufen der einzelnen burgenländischen Krankenanstalten auszuweisen; dabei wäre auf die Klarstellung des BMG hinsichtlich der pathologischen Versorgung in Onkologischen Schwerpunkten Bedacht zu nehmen. (TZ 7, 20)

(13) Im Sinne einer umfassenden Qualitätssicherung für Baumaßnahmen im Krankenanstaltenbereich wäre die Erstellung einheitlicher Vorgaben für bauliche Hygienemaßnahmen für alle burgenländischen Krankenanstalten zu erwägen. (TZ 12)

(14) Angesichts der von den überprüften Krankenanstalten ins Treffen geführten Schwierigkeit, Ärzte mit einschlägiger Facharztausbildung für die Belange der Hygiene als Hygienebeauftragte in den einzelnen Krankenanstalten zu gewinnen, wäre ein zentral geführtes Hygienemanagement für alle überprüften Krankenhäuser zu prüfen. (TZ 13)

(15) Die Festlegungen der Krankenanstaltenträger hinsichtlich des onkologischen Leistungsspektrums sowie der entsprechenden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten wären auf ihre Konformität mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit zu überprüfen und es wäre auf für das Land Burgenland zweckmäßige, klare sowie vor allem patientenbehandlungssichere onkologische Versorgungsaufträge und -strukturen zu achten. (TZ 21)

(16) Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Mindestfrequenzen für Operationen der Bauchspeicheldrüse ab 2014 verbindlich sind, wäre eine Konzentration dieses Eingriffs an einem Standort für das gesamte Land Burgenland im Rahmen der Leistungsangebotsplanung zu veranlassen. (TZ 29)

(17) Da das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt im Unterschied zum Krankenhaus Oberwart im Bereich der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde bei bestimmten Patientengruppen nur bei klinisch auffälligem Befund histologische Untersuchungen anordnete, wäre im Interesse der höchstmöglichen Patientenbehandlungssicherheit bzw. auch aus forensischen Gründen eine einheitliche Vorgangsweise zu prüfen. (TZ 16)

BMG, Land Burgen-
land, KRAGES

(18) Bezogen auf die onkologischen „Routinefälle“ wäre für das Tumorboard eine Vorgangsweise (insbesondere betreffend Definition und Auswahlverfahren für die Besprechung im Tumorboard) festzulegen, die unter Beachtung der vom Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgesehenen onkologischen Versorgungs- und Verantwortlichkeitsstrukturen für jeden Patienten eine optimale Behandlungsqualität sicherstellt. (TZ 25)

(19) Es wären insbesondere auch die von der KRAGES geplanten Änderungen der Geschäftsordnung betreffend den im Tumorboard (nicht) vorzustellenden Patientenkreis im Hinblick auf ihre Konformität mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit zu erörtern. (TZ 25)

Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

BMG, Land Burgenland, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt

(20) Da die Vorgangsweise bestimmter Abteilungen, Standardfälle nicht im Tumorboard anzumelden, in einem Spannungsverhältnis zum Wortlaut des Österreichischen Strukturplans Gesundheit stand, wonach „... jede Person mit einer malignen Neuerkrankung im Tumorboard anzumelden war ...“, wäre – für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards – gemeinsam mit dem Land Burgenland und dem BMG für das Tumorboard eine dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit entsprechende Vorgangsweise bezüglich des Patientenkreises festzulegen. (TZ 25)

Land Burgenland, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt

(21) Unter Bedachtnahme auf eine Sicherstellung der Patientenbehandlungsqualität wären kostengünstigere Varianten der pathologischen Versorgung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Eisenstadt – auch unter Einbindung der KRAGES und der Pathologie im Krankenhaus Oberwart – zu prüfen. (TZ 37)

KRAGES, Konvent der Barmherzigen Brüder, Krankenhaus Güssing, Ladislaus Batthyány-Strattmann Krankenhaus Kittsee, Krankenhäuser Oberpullendorf und Oberwart, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt

(22) Für eine kontinuierliche Gewährleistung der bestmöglichen onkologischen Behandlung der Patienten wären schriftliche Kooperationsvereinbarungen zu schließen. Die Rahmenbedingungen dafür könnten in den vom Rechtsträger zu treffenden Festlegungen für die onkologische Leistungserbringung seiner Krankenanstalt(en) normiert werden. (TZ 22)

KRAGES, Konvent der Barmherzigen Brüder

(23) Unter Berücksichtigung der jeweiligen onkologischen Versorgungsstufen sowie der Klarstellung durch das BMG hinsichtlich des im Österreichischen Strukturplan Gesundheit verwendeten Leistungsbegriffs wären das onkologische Leistungsspektrum der Krankenhäuser schriftlich festzulegen sowie die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar zu definieren. Dabei wäre auf die optimale Patientensicherheit bzw. die Qualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit besonders Bedacht zu nehmen. (TZ 21)

(24) Im Hinblick auf die Organisationspflichten eines Rechtsträgers und – betreffend das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt – unter Berücksichtigung der Klarstellung des BMG betreffend die pathologische Versorgung in Onkologischen Schwerpunkten bzw. Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgungsmöglichkeiten wäre für

die Teilnahme von Fachärzten aller im Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgesehenen Fachrichtungen in den Tumorboards zu sorgen. (TZ 24)

(25) Den fachbezogenen Strukturqualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit entsprechend sollten Kniearthroskopien und Implantationen von Hüftteilerdoprothesen in den Krankenhäusern der Barmherzigen Brüder Eisenstadt und Oberwart konzentriert werden. (TZ 30)

KRAGES, Krankenhaus
der Barmherzigen
Brüder Eisenstadt

(26) Die Einführung bzw. Verwendung von Fehlermeldesystemen wäre mit Nachdruck weiter voranzutreiben, und unter den Mitarbeitern wäre durch gezielte Maßnahmen (z.B. Informationsveranstaltungen) verstärkt Bewusstsein für die Bedeutung von Fehlermeldungen zur Verbesserung der Patientenbehandlungssicherheit zu schaffen. (TZ 17)

(27) Für den Fall, dass das Krankenhaus Güssing und das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt affilierte Partner des Brustgesundheitszentrums im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus werden, wäre für die betroffenen Patientinnen die Vorgangsweise im Tumorboard zu regeln. (TZ 25)

(28) Es wäre schriftlich festzulegen, wer in welchen Fällen zur Entscheidung über eine durchzuführende Obduktion befugt ist. (TZ 36)

KRAGES

(29) Es wäre die Einführung von OP-Checklisten zu veranlassen, die alle Bereiche der WHO-Checkliste abdecken. Weiters wäre zu überlegen, die OP-Checkliste(n) stärker an den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu orientieren. (TZ 19)

(30) In der Geschäftsordnung Tumorboard wäre die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit festgelegte abgestufte onkologische Versorgungsstruktur explizit zu berücksichtigen. Weiters wäre die Geschäftsordnung Tumorboard um weitere Punkte zu ergänzen (z.B. Rollendefinition, Vorgangsweise bei externen Patienten, Patientenaufklärung). (TZ 23)

(31) Es wären wöchentliche Tumorboardsitzungen zu überlegen (anstelle der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nur vierzehntägig abgehaltenen Tumorboardsitzungen). (TZ 23)

(32) Die bei jedem einzelnen Tumorboardbeschluss jeweils anwesenden Fachärzte wären für jeden Patienten zu dokumentieren. (TZ 26)

(33) In Anbetracht der niedrigen Fallzahlen von Schilddrüsenoperationen an den Standorten Güssing und Oberpullendorf (Erfüllungsgrad: 50 % bzw. 64 %) wäre die Entwicklung des Leistungsaufkommens zu beobachten und bei einem allfälligen weiteren Rückgang wären Varianten für eine Leistungskonzentration zu prüfen. (TZ 29)

(34) Bei den Fachschwerpunkten wäre auf eine regelmäßige Durchführung der Visitationen sowie der entsprechenden Berichterstattung zu achten. (TZ 30)

(35) Die begonnene Implementierung der OP-Software in den Krankenanstalten der KRAGES wäre fortzusetzen. (TZ 31)

(36) Es wären eine mehrjährige Qualitätsstrategie für das Gesamtunternehmen schriftlich festzulegen sowie auf Ebene der Geschäftsführung klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für ein krankenanstaltenübergreifendes Qualitätsmanagement zu definieren. Gleichzeitig wären für die Tätigkeit der Qualitätssicherungskommissionen einheitliche Vorgaben zu definieren. (TZ 34)

(37) Für die effiziente Umsetzung der festzulegenden Qualitätsstrategie in den Krankenanstalten wären Strategiesitzungen der Geschäftsführung der KRAGES samt Qualitätsmanagement mit der ARGE Qualitätsmanagement zu institutionalisieren. (TZ 34)

(38) Die jeweilige kollegiale Führung wäre in die Entscheidung über erforderliche Maßnahmen aufgrund der Patientenbefragungen, deren Umsetzung und Kontrolle verantwortlich einzubinden; die Verfahrensanleitungen für die Patientenbefragungen wären in diesem Sinne zu modifizieren. (TZ 35)

(39) Die Struktur bzw. die Fragestellungen des für die letzte Befragung eingesetzten Fragebogens wäre auf Basis der aktuellen Ergebnisse zu evaluieren und die zukünftige Vorgangsweise für Patientenbefragungen für das gesamte Unternehmen festzulegen. (TZ 35)

Konvent der Barm-
herzigen Brüder

(40) Für die Hygienebeauftragten und die Hygienefachkräfte wäre – im Hinblick auf eine allfällige Haftung des Rechtsträgers – unverzüglich eine geeignete Stellvertretungsregelung zu treffen. (TZ 13)

(41) Für den Fall, dass das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt – bspw. infolge der Klarstellung des BMG betreffend die pathologische Versorgung – im Landeskrankenanstaltenplan als assoziierte onkologische Versorgung eingestuft würde, wären entsprechende Veranlassungen für das Tumorboard bzw. für die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit geforderte institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem Tumorboard eines Onkologischen Schwerpunkts und/oder Zentrums zu treffen und schriftlich festzulegen bzw. zu vereinbaren. (TZ 23)

Krankenhaus Güssing,
Ladislaus Batthyány-
Strattmann
Krankenhaus Kittsee,
Krankenhäuser Ober-
pullendorf und Ober-
wart, Krankenhaus
der Barmherzigen
Brüder Eisenstadt

(42) Die Personalausstattung der Hygieneteams wäre – in Orientierung an den Empfehlungen des BMG – zu ergänzen. (TZ 13)

(43) 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, bis Komplikationsraten fachbereichsübergreifend im bundesweiten Indikatorenmodell abgebildet werden können. (TZ 15)

Krankenhaus Güssing,
Ladislaus Batthyány-
Strattmann
Krankenhaus Kitt-
see, Krankenhäuser
Oberpullendorf und
Oberwart

(44) Eine lückenlose Anmeldung aller an Krebs erkrankten Patienten im Tumorboard wäre vorzunehmen. (TZ 25)

Ladislaus Batthyány-
Strattmann
Krankenhaus Kittsee,
Krankenhäuser Ober-
pullendorf und Ober-
wart, Krankenhaus
der Barmherzigen
Brüder Eisenstadt

(45) Es wären u.a. im Hinblick auf das Vorliegen korrekt ausgefüllter OP-Checklisten stichprobenartige Kontrollen von Krankengeschichten durchzuführen. (TZ 19)

Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

- Ladislaus Batthyány-Strattmann
Krankenhaus Kittsee, Krankenhäuser
Oberpullendorf und
Oberwart
- (46) Mit Hilfe der zur Verfügung gestellten Software wäre so rasch wie möglich anhand geeigneter Indikator-Operationen eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Infektions-Surveillance einzurichten. Dafür kämen in der Chirurgie bspw. Hernien- und Colonoperationen, in der Orthopädie und Unfallchirurgie etwa Hüft- und Knie-Totalendoprothetik sowie in der Gynäkologie/Geburtshilfe der Kaiserschnitt in Frage. Ebenso sollte im Bereich der Intensivmedizin und hier insbesondere für die Betreuung von Frühgeborenen (Neonatalogie im Rahmen der Kinderheilkunde) eine entsprechende Surveillance von nosokomialen Infektionen eingerichtet werden. (TZ 14)
- Ladislaus Batthyány-Strattmann
Krankenhaus Kittsee,
Krankenhaus Oberpullendorf
- (47) Für die Qualitätssicherungskommissionen wären auch Vertreter des medizinisch-technischen Dienstes zu bestellen. (TZ 34)
- Krankenhaus Güssing
- (48) Die anhand von Indikator-Operationen erhobenen Infektionsdaten wären in Zukunft auch an ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Surveillance-System wie ANISS oder KISS zu melden, um so den gesetzlich geforderten Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denen anderer Institutionen zu ermöglichen. (TZ 14)
- Ladislaus Batthyány-Strattmann Krankenhaus Kittsee
- (49) Zur besseren Nachvollziehbarkeit und Transparenz sowie zur Erhöhung der Wirksamkeit wären die vorhandenen CIRS-Formulare (CIRS = Critical Incident Reporting Systems) zu verwenden. (TZ 17)
- Krankenhaus
Oberwart
- (50) Da die Verweildauern im OP-Bereich (Zeitraum zwischen Ein- und Ausschleusen abzüglich Schnitt-Naht-Zeiten) speziell bei den beiden überprüften Eingriffen an Knie und Hüfte vergleichsweise hoch waren, wären die Gründe hierfür zu erheben und gegebenenfalls Optimierungspotenziale zu nutzen. (TZ 32)
- Krankenhaus der
Barmherzigen Brüder
Eisenstadt
- (51) Die zusätzliche Infektionserfassung in den Fachbereichen Allgemein Chirurgie (anhand der Indikator-Operation Colonoperationen) sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikator-Eingriffs Kaiserschnitt) sowie die Meldung der diesbezüglichen Ergebnisse an ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Surveillance-System wie ANISS oder KISS wären vorzunehmen. Auch im Bereich der Intensivmedizin sollten nosokomiale Infektionen erfasst

werden; dies gilt insbesondere auch für die neonatologische Intensivstation. (TZ 14)

(52) Abhängig von seiner onkologischen Versorgungsstufe bzw. von der Klarstellung des BMG über die Zulässigkeit von Tumorboards im Rahmen einer assoziierten onkologischen Versorgung wären für das Tumorboard dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit entsprechende umfassende Verfahrens- bzw. Arbeitsanweisungen schriftlich festzulegen. (TZ 23)

(53) Für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards wäre dieses regelmäßig zu evaluieren. (TZ 24)

(54) Für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards wäre zu bestimmen, wann bzw. wie oft ein Patient ins Tumorboard eingebracht werden muss. Weiters wäre das Anmeldeverfahren (Gesamtliste, Anmeldefristen etc.) umfassend zu regeln. (TZ 25)

(55) Für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards wären in den zu erstellenden Verfahrens- und Arbeitsanweisungen die Tumorboard-Dokumentation bzw. die Dokumentation der den einzelnen Patienten betreffenden Tumorboardentscheidungen und deren Zustandekommen im Detail konform mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit sowie einheitlich festzulegen (z.B. auch jeweils die teilnehmenden Ärzte zu nennen). (TZ 26)

(56) Die Struktur bzw. die Fragestellungen des Patientenfragebogens wären regelmäßig zu evaluieren und zusätzliche Fragestellungen betreffend die Patientenbehandlungsqualität zu erwägen. (TZ 35)

(57) Die pathologische Versorgung betreffend wären sämtliche bisherige mündliche Vertragsänderungen schriftlich festzuhalten und gegebenenfalls künftige Änderungen nur mehr schriftlich zu vereinbaren. Im Interesse der Nachvollziehbarkeit und Transparenz wäre die Anwesenheitszeit des vor Ort tätigen Pathologen zu dokumentieren. (TZ 37)

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 12:** Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens

ANHANG 1: Hals-Nasen-Ohren-Operationen ¹												
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			Mittelwert Intensiv	
		minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale			
Adenotomie (Leistungseinheit je Sitzung)												
KH Güssing	-											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	77	11,0	1	31	18,5	9	50	2,0	0	4		
KH BBR Eisenstadt	103	12,9	1	35	28,8	5	70	1,4	0	5		
operative Blutstillung einer Nachblutung nach Tonsillektomie/Adenotomie (Leistungseinheit je Sitzung)												
KH Güssing	-											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	8	2,0	1	3	16,9	9	29	5,0	3	10		
KH BBR Eisenstadt	3	1,5	1	2	43,7	27	69	6,3	3	12		
Tonsillektomie (Leistungseinheit je Sitzung)												
KH Güssing	-											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	35	8,8	3	15	29,1	10	88	4,8	2	10		2,0
KH BBR Eisenstadt	42	6,0	2	12	43,7	14	89	4,9	2	20		
Tonsillotomie (Leistungseinheit je Sitzung)												
KH Güssing	-											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	10	3,3	1	5	19,7	9	35	3,2	3	5		
KH BBR Eisenstadt	1	1,0	1	1	89,0	89	89	4,0	4	4		

¹ Im Zuge dieser Operationen wurden oftmals mehrere Leistungen erbracht.
 Auswertungszeitraum: KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013; KH BBR Eisenstadt Jänner 2013 bis Juni 2013
 Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 2: Mastektomie und Mammatelresektion												
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			durchschnittliche	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			durchschnittliche	Verweildauer in Tagen		Mittelwert Intensiv
		minimale	maximale	maximale		minimale	maximale	minimale		maximale		
Mammatelresektion mit axillärer Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)												
KH Güssing	24	8,0	2	18	142,3	66	318	7,7	4	11		
KH Kittsee	4	4,0	4	4	63,0	36	77	4,3	2	7		
KH Oberpullendorf	22	5,5	3	8	149,5	74	355	5,7	3	10		
KH Oberwart	11	5,5	1	10	79,8	57	123	6,2	5	8		
KH BBR Eisenstadt	13	3,3	1	8	94,7	58	138	6,6	4	14		
Mammatelresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)												
KH Güssing	9	3,0	3	3	89,0	27	214	4,8	2	9		
KH Kittsee	2	1,0	1	1	27,5	23	32	6,5	1	12		
KH Oberpullendorf	14	2,8	1	7	90,9	20	165	4,1	0	6		
KH Oberwart	1	1,0	1	1	60,0	60	60	8,0	8	8		
KH BBR Eisenstadt	19	6,3	6	7	94,8	50	211	6,3	3	9		
totale Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)												
KH Güssing	6	1,5	1	3	111,8	69	153	10,5	8	12		
KH Kittsee	1	1,0	1	1	49,0	49	49	8,0	8	8		
KH Oberpullendorf	1	1,0	1	1	115,0	115	115	10,0	10	10		
KH Oberwart	3	1,5	1	2	95,3	64	156	8,3	7	9		
KH BBR Eisenstadt	9	3,0	1	4	79,9	60	98	9,8	7	20		
totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)												
KH Güssing	8	2,0	1	3	103,8	45	248	9,3	5	13		
KH Kittsee	1	1,0	1	1	57,0	57	57	7,0	7	7		
KH Oberpullendorf	3	1,5	1	2	121,3	95	139	5,7	4	7		
KH Oberwart	3	1,5	1	2	40,0	34	45	7,3	7	8		
KH BBR Eisenstadt	2	1,0	1	1	68,0	61	75	13,0	7	19		

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 3: Appendektomie (OP am Blinddarm)														
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt					Schnitt-, Nahtzeit in Minuten					Verweildauer in Tagen		Mittelwert Intensiv
		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	
Appendektomie laparoskopisch														
KH Güssing	1	1,0	1	1	1	311,0	311	311	12,0	12	12	12	4,0	
KH Kittsee	24	4,8	1	16	42,4	18	86	3,0	1	11	4	1,0		
KH Oberpullendorf	1	1,0	1	1	100,0	100	100	4,0	4	4	4	1,0		
KH Oberwart	18	3,0	1	7	37,7	20	78	5,3	2	12	12	1,0		
KH BBR Eisenstadt	2	1,0	1	1	54,5	31	78	3,5	3	4	4	1,0		
Appendektomie offen														
KH Güssing	46	5,8	3	10	81,7	25	313	6,2	2	18	18	3,3		
KH Kittsee	63	10,5	3	20	47,2	15	180	4,9	1	44	44	1,0		
KH Oberpullendorf	39	4,9	1	11	84,3	30	305	8,1	2	35	35	1,0		
KH Oberwart	116	11,6	1	30	43,3	11	163	5,5	1	35	35	1,0		
KH BBR Eisenstadt	195	12,2	1	34	45,9	13	211	5,6	1	40	40	1,0		

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 4: Hemikolon (OP am Mastdarm)

Anzahl OP	durchschnittliche		minimale		maximale		durchschnittliche	minimale		maximale		Mittelwert Intensiv
	OP-Anzahl je Arzt	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten	durchschnittliche	maximale	durchschnittliche	maximale		Schnitt-, Nahtzeit in Minuten	durchschnittliche	maximale	Verweildauer in Tagen	
Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose laparoskopisch (Leistungseinheit je Seite)												
KH Güssing	4	2,0	2	234,8	193	314	10,3	9	11	2,8		
KH Kittsee	2	2,0	2	144,0	143	145	6,5	6	7			
KH Oberpullendorf	1	1,0	1	230,0	230	230	11,0	11	11			
KH Oberwart	-											
KH BBR Eisenstadt	4	2,0	1	139,7	128	170	9,0	5	14			
Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose offen												
KH Güssing	4	1,3	1	241,8	130	323	14,8	9	26	8,8		
KH Kittsee	8	4,0	2	105,5	65	184	16,9	9	32			
KH Oberpullendorf	5	1,7	1	167,0	122	230	10,8	8	13			
KH Oberwart	10	2,0	1	137,4	56	185	17,9	10	52	4,0		
KH BBR Eisenstadt	14	2,8	1	136,4	73	211	16,4	8	33	2,0		
Resektion des linken Hemikolon ohne primäre Anastomose												
KH Güssing	2	1,0	1	253,5	217	290	16,5	16	17	3,0		
KH Kittsee	1	1,0	1	87,0	87	87	24,0	24	24			
KH Oberpullendorf	2	1,0	1	207,5	165	250	31,5	12	51			
KH Oberwart	10	2,5	1	144,8	109	191	26,3	11	70	3,0		
KH BBR Eisenstadt	11	1,8	1	107,0	49	224	21,3	10	48	9,3		
Resektion des rechten Hemikolon offen												
KH Güssing	6	2,0	2	173,0	111	241	19,8	10	34	5,7		
KH Kittsee	7	3,5	1	69,7	42	88	12,3	8	17			
KH Oberpullendorf	15	3,0	1	121,7	30	205	15,9	8	36			
KH Oberwart	18	3,6	1	143,4	76	210	18,4	7	34	8,0		
KH BBR Eisenstadt	16	2,7	1	105,6	26	200	14,9	2	43	3,7		

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 5: Cholezystektomie (OP der Gallenblase)												
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			durchschnittliche	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			durchschnittliche	Verweildauer in Tagen		Mittelwert Intensiv
		minimale	maximale	durchschnittliche		minimale	maximale	minimale		maximale		
Cholezystektomie laparoskopisch²												
KH Güssing	60			34	75,0	149	4,3	2	8	2,0		
KH Kittsee	69			23	51,9	103	3,4	1	10			
KH Oberpullendorf	76			54	85,7	185	5,2	3	13			
KH Oberwart	150	13,6	2	29	58,6	127	4,6	2	70			
KH BBR Eisenstadt	205	18,6	1	43	50,0	160	5,9	1	31	3,0		
Cholezystektomie offen												
KH Güssing	21	3,0	1	6	98,6	266	12,6	4	41	4,3		
KH Kittsee	15	3,8	2	6	70,9	150	7,0	2	13			
KH Oberpullendorf	12	2,0	1	3	133,5	215	11,3	5	27			
KH Oberwart	22	2,8	1	6	71,5	145	10,7	4	34	2,0		
KH BBR Eisenstadt	45	4,5	1	9	94,4	257	13,5	4	57	9,8		
endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)¹												
KH Güssing	-											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	-											
KH BBR Eisenstadt	-											
Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP¹												
KH Güssing	-											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	-											
KH BBR Eisenstadt	-											
Gallengangsrevision offen												
KH Güssing	-											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	3	1,5	1	2	104,0	91	18,7	16	23			
KH BBR Eisenstadt	5	2,5	1	4	86,6	63	35,0	17	49			

¹ ERCPs wurden nur in Ausnahmefällen im OP-Saal vorgenommen, weshalb keine Dokumentation als Operation erfolgte. Im KH Güssing wurden 2012 insgesamt 37, im KH Kittsee 64, im KH Oberpullendorf 38, im KH Oberwart 109 und im KH BBR Eisenstadt 159 derartige Eingriffe durchgeführt.

² In den KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf erfolgte die OP-Dokumentation nicht elektronisch, weshalb vom RH keine vollständige Auswertung dieser Eingriffe durchgeführt wurde. Auf die Angabe der Kennzahl „Operationen je Arzt“ wurde mangels Aussagekraft verzichtet.

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013
 Quellen: jeweiliges Krankenhaus; DIAG

ANHANG 6: Thyreoidektomie (OP an der Schilddrüse)												
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			Mittelwert Intensiv	
		minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale			
partielle Thyreoidektomie												
KH Güssing	11	5,5	2	9	102,4	65	206	4,1	3	5		
KH Kittsee ¹	81				54,2	25	102	2,6	1	4		
KH Oberpullendorf	17	8,5	4	13	84,4	42	145	4,4	4	8		
KH Oberwart	21	10,5	7	14	82,6	39	189	4,2	2	10		
KH BBR Eisenstadt	48	16,0	9	27	64,0	39	90	3,8	3	6		
totale Thyreoidektomie												
KH Güssing	2	2,0	2	2	75,5	75	76	3,5	3	4		
KH Kittsee	21	4,2	1	15	70,4	42	126	3,1	2	6		
KH Oberpullendorf	1	1,0	1	1	122,0	122	122	4,0	4	4		
KH Oberwart	27	13,5	5	22	87,3	45	136	4,5	3	21		
KH BBR Eisenstadt	52	17,3	10	29	93,7	53	202	5,2	3	68		
totale Thyreoidektomie mit Lymphadenektomie												
KH Güssing	1	1,0	1	1	220,0	220	220	6,0	6	6		
KH Kittsee	3	3,0	3	3	73,3	66	82	17,0	2	46		
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	-											
KH BBR Eisenstadt	3	1,5	1	2	190,0	129	239	8,0	4	16		

¹ In den KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf erfolgte die OP-Dokumentation nicht elektronisch, weshalb vom RH im KH Kittsee keine vollständige Auswertung dieser Eingriffe durchgeführt wurde. Auf die Angabe der Kennzahl „Operationen je Arzt“ wurde mangels Aussagekraft verzichtet.

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 7: Pankreatektomie (OP an der Bauchspeicheldrüse)												
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			durchschnittliche	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			durchschnittliche	Verweildauer in Tagen		Mittelwert Intensiv
		minimale	maximale	durchschnittliche		minimale	maximale	durchschnittliche		minimale	maximale	
Pankreasteilresektion links offen												
-												
3	3,0	3	3	148,0	103	205	10,3	9	13			
1	1,0	1	1	77,0	77	77	13,0	13	13			
-												
1	1,0	1	1	140,0	140	140	11,0	11	11			1,0
partielle Duodenopankreatektomie												
-												
-												
-												
4	4,0	4	4	212,0	132	274	17,3	10	20			2,0
1	1,0	1	1	252,0	252	252	15,0	15	15			1,0

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 8: Sectio caesarea (Kaiserschnitt)

	Anzahl OP	durchschnittliche			OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			Mittelwert Intensiv
		minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	
KH Güssing	-													
KH Kittsee	-													
KH Oberpullendorf ¹	150			54,1	38	82			5,7	1	10			
KH Oberwart	132	8,8	1	19	25	126			6,2	3	33			
KH BBR Eisenstadt	280	31,1	1	59	18	222			7,0	2	62		3,3	

¹ Im KH Oberpullendorf erfolgte die OP-Dokumentation nicht elektronisch, weshalb vom RH keine vollständige Auswertung dieser Eingriffe durchgeführt wurde. Auf die Angabe der Kennzahl „Operationen je Arzt“ wurde mangels Aussagekraft verzichtet.

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 9: Arthroskopie												
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			Mittelwert Intensiv	
		minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale			
arthroskopische Operation des Kniegelenks												
KH Güssing ¹	275											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf ¹	38											
KH Oberwart	104	6,9	1	39	32,6	4	104	2,4	1	14		
KH BBR Eisenstadt	520	24,8	1	79	32,3	7	165	2,2	-	32		
arthroskopische Operation des Schultergelenks												
KH Güssing	-											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	3	1,0	1	1	24,3	23	25	7,0	5	8		
KH BBR Eisenstadt	65	7,2	1	23	75,4	15	195	2,2	1	10		
diagnostische Arthroskopie des Kniegelenks												
KH Güssing	-											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	-											
KH BBR Eisenstadt	-											

¹ In den KH Güssing und Oberpullendorf erfolgte die OP-Dokumentation nicht elektronisch, weshalb vom RH keine Auswertung dieser Eingriffe durchgeführt wurde. Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Dezember 2012 bis Mai 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 10: Totalendoprothetik der Hüfte												
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	Verweildauer in Tagen	Mittelwert Intensiv
		minimale	maximale	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten								
Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks¹												
KH Güssing	-											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	1	1,0	1	1	79,0	79	79	38,0	38	38		
KH BBR Eisenstadt	12	2,4	1	4	101,4	55	218	55,4	9	128		5,8
Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks												
KH Güssing ²	152											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	37	3,7	1	11	65,2	37	137	11,5	3	37		1,0
KH BBR Eisenstadt	182	13,0	2	58	69,3	40	166	10,7	4	123		1,3
Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks												
KH Güssing	-											
KH Kittsee	-											
KH Oberpullendorf	-											
KH Oberwart	3	1,0	1	1	117,4	61	155	18,0	14	24		
KH BBR Eisenstadt	15	3,8	1	8	107,1	65	163	27,1	7	128		

¹ teilweise in Kombination mit der Leistung „Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks“ (MEL NE140)

² Im KH Güssing erfolgte die OP-Dokumentation nicht elektronisch, weshalb vom RH keine Auswertung dieser Eingriffe durchgeführt wurde. Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Dezember 2012 bis Mai 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 11: Totalendoprothetik des Kniegelenks											
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
		minimale	maximale	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten							
Explantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks¹											
KH Güssing ²	15										
KH Kittsee	-										
KH Oberpullendorf	-										
KH Oberwart	-										
KH BBR Eisenstadt	9	1,8	1	3	104,3	69	153	46,7	7	158	4,8
Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks											
KH Güssing ²	171										
KH Kittsee	-										
KH Oberpullendorf	-										
KH Oberwart	52	5,8	1	20	74,2	51	120	9,9	7	13	1,0
KH BBR Eisenstadt	274	16,1	2	62	65,3	28	158	8,8	5	158	5,0
Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks											
KH Güssing	-										
KH Kittsee	-										
KH Oberpullendorf	-										
KH Oberwart	5	1,7	1	3	97,2	84	115	10,2	8	11	
KH BBR Eisenstadt	4	1,3	1	2	116,7	49	158	11,5	7	17	

¹ teilweise in Kombination mit der Leistung „Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks (MEL NF250)
² Im KH Güssing erfolgte die OP-Dokumentation nicht elektronisch, weshalb vom RH keine Auswertung dieser Eingriffe durchgeführt wurde.
 Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Dezember 2012 bis Mai 2013
 Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 12**Entscheidungsträger
des überprüften Unternehmens**

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in **Blaudruck**

Burgenländische Krankenanstalten–Gesellschaft m.b.H.**Aufsichtsrat**

Vorsitzender	LR Dr. Peter REZAR (seit 28. Juni 1999)
Stellvertreter des Vorsitzenden	Mag. Josef KALTENBACHER (24. September 2008 bis 13. März 2012)
	Mag. Corina KERN (14. März 2012 bis 12. März 2013)
	Mag. Hans Peter RUCKER (seit 13. März 2013)

Geschäftsführung

Mag. Hannes FRECH (1. März 2004 bis 28. Februar 2014)
Ing. Mag. Karl HELM, MAS (seit 1. März 2014)