



Der  
Rechnungshof

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Reihe SALZBURG 2014/5

# Bericht des Rechnungshofes

**Qualitätssicherungs-  
maßnahmen in der  
Patientenbehandlung  
in Salzburger Kranken-  
anstalten;  
Follow-up-Überprüfung**

#### **Auskünfte**

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

Telefon (00 43 1) 711 71 - 8644

Fax (00 43 1) 712 49 17

E-Mail [presse@rechnungshof.gv.at](mailto:presse@rechnungshof.gv.at)

#### **Impressum**

Herausgeber:

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik: Rechnungshof

Herausgegeben:

Wien, im Oktober 2014



## Vorbemerkungen

### Vorlage an den Landtag

Der Rechnungshof erstattet dem Salzburger Landtag gemäß Artikel 127 Absatz 6 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungüberprüfung getroffen hat.

### Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), *die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3 und im Kursivdruck)* sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personen-, Berufs- und Funktionsbezeichnungen darauf verzichtet, jeweils die weibliche und die männliche Form zu nennen. Neutrale oder männliche Bezeichnungen beziehen somit beide Geschlechter ein.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes „<http://www.rechnungshof.gv.at>“ verfügbar.



# **Bericht des Rechnungshofes**

**Qualitätssicherungsmaßnahmen in der  
Patientenbehandlung in Salzburger Krankenanstalten;  
Follow-up-Überprüfung**



**Inhaltsverzeichnis**

Abkürzungsverzeichnis	6
-----------------------	---

**Salzburg****Wirkungsbereich des Landes Salzburg****Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in  
Salzburger Krankenanstalten; Follow-up-Überprüfung**

KURZFASSUNG	7
Prüfungsablauf und -gegenstand	12
Indikatorenmodell	12
Vorgaben im Krankenanstaltenrecht	13
Hygieneteams in den überprüften Krankenanstalten	14
Infektionsüberwachung	19
Fehlermeldesysteme	21
WHO-Checklist	24
Leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien	24
Fachbezogene Strukturqualitätskriterien	26
Zeitdauer Narkose und OP im LKH Salzburg	28
Verweildauern im OP	29
Zeiterfassung/OP im KH Hallein	30
Schlussempfehlungen	32

**ANHANG**

Entscheidungsträger der überprüften Unternehmen	35
---	----

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BGBL.	Bundesgesetzblatt
EUR	Euro
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IT	Informationstechnologie
KAKuG	Bundesgesetz über Kranken- und Kuranstalten
KH	Krankenhaus
LKH	Landeskrankenhaus
Mio.	Million(en)
Nr.	Nummer
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
rd.	rund
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RH	Rechnungshof
SALK	Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH
S-KAG	Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000
SOP	Standard Operating Procedure
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
Z	Ziffer



## Wirkungsbereich des Landes Salzburg

### Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten- behandlung in Salzburger Krankenanstalten; Follow-up-Überprüfung

Das LKH Salzburg sowie die KH Schwarzach und Hallein setzten die meisten der vom RH im Jahr 2012 zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung veröffentlichten Empfehlungen um.

In allen Krankenanstalten waren nunmehr interne Fehlermeldesysteme implementiert. Die Hygieneteams wurden in allen Krankenanstalten ergänzt, entsprachen aber noch nicht vollständig den in der PROHYG 2.0 enthaltenen Empfehlungen des BMG.

Das KH Schwarzach nahm – der Empfehlung des RH entsprechend – ab 1. Jänner 2014 keine Teil-/Entfernungen der Bauchspeicheldrüse mehr vor. Das KH Hallein führte in Umsetzung der Empfehlung des RH keine Schilddrüsen-, Brustkrebs- und Knieoperationen mehr durch. Die Empfehlung, auch das unfallchirurgische Leistungsangebot im KH Hallein im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien zu bereinigen, war hingegen nur teilweise umgesetzt.

#### KURZFASSUNG

##### Prüfungsziel

Ziel der Follow-up-Überprüfung der Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung im LKH Salzburg sowie in den KH Schwarzach und Hallein war es, die Umsetzung von Empfehlungen zu beurteilen, die der RH bei einer vorangegangenen Gebärungsüberprüfung gegenüber dem BMG, dem Land Salzburg, der Gemeinnützigen Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (SALK), der Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. (KH Schwarzach) sowie gegenüber der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. (KH Hallein) abgegeben hatte. (TZ 1)

## Kurzfassung

### BMG

Das BMG setzte die Empfehlung des RH, die Bemühungen zur flächendeckenden Einführung eines Indikatorenmodells voranzutreiben, um, indem das entsprechende Projekt abgeschlossen wurde und sich mit A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) ein bundesweites Instrument zur Ergebnisqualitätsmessung im Echtbetrieb befand. (TZ 2)

### Land Salzburg

Das Land setzte die Empfehlung des RH, eine Verordnung zur näheren Bestimmung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Kontrolle zu erlassen, nicht um. Allerdings fiel durch den Landtagsbeschluss vom 26. März 2014 die Grundlage für die vom RH empfohlene Verordnungserlassung formell weg. In Anbetracht der Vielfalt an Krankenanstalenträgern im Land Salzburg wäre eine Verordnung für einen einheitlichen Standard bezüglich der in den Krankenanstalten zu treffenden Qualitätssicherungsmaßnahmen jedenfalls zweckmäßig gewesen. Die Krankenanstalenträger selbst hatten mit der Umsetzung der entsprechenden Empfehlungen des RH wichtige Schritte in Richtung eines solchen einheitlichen Standards gesetzt. (TZ 3)

Die Empfehlung des RH, das unfallchirurgische Leistungsangebot im KH Hallein im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien zu bereinigen, wurde teilweise umgesetzt. Das Land Salzburg traf diesbezüglich zwar Maßnahmen, schloss jedoch die notwendigen Schritte noch nicht ab. (TZ 17)

### Salzburger Landes- kliniken Betriebs- gesellschaft mbH (SALK)

Die SALK setzte die Empfehlung des RH teilweise um, weil zwar das Hygieneteam im LKH Salzburg um Hygienefachkräfte erweitert wurde, jedoch noch keine Ergänzung des Teams auf ärztlicher Seite erfolgte. (TZ 4)

Da die SALK über ein umfassendes Fehlermeldesystem im Echtbetrieb verfügte und dieses auch kontinuierlich weiterentwickelte, setzte sie die entsprechende Empfehlung des RH um. (TZ 11)

In Umsetzung der Empfehlung des RH entwickelte die SALK ein kontinuierliches OP-Monitoring, indem sie mit einem neuen OP-Statut Berichte über die OP-Zeiten an die Kollegiale Führung und die Abteilungsleiter der Kliniken einführte. Außerdem stellte die SALK durch eine Adaptierung der OP-Software sicher, dass die im OP-Statut definierten Zeitmarken – wie vom RH empfohlen – lückenlos erfasst wurden. (TZ 19)



## Qualitätssicherung in Salzburger Krankenanstalten; Follow-up-Überprüfung

Auch die Empfehlung des RH, die Gründe für die längeren Verweildauern im OP zu erheben und Maßnahmen zur Sicherstellung eines strafferen OP-Ablaufs zu treffen, setzte die SALK um. Die Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen waren an nunmehr kürzeren Maximalwerten zwischen Anästhesie-Einleitung und erstem Hautschnitt ablesbar. (TZ 20)

### Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. (KH Schwarzach)

Das KH Schwarzach setzte die Empfehlung des RH, das Hygieneteam zu ergänzen, teilweise um. Mit der Ernennung eines stellvertretenden Hygienebeauftragten und den Bemühungen, zusätzlich einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie anzustellen, traf das KH zwar Maßnahmen zur Ergänzung des Hygieneteams auf ärztlicher, nicht aber auf pflegerischer Seite. (TZ 5)

Eine eigene Facharztstelle für Hygiene und Mikrobiologie wurde, der Empfehlung des RH entsprechend, geschaffen. (TZ 6)

In Umsetzung einer weiteren Empfehlung des RH weitete das KH Schwarzach die Infektions-Surveillance nunmehr auf die neonatologische Intensivstation und an der Fachabteilung für Chirurgie zusätzlich auf die Eingriffe am Kolon aus. (TZ 9)

Auch die Empfehlungen des RH, ein internes Fehlermeldesystem und die WHO-Checklist einzuführen, setzte das KH Schwarzach um. (TZ 12, 14)

Darüber hinaus nahm das KH Schwarzach, entsprechend der Empfehlung des RH, ab 1. Jänner 2014 keine Teil-/Entfernungen der Bauchspeicheldrüse mehr vor. (TZ 15)

### Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. (KH Hallein)

Das KH Hallein setzte die Empfehlung des RH, das Hygieneteam zu ergänzen, teilweise um, weil es zwar auf ärztlicher, nicht aber auf pflegerischer Seite erweitert wurde. (TZ 7)

Umgesetzt wurde hingegen die Empfehlung des RH, einen Hygienebeauftragten zu ernennen. (TZ 8)

Die Empfehlung des RH, ein dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechendes Infektions-Surveillance-System einzuführen, wurde erst teilweise umgesetzt, weil die Einführung in Vorbereitung, aber noch nicht realisiert war. (TZ 10)

## Kurzfassung

Das KH Hallein, der Empfehlung des RH entsprechend, führte ein internes Fehlermeldesystem ein. (TZ 13)

In Umsetzung der Empfehlung des RH, stellte das KH Hallein Schilddrüsen-, Brustkrebs- und Knieoperationen ein. (TZ 16)

Die Empfehlung des RH, das unfallchirurgische Leistungsangebot im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien zu bereinigen, wurde teilweise umgesetzt. Das KH Hallein traf zwar diesbezüglich Maßnahmen, schloss jedoch die notwendigen Schritte noch nicht ab. (TZ 17)

Das KH Hallein beendete die Zusammenarbeit mit den externen Fachärzten für Orthopädie zum 31. Dezember 2012 und setzte damit die Empfehlung des RH um. (TZ 18)

Teilweise umgesetzt wurde die Empfehlung des RH, die Zeiten für Einschleusen in den OP-Saal, Einleitung der Narkose, erster Hautschnitt, letzte Naht, Ausleiten der Narkose und Ausschleusen aus dem OP-Saal zu erfassen und IT-mäßig auszuwerten. Das KH Hallein erfasste zwar die entsprechenden OP-Zeiten, diese konnten aber nicht IT-mäßig ausgewertet werden. (TZ 21)

**Kenndaten zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung  
in Salzburger Krankenanstellen**

<b>Krankenanstellen</b>	Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (LKH Salzburg); Kardinal Schwarzenberg’sches Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul (KH Schwarzach); Krankenhaus der Stadtgemeinde Hallein (KH Hallein)		
<b>Rechtsträger</b>	Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft m.b.H. (Alleingesellschafter ist das Land Salzburg); Kardinal Schwarzenberg’sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. (Alleingesellschafter ist die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul); Halleiner Krankenanstellen Betriebsgesellschaft m.b.H. (Alleingesellschafter ist die Stadtgemeinde Hallein)		
<b>kompetenzrechtliche Grundlage</b>	Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten, BGBl. 1/1930 i.d.g.F.		
<b>Bundesrecht</b>	Bundesgesetz über Kranken- und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.		
<b>Landesrecht</b>	Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (S-KAG), LGBl. Nr. 24/2000 i.d.g.F.		
<b>Rechtsgrundlagen bezüglich Qualität</b>	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBl. I Nr. 179/2004		
<b>Leistungsdaten 2012</b>	<b>LKH Salzburg</b>	<b>KH Schwarzach</b>	<b>KH Hallein</b>
	Anzahl		
tatsächliche Betten	1.202	505	163
stationäre Aufenthalte	77.693	29.867	7.586
ambulante Frequenzen	494.942	132.896	37.228
	in %		
Auslastung nach Belagstagen	67,24	78,64	68,18
	Anzahl		
durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	3,81	4,86	5,37
Personal in VZÄ	3.442,78	998,45	241,19
Endkosten in Mio. EUR	380,53	93,66	22,15
LKF-Punkte in Mio.	216,93	73,24	18,02
	in EUR		
Kosten je LKF-Punkt	1,75	1,28	1,23

Quellen: DIAG, Kostenstellenstatistik, Aufenthalte und durchschnittliche Belagsdauer aus „Krankenhausaufenthalte“

## Prüfungsablauf und -gegenstand

1 Der RH überprüfte im Jänner und Februar 2014 beim BMG, beim Land Salzburg, bei der Gemeinnützigen Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (SALK), bei der Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. (KH Schwarzach) und bei der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. (KH Hallein) die Umsetzung von Empfehlungen, die er bei einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung zum Thema „Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung im Landeskrankenhaus Salzburg sowie in den Krankenhäusern Schwarzach und Hallein“ abgegeben hatte. Der in der Reihe Salzburg 2012/9 veröffentlichte Bericht wird in der Folge als Vorbericht bezeichnet.

Weiters hatte der RH zur Verstärkung der Wirkung seiner Empfehlungen deren Umsetzungsstand bei den überprüften Stellen nachgefragt. Das Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens hatte er in seinem Bericht Reihe Salzburg 2013/10 veröffentlicht.

Zu dem im Mai 2014 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die SALK im Mai 2014, das KH Schwarzach und das KH Hallein im Juni 2014 sowie das Land Salzburg im August 2014 Stellung. Das BMG gab keine Stellungnahme ab. Der RH erstattete seine Gegenäußerung an das Land Salzburg im September 2014.

## Indikatorenmodell

2.1 (1) Der RH hatte dem BMG in seinem Vorbericht (TZ 8) empfohlen, die flächendeckende Einführung eines Indikatorenmodells<sup>1</sup> zur Erhebung der Ergebnisqualität voranzutreiben. Dies vor dem Hintergrund, dass im Rahmen eines von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Projekts geplant war, dieses Indikatorenmodell auf alle Krankenanstalten Österreichs auszuweiten.

(2) Das BMG hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass den Leistungserbringern ihre Ergebnisse bereits flächendeckend zur Verfügung gestellt würden.

(3) Wie der RH nunmehr feststellte, wurde das Projekt zur flächendeckenden Einführung des Indikatorenmodells A-IQI mittlerweile abgeschlossen. Einen Bericht über die Einführungsphase legte das BMG der Bundeszielsteuerungskommission im November 2013 vor. Dieser enthielt u.a. die Ergebnisse externer Analysen (sogenannte „peer reviews“) zu den drei Krankheitsbildern Herzinfarkt, Pneumonien und Schenkelhalsfrakturen, für die in der Probephase schwerpunktmäßig Daten erfasst worden waren. Damit befand sich ein auf den Abrech-

<sup>1</sup> Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI



## Qualitätssicherung in Salzburger Krankenanstellen; Follow-up-Überprüfung

nungsdaten der leistungsorientierten Krankenanstellenfinanzierung basierendes System der Ergebnisqualitätsmessung, das alle österreichischen Krankenanstellen umfasste, nunmehr im Echtbetrieb.

A-IQI wurde im Zuge der Gesundheitsreform 2013 für den stationären Bereich als bundesweites Instrument zur Ergebnisqualitätsmessung unter Anwendung von Peer-Review-Verfahren sowohl in der Art. 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit (Art. 7 Abs. 3 Z 1) als auch im Gesundheits-Zielsteuergesetz (§ 7 Abs. 2 Z 1) rechtlich verankert. Die entsprechenden Bestimmungen sehen vor, A-IQI unter Ergänzung von Qualitätsregistern auf Bundesebene fortzusetzen und auszubauen.

**2.2** Das BMG setzte die Empfehlung des RH um, indem das Projekt zur flächendeckenden Einführung des Indikatorenmodells abgeschlossen war und sich damit ein bundesweites Instrument zur Ergebnisqualitätsmessung im Echtbetrieb befand.

### Vorgaben im Kranken- anstellenrecht

**3.1** (1) Der RH hatte dem Land Salzburg in seinem Vorbericht (TZ 5) empfohlen, die Verordnung zur näheren Bestimmung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Kontrolle im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umgehend zu erlassen. Dies vor dem Hintergrund, dass § 33 Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (S-KAG)<sup>2</sup> seit 1996 eine gesetzliche Verpflichtung zum Erlass einer solchen Verordnung enthielt.

(2) Das Land Salzburg hatte im Nachfrageverfahren auf die Zielsetzung des Gesundheitsqualitätsgesetzes verwiesen, ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Salzburger Landtag am 26. März 2014 im Rahmen einer Novellierung des S-KAG die betreffende Gesetzesbestimmung aufgehoben und damit die Landesregierung von der Verpflichtung zur Erlassung einer Verordnung über Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Kontrolle enthoben hatte. Damit war das Land Salzburg nicht mehr verpflichtet, einen einheitlichen Standard über die von den Krankenanstaltenträgern zu treffenden Qualitätssicherungsmaßnahmen per Verordnung zu erlassen.

<sup>2</sup> LGBl. Nr. 24/2000 i.d.g.F

## Vorgaben im Krankenanstaltenrecht

- 3.2** Das Land setzte die Empfehlung des RH nicht um. Allerdings fiel durch den Landtagsbeschluss vom 26. März 2014 die Grundlage für die vom RH empfohlene Verordnungserlassung formell weg.

Der RH wies neuerlich darauf hin, dass Vorgaben darüber, welche konkreten Maßnahmen der Qualitätssicherung im Rahmen der Organisation einer Krankenanstalt vorzusehen sind, aufgrund der verfassungsgesetzlichen Kompetenzverteilung in die Zuständigkeit der Länder fallen. In Anbetracht der Vielfalt an Krankenanstaltenträgern im Land Salzburg wäre eine Verordnung für einen einheitlichen Standard bezüglich der in den Krankenanstalten zu treffenden Qualitätssicherungsmaßnahmen jedenfalls zweckmäßig gewesen. Ein solcher war, wie der RH im Vorbericht aufgezeigt hatte, z.B. für die Infektionssurveillance, für Fehlermeldesysteme oder für die Anwendung der WHO-Checklist nicht vorhanden gewesen. Der RH anerkannte aber, dass die Krankenanstaltenträger selbst mit der Umsetzung seiner diesbezüglichen Empfehlungen (siehe TZ 9 bis 14) wichtige Schritte in Richtung eines solchen einheitlichen Standards gesetzt hatten.

- 3.3** *Das Land Salzburg teilte mit, dass der Entfall der Verordnungsermächtigung im Rahmen des Gesetzwerdungsverfahrens ausführlich erörtert worden sei und verwies dazu auf die Regierungsvorlage sowie auf die Ausschussberatung.*

- 3.4** Vor dem Hintergrund der Erläuterungen zur Regierungsvorlage, wonach der bisher im § 33 Abs. 1 S-KAG enthaltene Verordnungsauftrag „auf Grund der detaillierten Vorgaben des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG) für entbehrlich erachtet wird und entfallen soll“, stellte der RH neuerlich klar, dass es sich beim Gesundheitsqualitätsgesetz um ein Bundesgesetz ohne Vorgaben darüber handelt, welche konkreten Qualitätssicherungsmaßnahmen von den Krankenanstaltenträgern vorzusehen sind; solche können aufgrund der verfassungsgesetzlichen Kompetenzverteilung nur von den Ländern erlassen werden. Der RH verblieb daher bei seiner Auffassung, dass eine Verordnung für einen einheitlichen Standard bezüglich der in den Krankenanstalten zu treffenden Qualitätssicherungsmaßnahmen insbesondere in Anbetracht der Vielfalt an Krankenanstaltenträgern im Land Salzburg jedenfalls zweckmäßig gewesen wäre.

## Hygieneteams in den überprüften Krankenanstalten

Salzburger Landes-  
kliniken Betriebs-  
gesellschaft mbH

- 4.1** (1) Der RH hatte der SALK in seinem Vorbericht (TZ 11) empfohlen, das Hygieneteam im LKH Salzburg entsprechend den Vorgaben des BMG zu ergänzen. Dies vor dem Hintergrund, dass eine adäquate Personal-





ausstattung für das Hygieneteam Voraussetzung war, um die gesetzlich vorgesehenen<sup>3</sup> Aufgaben in vollem Umfang erfüllen zu können.

(2) Die SALK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass bereits 2012 das Team der Anstaltshygiene um eine Hygienefachkraft aufgestockt worden sei. Zudem sei zur Entlastung der Hygienekräfte ein Techniker aufgenommen worden, was sich außerordentlich bewährt habe. Im laufenden Budgetierungsprozess für die Jahre 2014 und 2015 sei eine weitere Erhöhung beabsichtigt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die vom RH empfohlene Ergänzung des Hygieneteams im LKH Salzburg um einen Krankenhaushygieniker bisher nicht erfolgt war. Laut Mitteilung der Krankenhausleitung war allerdings eine Aufstockung des Teams durch einen zusätzlichen Arzt im Rahmen des Budgets 2015 beabsichtigt.

Auf pflegerischer Seite war das Hygieneteam im Jahr 2012 um eine Hygienefachkraft aufgestockt worden. Für das Jahr 2014 wurden zwei weitere Stellen beantragt und die entsprechenden Schritte zu deren Besetzung bereits eingeleitet. Es handelte sich dabei um eine Hygienefachkraft im Ausmaß eines VZÄ und um eine Biomedizinische Analytikerin im Ausmaß von 0,75 VZÄ. Budgetmittel für eine weitere Aufstockung um eine Hygienefachkraft im Jahr 2015 sollen laut Mitteilung der Krankenhausleitung beantragt werden.

**4.2** Die SALK setzte die Empfehlung des RH teilweise um, weil zwar das Hygieneteam im LKH Salzburg um Hygienefachkräfte erweitert wurde, jedoch noch keine Ergänzung des Teams auf ärztlicher Seite erfolgte. Der RH empfahl daher der SALK, das Hygieneteam des LKH Salzburg – wie geplant – um einen weiteren Krankenhaushygieniker zu ergänzen.

**4.3** *Das Land Salzburg und die SALK wiesen darauf hin, dass die Aufstockung des Hygieneteams weiterhin verfolgt werde. Die Erhöhung um einen Krankenhaushygieniker sei für 2015 budgetiert und vorgesehen.*

KH Schwarzach

**5.1** (1) Der RH hatte auch dem KH Schwarzach in seinem Vorbericht (TZ 11) empfohlen, das Hygieneteam entsprechend den Vorgaben des BMG zu ergänzen. Dies vor dem Hintergrund, dass eine adäquate Personalausstattung für das Hygieneteam Voraussetzung war, um die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben in vollem Umfang erfüllen zu können.

<sup>3</sup> § 28 Abs. 5 S-KAG

## Hygieneteams in den überprüften Krankenanstalten

(2) Das KH Schwarzach hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass bereits im Budgetjahr 2013 die Aufstockung des Hygieneteams zum Ansatz gebracht worden sei. Trotz intensiver Personalsuche sei es jedoch nicht gelungen, die Facharztstelle für Hygiene und Mikrobiologie zu besetzen. Um diesen Umstand abzufedern, sei das Hygieneteam durch einen zusätzlichen hygienebeauftragten Arzt mit entsprechendem Diplom für Krankenhaushygiene der Österreichischen Ärztekammer erweitert worden. Sobald eine entsprechend qualifizierte Person gefunden sei, werde die Stelle des Krankenhaushygienikers besetzt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das KH Schwarzach Maßnahmen gesetzt hatte, um das Hygieneteam auf ärztlicher Seite zu ergänzen. Neben der Ernennung eines stellvertretenden hygienebeauftragten Arztes, der im Fall der Abwesenheit des Hygienebeauftragten tätig wurde, hatte das KH Schwarzach eine Facharztstelle für Hygiene und Mikrobiologie im Ausmaß eines VZÄ geschaffen, die jedoch bisher trotz aktiver Suche und Unterstützung durch eine auf die Rekrutierung von Fachärzten spezialisierte Personalberatung nicht besetzt werden konnte.

Die Geschäftsführung des KH Schwarzach versuchte daher, einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie zumindest für eine beratende Tätigkeit und eine wöchentliche Anwesenheit vor Ort zu gewinnen. Zusätzlich war geplant, mittelfristig einen eigenen Mitarbeiter zum Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie ausbilden zu lassen.

Auch die vom RH ebenfalls empfohlene Ergänzung des Hygieneteams um eine weitere Hygienefachkraft<sup>4</sup> erfolgte nicht. Die Geschäftsführung erwog jedoch – wie vom BMG ebenfalls im Dokument PRO-HYG 2.0 empfohlen – das Hygieneteam durch eine Schreibkraft zumindest administrativ zu unterstützen.

**5.2** Das KH Schwarzach setzte die Empfehlung des RH teilweise um. Mit der Ernennung eines stellvertretenden Hygienebeauftragten und den Bemühungen, zusätzlich einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie anzustellen, traf das KH zwar Maßnahmen zur Ergänzung des Hygieneteams auf ärztlicher, nicht aber auf pflegerischer Seite. Der RH empfahl daher neuerlich, das Hygieneteam entsprechend den Vorgaben des BMG um eine weitere Hygienefachkraft zu ergänzen und weiterhin zu versuchen, einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie zumindest für eine beratende Tätigkeit zu gewinnen.

<sup>4</sup> Laut § 28 Abs. 3 S-KAG kann sowohl eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als auch des gehobenen medizintechnischen Dienstes als Hygienefachkraft tätig werden.

**5.3** *Das KH Schwarzach teilte mit, dass zur Verstärkung des bestehenden Hygieneteams mit August 2014 ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie in Teilzeit beschäftigt worden sei. Die Aufstockung um eine weitere Hygienefachkraft sei aufgrund äußerst restriktiver budgetärer Rahmenbedingungen im Jahr 2014 nicht umsetzbar gewesen, werde aber bei den Planungen für 2015 berücksichtigt werden.*

**6.1** (1) Im Zusammenhang mit seiner Empfehlung, das Hygieneteam entsprechend den Vorgaben des BMG zu ergänzen, hatte der RH dem KH Schwarzach in seinem Vorbericht (TZ 11) auch empfohlen, mittelfristig eine eigene Facharztstelle für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaustygeniker) im Ausmaß eines VZÄ zu schaffen.

(2) Das KH Schwarzach hatte im Nachfrageverfahren diesbezüglich auf seine Ausführungen im Zusammenhang mit dem Punkt „Ergänzung des Hygieneteams“ (TZ 5) verwiesen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das KH Schwarzach im Sinne der Empfehlung des RH eine eigene Facharztstelle für Hygiene und Mikrobiologie im Ausmaß eines VZÄ schuf. Die Stelle konnte jedoch bisher nicht besetzt werden (siehe TZ 5).

**6.2** Das KH Schwarzach setzte die Empfehlung des RH um, indem es eine Facharztstelle für Hygiene und Mikrobiologie im Ausmaß eines VZÄ schuf. Da die Besetzung der neu geschaffenen Stelle trotz Bemühungen des KH Schwarzach bisher aber noch nicht gelungen war, empfahl der RH – wie mittelfristig geplant – einen eigenen Mitarbeiter zum Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie ausbilden zu lassen.

**6.3** *Das KH Schwarzach teilte diesbezüglich mit, dass die Suche nach einem geeigneten Kandidaten laufe, aber noch nicht absehbar sei, wann ein solcher gefunden und mit der Ausbildung begonnen werden könne.*

KH Hallein

**7.1** (1) Der RH hatte dem KH Hallein in seinem Vorbericht (TZ 11) ebenfalls empfohlen, das Hygieneteam entsprechend den Empfehlungen des BMG zu ergänzen. Dies vor dem Hintergrund, dass eine adäquate Personalausstattung für das Hygieneteam Voraussetzung war, um die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben in vollem Umfang erfüllen zu können.

(2) Das KH Hallein hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sich der Ärztliche Direktor bereit erklärt hatte, selbst die Funktion des hygienebeauftragten Arztes zu übernehmen. Er werde die diesbezüg-

## Hygieneteams in den überprüften Krankenanstalten

liche Ausbildung voraussichtlich spätestens Ende 2014 abschließen. Der Werkvertrag mit dem Krankenhaushygieniker des Landeskrankenhauses Salzburg bestehe weiterhin, um diverse Spezialfragen unter Beiziehung eines Facharztes für Hygiene und Mikrobiologie lösen zu können.

(3) Wie der RH nunmehr feststellte, hatte das KH Hallein Maßnahmen getroffen, um das Hygieneteam auf ärztlicher Seite mit einem krankenhauseigenen Arzt als Hygienebeauftragten zu ergänzen. Der Primararzt für Anästhesie und nunmehrige Ärztliche Direktor des KH Hallein befand sich am Ende einer zweijährigen Ausbildung zum Zusatzdiplom Krankenhaushygiene und war bereits jetzt im Bereich des Hygienemanagements tätig. Er wurde zusätzlich von dem weiterhin per Werkvertrag beschäftigten Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie des Landeskrankenhauses Salzburg unterstützt.

Eine Ergänzung des Hygieneteams auf pflegerischer Seite erfolgte bisher nicht. Nach Mitteilung des Ärztlichen Direktors war aber geplant, das Hygieneteam – wie vom BMG ebenfalls im Dokument PROHYG 2.0 empfohlen – durch eine Schreibkraft aus der Ärztlichen Direktion bei Bedarf administrativ zu unterstützen.

**7.2** Die Empfehlung des RH, das Hygieneteam zur ergänzen, war nur teilweise umgesetzt, weil eine Ergänzung zwar auf ärztlicher Seite erfolgte, jedoch auf pflegerischer Seite ausblieb. Der RH hielt daher seine Empfehlung aufrecht, das Hygieneteam des KH Hallein entsprechend den Vorgaben des BMG zu ergänzen.

**8.1** (1) Im Zusammenhang mit seiner Empfehlung, das Hygieneteam entsprechend den Vorgaben des BMG zu ergänzen, hatte der RH dem KH Hallein in seinem Vorbericht (TZ 11) auch empfohlen, einen Hygienebeauftragten zu ernennen. Dies vor dem Hintergrund, dass mangels entsprechend ausgebildeten Personals kein krankenhauseigener Arzt als Hygienebeauftragter ernannt war.

(2) Das KH Hallein hatte dazu im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass nunmehr der Ärztliche Direktor zum hygienebeauftragten Arzt ernannt worden sei und diese Tätigkeit in enger Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker des Landeskrankenhauses Salzburg durchführe.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Ärztliche Direktor sich am Ende der gemäß § 28 S-KAG<sup>5</sup> erforderlichen zweijährigen Ausbil-

<sup>5</sup> Danach dürfen nur Ärzte bestellt werden, die die Absolvierung einer Grundausbildung und die Fortbildung für Krankenhaushygieniker an einem einschlägigen Universitätsinstitut oder eine gleichwertige Qualifikation nachweisen.

## Qualitätssicherung in Salzburger Krankenanstalten; Follow-up-Überprüfung

derung zum Zusatzdiplom Krankenhaushygiene befand. Dementsprechend stand er als designierter hygienebeauftragter Arzt kurz vor der formellen Ernennung und wurde schon in der Praxis für Belange der Krankenhaushygiene tätig.

- 8.2** Das KH Hallein setzte die Empfehlung des RH, einen Hygienebeauftragten zu ernennen, um. Der Ärztliche Direktor war bereits als Hygienebeauftragter designiert und befand sich am Ende der für die formelle Ernennung notwendigen Ausbildung.

### Infektionsüberwachung

KH Schwarzach

- 9.1** (1) Der RH hatte dem KH Schwarzach in seinem Vorbericht (TZ 12) empfohlen, Infektionen auch an der neonatologischen Intensivstation zu erfassen, wie dies im LKH Salzburg seit 1998 der Fall war. In diesem Zusammenhang hatte er dem KH Schwarzach ebenfalls empfohlen, in der Fachabteilung für Chirurgie neben den Schilddrüsen-Eingriffen Infektionsraten auch bei Eingriffen am Kolon<sup>6</sup> zu erfassen.

(2) Das KH Schwarzach hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass es in Hinkunft nosokomiale Infektionen bei Frühgeborenen auf der neonatologischen Intensivstation im NEO-KISS (Surveillance-System nosokomialer Infektionen für Frühgeborene auf Intensivstationen) erfassen werde. Die Qualifizierung von Mitarbeitern – entsprechend den Vorgaben des Referenznetzwerks des Robert Koch-Instituts – für eine zukünftige Erfassung laufe derzeit. Eine Erfassung sei erst mit Abschluss der entsprechenden Qualifikation möglich. Die Erhebung von Infektionsraten bei Eingriffen am Kolon sei begonnen worden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass im KH Schwarzach seit 1. Jänner 2014 nosokomiale Infektionen auch auf der neonatologischen Intensivstation und an der Fachabteilung für Chirurgie zusätzlich bei Eingriffen am Kolon erfasst wurden. Die Überwachung erfolgte über das vom Robert Koch-Institut in Berlin betriebene KISS (Krankenhaus-Infektionssurveillance-System) und damit anhand eines dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Surveillance-Systems gemäß § 8a Abs. 4 des Bundesgesetzes über Kranken- und Kuranstalten (KAKuG)<sup>7</sup> bzw. § 28 Abs. 5 lit. h S-KAG.

- 9.2** Das KH Schwarzach setzte die Empfehlung um. Seit 1. Jänner 2014 erfolgte eine Erfassung von nosokomialen Infektionen auch auf der

<sup>6</sup> Abschnitt des Dickdarms, der auch als Grimmdarm bezeichnet wird.

<sup>7</sup> BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.

neonatologischen Intensivstation und an der Fachabteilung für Chirurgie zusätzlich bei Eingriffen am Kolon.

KH Hallein

**10.1** (1) Der RH hatte dem KH Hallein in seinem Vorbericht (TZ 12) empfohlen, ehestens ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes System zur Infektionsüberwachung einzuführen.

(2) Das KH Hallein hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Einführung eines dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Infektions-Surveillance-Systems in Vorbereitung sei, wobei als Indikator vorrangig die Operationen auf dem Bereich der Adipositaschirurgie (bariatrische Chirurgie)<sup>8</sup> fungieren sollen. Diesbezüglich gebe es entsprechende hochwertige Einführungsseminare, für die eine Teilnahme bis dato aufgrund beschränkter Teilnahmemöglichkeiten noch nicht stattfinden konnte. Es sei jedenfalls geplant, im Jahr 2014 eine Veranstaltung zu besuchen und in der Folge das Infektionsüberwachungssystem zu installieren.

Das KH Hallein hatte ferner mitgeteilt, dass bereits hausintern über ein eigenes Meldesystem an die Hygienebeauftragten die nosokomialen Infektionen erfasst und in den regelmäßigen Hygienebesprechungen die entsprechenden Maßnahmen gesetzt würden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass sich die Einführung eines dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Infektions-Surveillance-Systems zwar in Vorbereitung befand, aber noch nicht realisiert war. Die für eine Teilnahme an dem vom Robert Koch-Institut in Berlin betriebenen KISS erforderlichen Seminare wurden im Februar 2014 besucht. Da im Rahmen des vom Robert Koch-Institut in Berlin betriebenen KISS für die Adipositaschirurgie noch kein Modul zur Erfassung von nosokomialen Infektionen existiert, soll die Infektionsüberwachung laut Krankenhausleitung nunmehr anhand des Indikatoreingriffs Kaiserschnitt an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe erfolgen.

**10.2** Das KH Hallein setzte die Empfehlung des RH teilweise um, weil sich die Einführung eines dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Infektions-Surveillance-Systems zwar in Vorbereitung befand, aber noch nicht realisiert war. Er empfahl dem KH Hallein daher, die diesbezüglichen Bemühungen fortzusetzen und – wie geplant – an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe eine Infektionsüberwachung anhand des Indikatoreingriffs Kaiserschnitt einzuführen.

<sup>8</sup> Darunter werden jene chirurgischen Eingriffe verstanden, die der Bekämpfung von krankhaftem Übergewicht dienen.

## Fehlermeldesysteme

Salzburger Landes-  
kliniken Betriebs-  
gesellschaft mbH

**11.1** (1) Der RH hatte der SALK in seinem Vorbericht (TZ 15) empfohlen, zur Verbesserung der Patientensicherheit ein internes Fehlermeldesystem zu installieren. Dies vor dem Hintergrund, dass das LKH Salzburg ein internes Fehlermeldesystem zunächst im Rahmen eines Pilotprojekts an drei Kliniken testete.

(2) Die SALK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass in den Landeskliniken ein Fehlermeldesystem im Volleinsatz sei.

(3) Der RH stellte fest, dass im LKH Salzburg, ausgehend von dem im Jahr 2007 initiierten Pilotprojekt, ein umfassendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System – CIRS) mit festgelegten Prozessen für fachabteilungsspezifische und fachabteilungsübergreifende Themen implementiert war. An den Kliniken waren jeweils zwei CIRS-Vertrauenspersonen ernannt, eine aus dem Kreis der Ärzte und eine aus dem Bereich der Pflege. Meldungen wurden in einer zentralen Datenbank gesammelt, von der Stabsstelle Qualitätsmanagement/Risikomanagement aufbereitet und zur Bearbeitung an die CIRS-Vertrauenspersonen der betroffenen Kliniken geschickt.

Das Fehlermeldesystem im LKH Salzburg wurde zudem kontinuierlich weiterentwickelt. Ende 2012 installierte die SALK z.B. eine neue CIRS-Software, die es ermöglichte, den anonymen Meldern einen Code für allfällig auftretende Rückfragen zuzuweisen. Damit konnte bei unklaren Sachverhaltsdarstellungen eine Rückfrage an den anonymen Melder geschickt werden, ohne dass dieser seine Anonymität preisgeben musste.

**11.2** Die SALK setzte die Empfehlung des RH um. Sie verfügte über ein umfassendes Fehlermeldesystem im Echtbetrieb und entwickelte dieses kontinuierlich weiter. Der RH hob die im System implementierte anonyme Rückfragemöglichkeit bei unklarem Sachverhalt positiv hervor.

## Fehlermeldesysteme

KH Schwarzach

**12.1** (1) Der RH hatte auch dem KH Schwarzach in seinem Vorbericht (TZ 15) empfohlen, zur Verbesserung der Patientensicherheit ein internes Fehlermeldesystem zu installieren.

(2) Das KH Schwarzach hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass ein softwaregestütztes Fehlermeldesystem mit Ende 2012 implementiert worden sei. Gemeldete Ereignisse würden zentral durch das Qualitätsmanagement – unter Einbeziehung der Kollegialen Führung, insbesondere der ärztlichen Leitung – bearbeitet und entsprechende organisatorische oder medizinische Maßnahmen gesetzt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass im KH Schwarzach seit Dezember 2012 ein internes Fehlermeldesystem etabliert war. Dabei wurden die Abteilungen als Meldekreise definiert und pro Abteilung zwei Mitarbeiter als CIRS-Beauftragte ausgebildet. Pro Quartal fand mindestens eine CIRS-Sitzung statt.

Die Mitarbeiter des KH Schwarzach konnten anonym melden; freiwillig war auch die Nennung des Namens möglich. Das Team der Stabsstelle Qualitätsmanagement fungierte dabei als zentrales Risikomanagementteam und erhielt alle Meldungen. Es führte eine Priorisierung sowie Anonymisierung durch und entschied, ob die Meldung für das ganze Haus oder nur für einzelne Meldekreise relevant war. In Zusammenarbeit mit den CIRS-Beauftragten der betroffenen Abteilungen wurden in der Folge Lösungen erarbeitet, wobei auch die Mitarbeiter dieser Abteilungen einbezogen wurden. Die bearbeiteten Meldungen wurden zusammen mit den daraufhin gesetzten Präventions- und Korrekturmaßnahmen im Intranet des KH Schwarzach publiziert und waren für alle Mitarbeiter einsehbar.

Die CIRS-Beauftragten der Abteilungen und das Qualitätsmanagement waren für das Controlling und die Evaluierung der gesetzten Maßnahmen verantwortlich. Halbjährlich verschickte das Qualitätsmanagement eine Auswertung an die Kollegiale Führung und alle Abteilungs- bzw. Stationsleiter.

Der RH hob hervor, dass das Projekt der Konzeptionierung und Einführung eines CIRS im KH Schwarzach auch international Anerkennung fand, wie die Verleihung des ersten Preises beim Qualitätsforum des Städtischen Klinikums München 2014 zeigte.

**12.2** Das KH Schwarzach setzte die Empfehlung des RH um, indem es im Dezember 2012 ein umfassendes Fehlermeldesystem einführte. Positiv hob der RH die nachgängige Kontrolle der aufgrund von Meldungen gesetzten Maßnahmen durch das Qualitätsmanagement hervor.



KH Hallein

**13.1** (1) Der RH hatte auch dem KH Hallein in seinem Vorbericht (TZ 15) empfohlen, zur Verbesserung der Patientensicherheit ein internes Fehlermeldesystem zu installieren.

(2) Das KH Hallein hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass im März 2013 eine Arbeitsgruppe zum Thema „internes Fehlermeldesystem“ unter Leitung eines Facharztes für Anästhesie eingerichtet worden sei. Das Krankenhaus nehme, vor allem aufgrund der Hausgröße und der notwendigen Anonymisierung, an dem von der Österreichischen Ärztekammer betriebenen Fehlermeldesystem teil.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass in der im KH Hallein eingerichteten Arbeitsgruppe alle Abteilungen des Krankenhauses durch Ärzte und Pflegekräfte vertreten waren. Sie trat mindestens einmal pro Quartal zusammen.

Die Arbeitsgruppe beschloss, Informationen über das krankenhausesinterne Fehlermeldesystem sowie das Fehlermeldeformular zum Ausdrucken im Intranet des Krankenhauses bereitzustellen. Die Abgabe der Meldung erfolgte nunmehr schriftlich durch Einwurf des ausgefüllten Fehlermeldeformulars in den dafür vorgesehenen Briefkasten. Diesen sollten die Mitglieder der CIRS-Arbeitsgruppe regelmäßig entleeren; in welchen zeitlichen Abständen, war nicht geregelt.

Überdies war geplant, nicht nur im KH Hallein aufgetretene sogenannte „Beinahe-Fehler“ zu besprechen, sondern auch Fälle aus der CIRS-Datenbank der österreichischen Ärztekammer dahingehend zu analysieren, ob solche Ereignisse auch im KH Hallein auftreten und welche Präventionsmaßnahmen getroffen werden könnten.

**13.2** Das KH Hallein setzte die Empfehlung des RH um, indem es ein krankenhausesinternes Fehlermeldesystem einrichtete. Die Besprechung von Fällen anderer Krankenanstalten unter dem Blickwinkel, ob diese im eigenen Krankenhaus auch passieren könnten, hob der RH (insbesondere unter dem Aspekt, dass das Fehlermeldesystem erst kürzlich eingeführt wurde) positiv hervor.

Er empfahl dem KH Hallein jedoch sicherzustellen, dass die im vorgesehenen Briefkasten einlaufenden Fehlermeldungen unverzüglich nach deren Einwurf bearbeitet werden können.

## WHO-Checklist

**14.1** (1) Der RH hatte dem KH Schwarzach in seinem Vorbericht (TZ 17) empfohlen, die empirisch bestätigte OP-Checklist der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu verwenden.

(2) Das KH Schwarzach hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die WHO-OP-Sicherheitschecklist seit Anfang 2013 implementiert und eine entsprechende Standard Operating Procedure (SOP)<sup>9</sup> in Kraft sei. Zur Zeit des Nachfrageverfahrens seien zur Ergebnisoptimierung Ergänzungen und Anpassungen in der Checklist und in der SOP durchgeführt worden; diese würden bis Ende des Jahres abgeschlossen sein.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Primärärzte des KH Schwarzach im November 2012 einen Beschluss zur Einführung einer OP-Checklist in der Krankenhaussoftware mit Anfang Dezember 2012 fassten.

Da eine Auswertung für das Jahr 2013 zeigte, dass bei rund einem Drittel<sup>10</sup> der Operationen die OP-Checklist in der Krankenhaussoftware nicht ausgefüllt wurde, entschied die Kollegiale Führung Ende 2013, die Checklist in dieser Form aus der Krankenhaussoftware wieder zu entfernen und vorerst in Papierform einzuführen. Im Jänner 2014 erließ sie dafür eine entsprechende Weisung. Danach sollte die OP-Checklist zwar am Papier ausgefüllt, nach Abschluss der Patientenakte jedoch eingescannt und elektronisch aufbewahrt werden. Laut Auskunft des Qualitätsmanagements im KH Schwarzach war es aber weiterhin das Ziel, die OP-Checklist in das Krankenhausinformationssystem zu implementieren und elektronisch umzusetzen.

**14.2** Das KH Schwarzach setzte die Empfehlung des RH um, indem es eine den Vorgaben der WHO entsprechende Checklist einführte.

## Leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien

KH Schwarzach

**15.1** (1) Der RH hatte dem KH Schwarzach in seinem Vorbericht (TZ 20) empfohlen, die Operationsart Teil-/Entfernung der Bauchspeicheldrüse im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien einzustellen. Dies vor dem Hintergrund, dass die Anzahl dieser Operationen im KH Schwarzach im mehrjährigen Durchschnitt nur etwa halb so hoch war wie die in der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) enthaltene Mindestfrequenz.

<sup>9</sup> Dabei handelte es sich um eine Vorgabe für eine standardisierte Anwendung der Checklist.

<sup>10</sup> Darin inkludiert waren jedoch auch jene Fälle, bei denen die OP-Checklist nicht zwingend auszufüllen war (z.B. Notfälle).



(2) Das KH Schwarzach hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, auf Basis tiefergehender Kooperationsüberlegungen in der Versorgungsregion 52<sup>11</sup> sei im Hinblick auf eine Schwerpunktbildung im Bereich der Pankreaschirurgie vereinbart worden, dass diese Operationen ab 1. Jänner 2014 ausschließlich am Krankenhaus Zell am See erbracht werden sollen. Durch die damit verbundenen Fallzahlen sei jedenfalls sichergestellt, dass die in der Leistungsmatrix enthaltenen Mindestfrequenzen gemäß den Strukturqualitätskriterien des ÖSG eingehalten und eine entsprechende medizinische Versorgungsqualität der Bevölkerung in der Versorgungsregion 52 gesichert sei.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das KH Schwarzach mit dem KH Zell am See im Jahr 2013 die wechselseitige Zusammenführung bestimmter operativer Leistungen vereinbart hatte. Dies hatte zur Folge, dass seit 1. Jänner 2014 Entfernungen der Bauchspeicheldrüse sowie operative Eingriffe an der Speiseröhre und am Brustkorb nur mehr vom KH Zell am See sowie Entfernungen der Schilddrüse und gefäßchirurgische Eingriffe nur mehr vom KH Schwarzach erbracht werden.

**15.2** Das KH Schwarzach setzte die Empfehlung um, indem ab 1. Jänner 2014 keine Teil-/Entfernung der Bauchspeicheldrüse mehr vorgenommen wird. In Umsetzung einer Kooperationsvereinbarung werden derartige Eingriffe in der Versorgungsregion 52 seither ausschließlich am Standort Zell am See erbracht.

KH Hallein

**16.1** (1) Der RH hatte dem KH Hallein in seinem Vorbericht (TZ 20) empfohlen, die Schilddrüsen-, Brustkrebs- und Knieoperationen im Hinblick auf die strukturbezogenen und fachbezogenen Qualitätskriterien in Zukunft nicht mehr durchzuführen.

(2) Das KH Hallein hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass – trotz hoher Expertise der Operateure – auf Schilddrüsen und Brustkrebsoperationen zukünftig verzichtet werde. Die Tätigkeit der Orthopäden im KH Hallein sei mit 31. Dezember 2012 beendet worden, womit auch keine Knieoperationen mehr durchgeführt werden könnten.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die für das zweite Halbjahr 2013 vorliegenden Daten die Angaben des KH Hallein im Nachfrageverfahren bestätigten.

<sup>11</sup> Die Versorgungsregion 52 „Pinzgau-Pongau-Lungau“ umfasst die KH Mittersill, Schwarzach, St. Veit, Tamsweg und Zell am See.

Im zweiten Halbjahr 2013 wurden weder Schilddrüsenoperationen noch Brustkrebsoperationen erbracht oder Knieendoprothesen implantiert.

**16.2** Das KH Hallein setzte die Empfehlung des RH um, indem es eine Bereinigung des Leistungsangebots vornahm und sowohl Schilddrüsen- als auch Brustkrebsoperationen sowie die Implantation von künstlichen Kniegelenken einstellte.

**Fachbezogene  
Strukturqualitäts-  
kriterien**

**17.1** (1) Der RH hatte dem Land Salzburg und dem KH Hallein in seinem Vorbericht (TZ 21) empfohlen, im Bereich der elektiven unfallchirurgischen und orthopädischen Leistungen eine Bereinigung des Leistungsangebots im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien des ÖSG vorzunehmen. Dies vor dem Hintergrund, dass im KH Hallein seit Jahren unfallchirurgische und orthopädische Leistungen im Rahmen der Abteilung für Allgemeinchirurgie erbracht wurden, anstatt – wie vom ÖSG vorgesehen – an einer entsprechenden Fachabteilung oder einer reduzierten Organisationsform; die Landesregierung hatte dies trotz ihrer aufsichtsbehördlichen Pflichten geduldet.

(2) Das Land Salzburg hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass orthopädische Leistungen durch Konsiliarärzte für Orthopädie nicht mehr erbracht würden. Der Antrag auf Führung eines Satellitendepartments werde im Rahmen der Verhandlungen zum Regionalen Strukturplan Gesundheit 2020 (RSG) erörtert und entschieden werden.

Das KH Hallein hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass es einen Antrag auf Genehmigung eines Satellitendepartments im Regionalen Strukturplan für Salzburg abgegeben habe, darüber habe das Land aber noch nicht entschieden. In der Zwischenzeit habe das KH Hallein mit der Universitätsklinik für Unfallchirurgie in Salzburg einen unterschriftsreifen Kooperationsvertrag ausgearbeitet, der – mangels entsprechender Genehmigung durch das Land Salzburg – bis dato aber noch nicht umgesetzt sei.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der zuständige Landesrat das LKH Salzburg und das KH Hallein im Jänner 2014 mit Arbeiten zur Errichtung eines unfallchirurgischen Satellitendepartments<sup>12</sup> des LKH Salzburg im KH Hallein und mit der Vorlage eines unterschriftsreifen Vertrags beauftragt hatte. Ein erster Entwurf für einen Kooperationsvertrag lag bereits vor, war aber noch Gegenstand von Gesprächen zwischen den Krankenhäusern.

<sup>12</sup> vgl. § 1 Abs. 1 Z 3 S-KAG



Wie der RH ebenfalls feststellte, war im Salzburger Krankenanstaltenplan noch kein unfallchirurgisches Satellitendepartment im KH Hallein vorgesehen. Grund dafür war, dass sich das Land mitten in den Verhandlungen über einen neuen RSG befand. Daher war geplant, den Krankenanstaltenplan erst nach Beschluss des neuen RSG in der Landesgesundheitskommission entsprechend anzupassen.<sup>13</sup>

- 17.2** Die Empfehlung des RH, das Leistungsangebot im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien zu bereinigen, war teilweise umgesetzt. Sowohl das KH Hallein als auch das Land Salzburg reagierten und trafen Maßnahmen, die für die Realisierung einer ÖSG- und rechtskonformen Lösung notwendigen Schritte waren jedoch noch nicht abgeschlossen.

Der RH hielt daher seine Empfehlung aufrecht, den vom KH Hallein und dem Land Salzburg angestrebten ÖSG- und rechtskonformen Zustand bei gleichzeitiger qualitätsgesicherter Versorgung so rasch wie möglich zu realisieren.

- 17.3** *Das Land Salzburg und das KH Hallein teilten dazu mit, dass sich – um die notwendige Grundlage für einen ÖSG- und rechtskonformen Zustand bei gleichzeitig qualitätsgesicherter Versorgung zu schaffen – eine Verordnung zur Änderung des Salzburger Krankenanstaltenplans in Vorbereitung befinde; darin sei ein Satellitendepartment für Unfallchirurgie am KH Hallein unter Angliederung an die Abteilung für Unfallchirurgie am LKH Salzburg vorgesehen.*

- 18.1** (1) Im Zusammenhang mit seiner Empfehlung, das Leistungsangebot im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien zu bereinigen (TZ 17), hatte der RH dem KH Hallein in seinem Vorbericht (TZ 21) außerdem empfohlen, die Zusammenarbeit mit den externen Fachärzten für Orthopädische Chirurgie ehestmöglich zu beenden.

(2) Das KH Hallein hatte im Nachfrageverfahren diesbezüglich auf seine Ausführungen zu der vom RH empfohlenen Bereinigung des Leistungsangebots (TZ 17) verwiesen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das KH Hallein die Zusammenarbeit mit den externen Fachärzten für Orthopädie beendete und diese seit Jänner 2013 dort nicht mehr tätig waren.

<sup>13</sup> vgl. § 4 S-KAG

**Zeitdauer Narkose  
und OP im  
LKH Salzburg**

**18.2** Das KH Hallein setzte die Empfehlung des RH, die Zusammenarbeit mit den externen Fachärzten für Orthopädie zu beenden, um. Seit Jänner 2013 waren die Fachärzte nicht mehr am KH Hallein tätig.

**19.1** (1) Der RH hatte der SALK in seinem Vorbericht (TZ 24) empfohlen, für den OP-Bereich Maßnahmen zu treffen, dass die Erfassung der Zeitmarken nach den Definitionen des OP-Statuts erfolgt. Darüber hinaus hatte er empfohlen, zur Qualitätskontrolle ein kontinuierliches OP-Monitoring mit einschlägigen Kennzahlen zu entwickeln, auf die Einhaltung einer lückenlosen Dokumentation zu achten und die Ergebnisse den Abteilungsverantwortlichen sowie dem ärztlichen Leiter zur Kenntnis zu bringen. Jedenfalls sollten zusätzlich die Zeiten für Ein- und Ausleitung der Narkose vollständig erfasst werden.

(2) Die SALK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Kollegiale Führung des LKH Salzburg die vom RH empfohlenen einheitlichen Zeitmarken in der OP-Dokumentation eingeführt und adaptiert habe. Weiters sei im März 2013 ein neues OP-Statut eingeführt worden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die SALK für das LKH Salzburg ein neues OP-Statut erstellte und dieses jährlich auf den Bedarf der Aktualisierung überprüfte. Darin waren die Planung der Operationen, die Zuständigkeiten und Kompetenzen des OP-Managements sowie die Evaluierung und Überprüfung der Abläufe und Maßnahmen geregelt.

Im OP-Statut war vorgesehen, über die Beginn- und Wartezeiten einen Bericht an die Kollegiale Führung zu verfassen, der als Basis für Prozessoptimierungen dienen soll. Außerdem hatte das OP-Management die Kollegiale Führung und die Primärärzte der einzelnen Abteilungen einmal pro Monat über den Grad der Zielerreichung zu informieren, wobei auch die Wartezeiten im OP zu berichten waren.

Die OP-Software hatte die SALK dahingehend adaptiert, dass das Abschließen der OP-Dokumentation nur nach Eingabe der vom RH empfohlenen Zeitmarken – u.a. die Zeiten für Ein- und Ausleitung der Narkose – möglich war.

**19.2** Die SALK setzte die Empfehlung des RH um, indem sie ein neues OP-Statut für das LKH Salzburg erarbeitete, mit dem Berichte über die OP-Zeiten an die Kollegiale Führung und die Abteilungsleiter der Kliniken eingeführt wurden. Im OP-Statut waren weiters die zu dokumentierenden Zeitmarken definiert. Durch eine Adaptierung der OP-Software war sichergestellt, dass die Zeitmarken im Sinne der Empfehlung des RH lückenlos erfasst wurden.

**Qualitätssicherung in Salzburger  
Krankenanstalten; Follow-up-Überprüfung**

**Verweildauern  
im OP**

**20.1** (1) Der RH hatte der SALK in seinem Vorbericht (TZ 23) empfohlen, die Gründe für eine im Vergleich mit anderen Krankenanstalten teilweise deutlich längere Verweildauer im OP-Bereich zu erheben und Maßnahmen zur Sicherstellung eines strafferen OP-Ablaufs zu treffen. Dies vor dem Hintergrund, dass das LKH Salzburg bei dem Zeitintervall zwischen Narkoseeinleitung und erstem Hautschnitt hohe Maximalwerte aufwies.

(2) Die SALK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass Steuerungsmaßnahmen gesetzt worden seien, um die Prozesssicherheiten sowie die Patientensicherheit zu erhöhen und konstante OP-Beginnzeiten umzusetzen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die SALK die Gründe für die teilweise langen Wartezeiten im OP erhob. Die Verzögerungen waren hauptsächlich auf die räumlichen Gegebenheiten im LKH Salzburg zurückzuführen. Die Einleitung der Narkose fand in einem Narkosevorbereitungsraum statt, danach waren noch Tätigkeiten, wie Verbringen des Patienten in den Operationsaal, Anbringen allfälliger Gerätschaften, Lagerung des Patienten, maschinelle Beatmung und Andocken an das stationäre Monitoring, Desinfektion und Abdeckung des Operationsfeldes, Abarbeiten der OP-Checklist sowie Überprüfung der Geräte, durchzuführen.

Der folgende Vergleich zeigt die Maximalwerte bei den Wartezeiten im OP (von Anästhesiebeginn bis erstem Hautschnitt) vom letzten Quartal 2011 bis zum letzten Quartal 2013:

<b>Maximalwerte Anästhesiebeginn-Schnitt im LKH Salzburg</b>			
	<b>4. Quartal 2011</b>	<b>4. Quartal 2013</b>	<b>Differenz</b>
	in Minuten		in %
Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung)	129	92	- 29
Appendektomie (Blinddarmentfernung)	100	81	- 19
Implantation einer Totalendoprothese der Hüfte	140	93	- 34
Arthroskopie <sup>1</sup> am Knie	65	73	+ 12

<sup>1</sup> minimalinvasiver Eingriff zur Behandlung von Kniegelenksverletzungen

Quellen: LKH Salzburg; RH

## Verweildauern im OP

Die Tabelle stellt den teilweise deutlichen Rückgang der maximalen Wartezeit zwischen Anästhesiebeginn und erstem Hautschnitt innerhalb von zwei Jahren dar und spricht für die Wirksamkeit des Monitoring der OP-Zeiten durch das OP-Management. Die Erhöhung bei der Arthroskopie am Knie war auf besondere Umstände in Einzelfällen zurückzuführen und für den RH erklärbar.

**20.2** Die SALK setzte die Empfehlung des RH um, indem sie die Gründe für die langen Wartezeiten zwischen Narkoseeinleitung und erstem Hautschnitt erhob und Maßnahmen zur Straffung des OP-Ablaufs (siehe auch TZ 19) traf.

### Zeiterfassung/OP im KH Hallein

**21.1** (1) Der RH hatte dem KH Hallein in seinem Vorbericht (TZ 25) empfohlen, zumindest die Zeiten für Einschleusen in den OP-Saal, Einleitung der Narkose, erster Hautschnitt, letzte Naht, Ausleiten der Narkose und Ausschleusen aus dem OP-Saal zu erfassen und IT-mäßig auszuwerten. Dies deshalb, weil er es im Sinne eines wirkungsvollen Qualitätsmanagements für wesentlich erachtet hatte, die einzelnen Schritte während einer Operation zeitlich zu erfassen.

(2) Das KH Hallein hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die genannten Zeiten nunmehr erfasst würden. Aufgrund der Kleinheit und Kompaktheit der Operationseinheit im KH Hallein bringe jedoch eine nachhaltige Zeiteauswertung nur geringe zusätzliche Erkenntnisse, weil auf hohe Effektivität und Effizienz im Operationssaal ohnedies durch eine mit umfassenden Kompetenzen ausgestattete OP-Managerin und durch den Ärztlichen Direktor – der auch gleichzeitig Leiter der Anästhesieabteilung ist – unmittelbar geachtet werde.

Das KH Hallein hatte weiters darauf verwiesen, dass es lediglich drei Operationsplätze in einem Zentral-OP gebe. Die Anschaffung weiterer IT-Programme erscheine in diesem Fall weder zweckmäßig noch sinnvoll.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das KH Hallein die Zeitmarken „Patient im OP“, „Aufliegezeit“, „Narkosebeginn“, „Schnitt“, „Naht“, „Narkoseende“ und „Abliegendezeit“ erfasste. Zudem war eine allfällige Wartezeit erfassbar und musste bei Vorliegen einer solchen begründet werden. Aufgrund der baulichen Gegebenheiten der drei OP-Säle war der OP-Bereich gut einsehbar und die OP-Managerin konnte auf jede auftretende Verzögerung unmittelbar reagieren.



Aufgrund der hohen Kosten für die Anschaffung zusätzlicher Softwarepakete führte das KH Hallein bisher allerdings keine IT-mäßige Auswertung der OP-Zeiten durch.

- 21.2** Das KH Hallein setzte die Empfehlung des RH teilweise um. Die entsprechenden Zeiten wurden erfasst, konnten aber nicht IT-mäßig ausgewertet werden.

Der RH empfahl dem KH Hallein ergänzend, bei einem eventuellen Update der bestehenden oder der Anschaffung einer neuen Krankenhaussoftware auf die Möglichkeit einer IT-mäßigen Auswertung der OP-Zeiten zu achten und von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen.

## Schlussempfehlungen

- 22 Der RH stellte fest, dass das BMG die Empfehlung umsetzte. Das Land Salzburg setzte eine Empfehlung nicht und eine Empfehlung teilweise um. Die SALK setzte von vier überprüften Empfehlungen drei um und eine teilweise um. Das KH Schwarzach setzte von sechs überprüften Empfehlungen fünf um und eine teilweise um. Das KH Hallein setzte von acht überprüften Empfehlungen vier um und vier teilweise um.

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Reihe Salzburg 2012/9					
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung			
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	umgesetzt	teilweise umgesetzt	nicht umgesetzt
<b>BMG</b>					
8	flächendeckende Einführung eines Indikatorenmodells (A-IQI)	2	x		
<b>Land Salzburg</b>					
5	Erlassung einer Verordnung zur näheren Bestimmung von Qualitätssicherungsmaßnahmen	3			x
21	Bereinigung des Leistungsangebots im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien des ÖSG	17		x	
<b>SALK</b>					
11	Ergänzung des Hygieneteams	4		x	
15	Installierung eines internen Fehlermeldesystems	11	x		
24	Sicherstellung der Erfassung der Zeitmarken nach den Definitionen des OP-Status und Entwicklung eines kontinuierlichen OP-Monitorings	19	x		
23	Erhebung der Gründe für die längeren Verweildauern und Treffen von Maßnahmen zur Sicherstellung eines strafferen OP-Ablaufs	20	x		
<b>KH Scharzach</b>					
11	Ergänzung des Hygieneteams	5		x	
11	Schaffung einer Facharztstelle für Hygiene und Mikrobiologie	6	x		
12	Erfassung von Infektionsraten an der neonatologischen Intensivstation und bei Eingriffen am Kolon	9	x		
15	Installierung eines internen Fehlermeldesystems	12	x		
17	Verwendung der WHO-Checklist	14	x		
20	Einstellung der Operationsart Teil-/Entfernung der Bauchspeicheldrüse	15	x		

Fortsetzung: Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Reihe Salzburg 2012/9					
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung			
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	umgesetzt	teilweise umgesetzt	nicht umgesetzt
<b>KH Hallein</b>					
11	Ergänzung des Hygieneteams	7		x	
11	Ernennung eines Hygienebeauftragten	8	x		
12	Einführung eines dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Infektions-Surveillance-Systems	10		x	
15	Installierung eines internen Fehlermeldesystems	13	x		
20	Einstellung der Schilddrüsen-, Brustkrebs- und Knieoperationen	16	x		
21	Bereinigung des Leistungsangebots im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien des ÖSG	17		x	
21	Beendigung der Zusammenarbeit mit externen Fachärzten für Orthopädie	18	x		
25	Erfassung und IT-mäßige Auswertung der Zeiten für Einschleusen in den OP-Saal, Einleitung der Narkose, erster Hautschnitt, letzte Naht, Ausleiten der Narkose und Ausschleusen aus dem OP-Saal	21		x	

Aus Anlass der nunmehrigen Follow-up-Überprüfung hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

**Land Salzburg und Halleiner Krankenanstalten Betriebs-gesellschaft m.b.H.**

(1) Der angestrebte ÖSG- und rechtskonforme Zustand betreffend die Bereinigung des Leistungsangebots im KH Hallein bei gleichzeitiger qualitätsgesicherter Versorgung wäre so rasch wie möglich zu realisieren. (TZ 17)

**Gemeinnützige Salzburger Landes-kliniken Betriebs-gesellschaft mbH**

(2) Das Hygieneteam wäre – wie geplant – um einen weiteren Arzt aufzustocken. (TZ 4)

## Schlussempfehlungen

### Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H.

(3) Es wäre weiterhin zu versuchen, das Hygieneteam entsprechend den Vorgaben des BMG um eine weitere Hygienefachkraft zu ergänzen und einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie zumindest für eine beratende Tätigkeit zu gewinnen. (TZ 5)

(4) Wie mittelfristig geplant, wäre ein eigener Mitarbeiter zum Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie ausbilden zu lassen. (TZ 6)

### Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H.

(5) Das Hygieneteam sollte entsprechend den Vorgaben des BMG auf pflegerischer Seite ergänzt werden. (TZ 7)

(6) An der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe wäre – wie geplant – eine Infektionsüberwachung anhand des Indikatoreingriffs Kaiserschnitt einzuführen. (TZ 10)

(7) Es wäre eine unverzügliche Bearbeitung der einlaufenden Fehlermeldungen sicherzustellen. (TZ 13)

(8) Bei einem eventuellen Update der bestehenden oder der Anschaffung einer neuen Krankenhaussoftware wäre auf die Möglichkeit einer IT-mäßigen Auswertung der OP-Zeiten zu achten und von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. (TZ 21)



## ANHANG

### Entscheidungsträger der überprüften Unternehmen

Anmerkung:  
im Amt befindliche Entscheidungsträger in [Gründruck](#)

## Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (SALK)

### Aufsichtsrat

Vorsitzender

**Hubert KUPRIAN**  
(seit 4. März 2004)

Stellvertreter des  
Vorsitzenden

Mag. Georg ZINIEL  
(27. Juni 2005 bis 10. Juni 2009)

Dr. Christian FLANDERA  
(7. September 2009 bis 13. Mai 2012)

Dr. Roland FRIEDLMEIER  
(11. September 2012 bis 9. September 2013)

**Univ.-Prof. Dr. Kurt GRÜNEWALD**  
(seit 9. September 2013)

### Geschäftsführung

Dipl. Vw. Dr. Max LAIMBÖCK  
(1. Dezember 2003 bis 30. November 2008)

Burkhard VAN DER VORST  
(1. Dezember 2008 bis 13. Jänner 2014)

**Priv. Doz. Dr. Paul SUNGLER**  
(seit 13. Jänner 2014)

## Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H.

### Aufsichtsrat

Vorsitzender Dr. Christian STÖCKL  
(1. Juni 1999 bis 14. August 2013)

Gerhard ANZENGRUBER  
(seit 15. August 2013)

Stellvertreter des  
Vorsitzenden Dr. Astrid STRANGER  
(1. Juni 1999 bis 27. April 2009)

Gerhard ANZENGRUBER  
(28. April 2009 bis 14. August 2013)

Josef RUSSEGGER  
(seit 15. August 2013)

Geschäftsführung Mag. Gerald HEITZENBERGER  
(seit 31. Dezember 1992)





Wien, im Oktober 2014

Der Präsident:

Dr. Josef Moser



**Bisher erschienen:**

Reihe Salzburg 2014/1	Bericht des Rechnungshofes – EU-Finanzbericht 2011
Reihe Salzburg 2014/2	Bericht des Rechnungshofes – Zahlungsströme im Zusammenhang mit bundesfinanzierten Pensionen
Reihe Salzburg 2014/3	Bericht des Rechnungshofes – Konsolidierungsmaßnahmen der Länder Oberösterreich, Salzburg und Steiermark
Reihe Salzburg 2014/4	Bericht des Rechnungshofes – Verkehrsverbände: Vergleich der Leistungen und der Finanzierung in Kärnten und Salzburg

