



Modellversuche Neue Mittelschule

noch weitere Abteilungen des BMUKK Leistungen der Agentur abrufen (z.B. Abteilung I/2 Zugpatronanzen, Zugfolder), die der RH in seine Berechnungen miteinbezog.

Verschränkter Lehrereinsatz

Zielsetzung

41 (1) Ein zentrales Element der NMS-Modellversuche war der verschränkte Lehrereinsatz von AHS-/BMHS-Lehrern (Bundeslehrern) und Hauptschullehrern (Landeslehrern). Damit sollten die Stärken der Bundeslehrer (vertiefte fachliche Ausbildung) und jene der Landeslehrer (vertiefte pädagogische Ausbildung) im Unterricht genutzt und eine Verbesserung der Unterrichtsqualität erreicht werden.

(2) Der verschränkte Lehrereinsatz wurde nach dem Grundsatz „Jede Lehrperson nimmt ihr Dienstrecht mit“ abgewickelt. Die dienstrechtliche bzw. arbeitszeitrechtliche Stellung der Lehrer, die den Schulen zur Dienstleistung zugewiesen wurden, blieb unberührt.⁵⁹

Grundlage für die Beschäftigung eines Bundeslehrers an einer NMS (Hauptschulstandort) bzw. eines Landeslehrers an einer NMS (AHS-Standort) ist das Instrument der Mitverwendung.⁶⁰

Unterschiede Bundeslehrer – Landeslehrer

42.1 (1) Es bestanden vielfältige Unterschiede zwischen den Bundes- und Landeslehrern, die in nachfolgender Tabelle übersichtsmäßig dargestellt sind:

⁵⁹ vgl. § 7a Abs. 6 Schulorganisationsgesetz i.d.F. BGBl. I Nr. 26/2008

⁶⁰ vgl. § 210 Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979, BGBl. Nr. 333/1979 i.d.g.F.; § 22 Abs. 1 Landeslehrer-Dienstrechtsgesetz, BGBl. Nr. 302/1984 i.d.g.F.

Verschränkter Lehrereinsatz

Tabelle 12: Unterschiede Bundes- und Landeslehrer		
	Bundeslehrer (AHS, BMHS)	Landeslehrer (Hauptschule, NMS)¹
Kompetenzen		
Lehrer-Dienstrecht	Bund	Gesetzgebung: Bund Vollziehung: Land
Diensthöheit über Lehrer	Bund	Land (Landeslehrer-Diensthöheitsgesetze)
Bezahlung der Lehrer	Bund	Land zahlt/Bund refundiert zu 100 %
Organe		
Aufnahme der Lehrer	Landesschulrat	Amt der Landesregierung (Landeslehrer-Diensthöheitsgesetze)
Versetzung von Lehrern	Landesschulrat	Amt der Landesregierung (Landeslehrer-Diensthöheitsgesetze)
Dienstrecht		
Lehrverpflichtung (Vollzeitbeschäftigung)	20 Werteinheiten	Jahresnormmodell, insgesamt 1.776 Stunden aufgeteilt in: - Unterricht: 720 bis 756 Stunden, - Vor- und Nachbereitung: 600 bis 630 Stunden - sonstige Tätigkeiten: Reststunden zur Erfüllung der Jahresnorm
Unterrichtszeit je Woche	zwischen 17,14 (z.B. Deutsch) bis 26,67 Unterrichtsstunden (z.B. Hauswirtschaft) à 50 Minuten	20 oder 21 Unterrichtsstunden à 50 Minuten
Fortbildungsverpflichtung	im Rahmen der allgemeinen dienst- und lehramtlichen Pflichten	verpflichtende Fortbildungsveranstaltungen im Ausmaß von 15 Stunden pro Schuljahr
Ressourcenaufzeichnungen	keine	hinsichtlich der sonstigen Tätigkeiten
Entlohnung		
Einstiegsgehälter (brutto)	2.172,10 EUR (Beamter) 2.222,80 EUR (Vertragsbediensteter)	1.944,20 EUR (Beamter) 2.025,10 EUR (Vertragsbediensteter)
mit 40 Lebensjahren (brutto)	3.318,90 EUR (Beamter) 3.328,20 EUR (Vertragsbediensteter)	3.056,20 EUR (Beamter) 3.184,20 EUR (Vertragsbediensteter)
Laufbahnende (brutto)	5.201,50 EUR (Beamter) 5.139,30 EUR (Vertragsbediensteter)	4.230,00 EUR (Beamter) 4.503,90 EUR (Vertragsbediensteter)
Lehrerausbildung		
Institution	Universitäten (BMWF, Bund)	Pädagogische Hochschulen (BMUKK, Bund)
Eignungsprüfung	nein	ja
Ausbildungsart	Lehramtsstudium in zwei Unterrichtsfächern	Bachelor-Studium, 1 Erstfach (Deutsch, Englisch, Mathematik) und 1 Zweitfach (z.B. Bewegung und Sport, Geschichte, Physik und Chemie)
Dauer	9 Semester, 1-jähriges Unterrichtspraktikum	6 Semester
akademischer Grad	Magister	Bachelor of Education (BEEd)
Lehrerfortbildung		
Institutionen	Pädagogische Hochschulen (BMUKK, Bund)	

¹ Angaben beziehen sich auf die Situation in Salzburg und Vorarlberg.

Quelle: RH

(2) Folgendes fiktive Beispiel soll die Unterschiede zwischen Bundes- und Landeslehrern veranschaulichen:

Beispiel Unterschiede zwischen Bundes- und Landeslehrern		
Ein Bundes- und ein Landeslehrer (beide 40 Jahre, Vertragslehrer) unterrichten ausschließlich Deutsch an einer Modellversuchs-NMS, beide sind vollzeitbeschäftigt.		
	Bundeslehrer	Landeslehrer
tatsächliche Unterrichtszeit je Woche	17,14 Unterrichtsstunden à 50 Minuten	21 Unterrichtsstunden à 50 Minuten
Gehalt brutto in EUR	3.328,20	3.184,20
Gehalt brutto je Unterrichtsstunde in EUR	44,84	35,02

Quelle: RH

Bundeslehrer unterrichteten denselben Unterrichtsgegenstand wie Landeslehrer, bekamen dafür jedoch mehr bezahlt und arbeiteten kürzer. Die höhere Bezahlung der Bundeslehrer war auf deren universitäre und länger dauernde Ausbildung zurückzuführen.

(3) Die unterschiedlichen Regelungen für beide Lehrergruppen führten zu folgender Situation an einer Pilotschule: Da an der NMS kein fachgeprüfter Ersatz für einen in Pension gegangenen Landeslehrer zur Verfügung stand, erklärte sich eine an der NMS unterrichtende AHS-Lehrkraft (nicht vollbeschäftigt) bereit, für rund vier Monate die Stunden zu übernehmen. Die AHS-Lehrkraft hatte das Lehramtsstudium für den betreffenden Unterrichtsgegenstand abgeschlossen.

Da die AHS-Lehrkraft jedoch über keine Lehrbefähigung für die Hauptschule verfügte, wurde sie im Rahmen eines Sondervertrags in der Entlohnungsgruppe l2b1 (Maturaniveau) angestellt. Trotz des bestehenden Dienstverhältnisses als Bundeslehrkraft beim Landesschulrat war ein eigenständiges Aufnahmeverfahren beim Land erforderlich.

42.2 Der RH wies kritisch auf die Ungleichbehandlung der Bundes- und Landeslehrer im Rahmen der NMS-Modellversuche hin. Es ergab sich folgende Situation: Bundeslehrer unterrichteten denselben Unterrichtsgegenstand (z.B. Deutsch) wie Landeslehrer, bekamen dafür jedoch mehr bezahlt und arbeiteten kürzer. Ebenso führten die unterschiedlichen Regelungen praktisch zur Undurchlässigkeit zwischen beiden Lehrergruppen.

Verschränkter Lehrereinsatz

Diese Unterschiede erschwerten den in den NMS-Modellversuchen angestrebten verschränkten Lehrereinsatz zwischen Bundes- und Landeslehrern. Nach Ansicht des RH verdeutlichte dies den dringenden Reformbedarf in Richtung einheitliche Lehrerausbildung (d.h. Grundausbildung mit anschließend modularer Struktur, die die Durchlässigkeit zwischen den Schulformen ermöglicht) und einheitliches Dienstrecht für sämtliche Lehrer (siehe dazu RH, Reihe Positionen 2011/1, Verwaltungsreform 2011, S. 58 ff.).

42.3 *Laut Stellungnahme spreche sich das BMUKK gegen die Formulierung aus, dass Bundeslehrer kürzer arbeiten. Die arbeitszeitrechtlichen Regelungen von Bundes- und Landeslehrern seien zwar deutlich unterschiedlich, es werde jedoch bei beiden Lehrergruppen von einer Vollbeschäftigung ausgegangen.*

42.4 Der RH entgegnete dem BMUKK, dass er die Ungleichbehandlung der Bundes- und Landeslehrer auf den Unterricht im Rahmen der NMS-Modellversuche bezog. In den NMS-Modellversuchen bekamen die Bundeslehrer für denselben Unterrichtsgegenstand mehr bezahlt und arbeiteten kürzer.

Planung des verschränkten Lehrereinsatzes

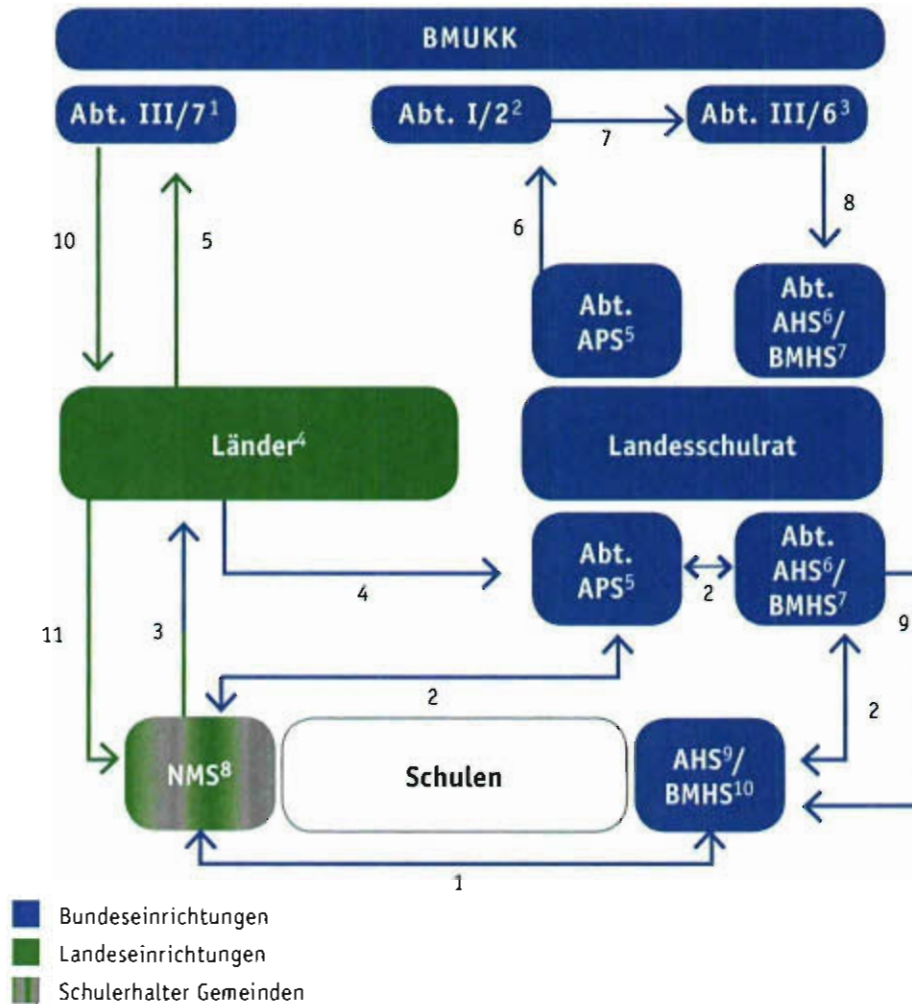
43.1 Das BMUKK führte im Frühjahr (für das kommende Schuljahr) eine provisorische Zuteilung sowie im Herbst (für das laufende Schuljahr) die endgültige Zuteilung der Personalressourcen für die Bundeslehrer an die Landesschulräte⁶¹ und für die Landeslehrer an die Länder durch.

Für die Landeslehrer oblag den Ländern die Zuteilung der Personalressourcen an die einzelnen NMS-Modellversuche. Für die Bundeslehrer hingegen waren der Bund bzw. die Landesschulräte für die Zuteilung der Personalressourcen an die NMS-Modellversuche zuständig.

Folgende Abbildung zeigt die Dienststellen des Bundes und der Länder, die bei der Planung des verschränkten Lehrereinsatzes an den NMS-Modellversuchen involviert waren:

⁶¹ Bundesbehörden, nachgeordnete Dienststellen des BMUKK

Abbildung 9: Planung des verschränkten Lehrereinsatzes



- ¹ Abteilung III/7 – LandeslehrerInnenangelegenheiten – des BMUKK
- ² Abteilung I/2 – Sekundarstufe I und Polytechnische Schule – des BMUKK
- ³ Abteilung III/6 – LehrerInnenpersonal-Controlling – des BMUKK
- ⁴ jeweilige Schulabteilung der Ämter der Landesregierung
- ⁵ jeweilige Abteilung der allgemein bildenden Pflichtschulen der Landesschulräte
- ⁶ jeweilige Abteilung der allgemein bildenden höheren Schulen der Landesschulräte
- ⁷ jeweilige Abteilung für die berufsbildenden Schulen der Landesschulräte
- ⁸ NMS – Schulerhalter Gemeinden
- ⁹ AHS – Schulerhalter Bund
- ¹⁰ BMHS – Schulerhalter Bund

Quelle: RH

Verschränkter Lehrereinsatz

Die Planung des verschränkten Lehrereinsatzes lief in Salzburg und Vorarlberg folgendermaßen ab:

[1]⁶² In Salzburg und Vorarlberg klärten die Schulleitungen der NMS-Modellversuchsschulen und der AHS/BMHS direkt den Bedarf an Bundeslehrern für den verschränkten Lehrereinsatz an den NMS-Modellversuchen ab.

[2] Konnte der Bedarf nicht gedeckt werden, wurden die Abteilungen der allgemein bildenden Pflichtschulen und der allgemein bildenden höheren Schulen bzw. der berufsbildenden Schulen der Landesschulräte miteinbezogen. In Salzburg erfolgte die Planung der Personalressourcen der Bundeslehrer vorrangig in den Abteilungen des Landesschulrats.

[3] Die NMS-Schulleitungen meldeten zur Planung des Personalbedarfs die Schüler- und Klassenzahlen an die Schulabteilungen der Ämter der Landesregierung⁶³.

[4, 5] Die Schulabteilungen der Ämter der Landesregierung leiteten die Meldungen an die Abteilungen der allgemein bildenden Pflichtschulen der Landesschulräte (Personalressourcen für die Bundeslehrer) sowie an die Abteilung III/7 (LandeslehrerInnenangelegenheiten)⁶⁴ des BMUKK (Personalressourcen für die Landeslehrer) weiter.

[6] Die Abteilungen der allgemein bildenden Pflichtschulen der Landesschulräte teilten die Klassenzahlen der Abteilung I/2 des BMUKK mit.

[7] Die Abteilung I/2 kontrollierte die Richtigkeit der Meldungen und leitete diese an die Abteilung III/6 (LehrerInnenpersonal-Controlling)⁶⁵ weiter.

[8] Die Abteilung III/6 des BMUKK berechnete die Personalressourcen für die Bundeslehrer an den NMS-Modellversuchen und teilte diese den Landesschulräten zu.

[9] Die Landesschulräte wiesen die Personalressourcen für die Bundeslehrer an die AHS/BMHS zu, die in der Folge an den NMS-Modellversuchen mitverwendet wurden.

⁶² bezeichnet die Nummerierung in der Abbildung 9

⁶³ Salzburg: Abteilung 2 – Bildung; Vorarlberg: Abteilung IIa – Schule

⁶⁴ Die Abteilung III/7 des BMUKK war laut Geschäftseinteilung für die Personalressourcen der Landeslehrer zuständig.

⁶⁵ Die Abteilung III/6 des BMUKK war laut Geschäftseinteilung für die Personalressourcen der Bundeslehrer zuständig.

[10] Für die Landeslehrer an den NMS-Modellversuchen berechnete die Abteilung III/7 des BMUKK die Personalressourcen und wies diese den Schulabteilungen der Ämter der Landesregierung zu.

[11] Die Schulabteilungen der Ämter der Landesregierung wiesen die Personalressourcen für die Landeslehrer den einzelnen NMS-Modellversuchen zu.

- 43.2 Der RH wies kritisch auf die zersplitterte Kompetenzlage im Schulwesen hin (siehe TZ 5), die bei der Planung der Personalressourcen für den verschränkten Lehrereinsatz an den NMS-Modellversuchen zu einem komplexen Zuteilungsmechanismus führte. Aufgrund des Auseinanderklaffens der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung bei den Pflichtschulen (Hauptschulen) mussten neben den Schulleitungen der NMS-Modellversuche und der AHS/BMHS sechs Abteilungen des Bundes und die Schulabteilungen der Länder tätig werden.

Sachliche Zusammenhänge erforderten ein Zusammenwirken der Schulbehörden des Bundes und jener der Länder; die Doppelgleisigkeiten bewirkten zusätzlichen Koordinationsaufwand und förderten nach Ansicht des RH Ineffizienzen bei der Planung des verschränkten Lehrereinsatzes für die NMS-Modellversuche.

Der RH empfahl dem BMUKK, dem Land Salzburg und dem Land Vorarlberg, im Hinblick auf eine Strukturbereinigung darauf hinzuwirken, die Aufgaben, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung in einer Hand zu konzentrieren. Er regte dies bereits in seinem Bericht „Finanzierung der Landeslehrer“ (Reihe Bund 2012/4, TZ 2) und in RH, Reihe Positionen 2011/1, Verwaltungsreform 2011, S. 58 ff. an.

- 43.3 *Laut Stellungnahme des BMUKK sei die grundlegende Struktur der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung im Schulwesen verfassungsrechtlich vorgegeben.*

Weiters teilte das BMUKK mit, dass der RH in den Abbildungen 9 und 10 die Planung und Abrechnung des Lehrereinsatzes grundsätzlich darstelle und nicht den verschränkten Lehrereinsatz in den NMS-Modellversuchen. Die dargestellte Vorgehensweise mit Einbeziehung der Abteilung III/7 entspreche lediglich der Planung und Abrechnung des Stellenplans für Landeslehrer an den APS.

Verschränkter Lehrereinsatz

Laut Stellungnahme des Landes Salzburg sei die zersplitterte Kompetenzverteilung im österreichischen Schulwesen hinlänglich bekannt. Eine diesbezügliche Bereinigung könne jedoch nur vom Bund durch eine Änderung des Bundes-Verfassungsgesetzes vorgenommen werden.

- 43.4 Der RH verwies erneut darauf, dass die aufgezeigten Hauptprobleme in der Schulverwaltung und die daraus resultierenden Folgewirkungen überwiegend auf die komplexe Kompetenzverteilung und die dadurch bedingte Zuständigkeitsverteilung auf Bundes- und Länderbehörden zurückzuführen waren. Eine Zusammenführung der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung würde daher bestehende Ineffizienzen in der Schulverwaltung abbauen.

Darüber hinaus entgegnete er dem BMUKK, dass die Schulabteilungen der Länder Salzburg und Vorarlberg Meldungen über die geplanten Personalressourcen der Landeslehrer im Rahmen der NMS-Modellversuche (für den Regelunterricht und den Unterricht im Rahmen der zusätzlichen Bundesressourcen an Stelle von Bundeslehrern) an die Abteilung III/7 sendeten. Diese nahm die für die Landeslehrer anfallenden Ressourcen im Stellenplan für die allgemein bildenden Pflichtschulen im Grundkontingent bzw. in den zweckgebundenen Zuschlägen auf. Ebenso erfolgte die Abrechnung über die verbrauchten Personalressourcen über die Abteilung III/7. Nach Ansicht des RH entsprachen daher die Abbildungen 9 und 10 der tatsächlichen Vorgehensweise bei der Planung und Abrechnung des verschränkten Lehrereinsatzes im BMUKK.

Personalressourcen
für den verschränkten
Lehrereinsatz

Ressourcenverbrauch

- 44.1 (1) Die Länder erhielten für den verschränkten Lehrereinsatz vom BMUKK zusätzliche Personalressourcen von sechs Wochenstunden in Form von Werteinheiten je NMS-Klasse. Folgende Tabelle zeigt die zugeteilten Personalressourcen des BMUKK und die tatsächlich verbrauchten Personalressourcen der Länder:



Verschränkter Lehrereinsatz

BMUKK

Modellversuche Neue Mittelschule

Tabelle 13: Personalressourcen für den verschränkten Lehrereinsatz

Schuljahr	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012
Österreich				
		in Werteinheiten		
Zuteilung des BMUKK	1.169	5.649	11.594	19.234
Verbrauch Bundeslehrer	655	3.670	8.187	14.151
Verbrauch Landeslehrer	398	1.570	2.689	4.179
Verbrauch gesamt	1.053	5.240	10.876	18.330
Differenz	- 116	- 409	- 718	- 904
		in %		
Anteil Landeslehrer	37,80	29,96	24,72	22,80
Salzburg¹				
		in Werteinheiten		
Zuteilung des BMUKK	-	147	399	651
Verbrauch Bundeslehrer	-	155	384	630
Verbrauch Landeslehrer	-	0	19 ²	18 ²
Verbrauch gesamt	-	155	403	648
Differenz	-	8	4	- 3
		in %		
Anteil Landeslehrer	-	0,00	4,71	2,78
Vorarlberg				
		in Werteinheiten		
Zuteilung des BMUKK	525	1.505	2.556	3.564
Verbrauch Bundeslehrer	51	144	252	335
Verbrauch Landeslehrer	363	1.097	1.933	2.883
Verbrauch gesamt	414	1.241	2.185	3.218
Differenz	- 111	- 264	- 371	- 346
		in %		
Anteil Landeslehrer	87,68	88,40	88,47	89,59

¹ Salzburg nahm an den Modellversuchen ab dem Schuljahr 2009/2010 teil.

² Supplierungen von Landeslehrern für Bundeslehrer (siehe TZ 50)

Quelle: BMUKK; Berechnungen RH

Verschränkter Lehrereinsatz

Aufgrund des jährlichen Ausbaus der NMS-Modellversuche stiegen die vom BMUKK zugeteilten Ressourcen von 1.169 Werteeinheiten im Schuljahr 2008/2009 auf 19.234 Werteeinheiten im Schuljahr 2011/2012.

Die Länder verbrauchten jedoch nicht alle zur Verfügung gestellten Personalressourcen (Schuljahr 2011/2012 : - 904 Werteeinheiten).

Der Anteil der Landeslehrer lag in Österreich im Schuljahr 2008/2009 bei 37,8 % und sank kontinuierlich auf 22,8 % im Schuljahr 2011/2012.

(2) Salzburg wirkte ab dem Schuljahr 2009/2010 an den NMS-Modellversuchen mit. Es verwendete im überprüften Zeitraum alle für den verschränkten Lehrereinsatz zur Verfügung gestellten Personalressourcen. Der Personaleinsatz wurde zur Gänze von Bundeslehrern abgedeckt.

(3) Vorarlberg hingegen verbrauchte in keinem der überprüften Schuljahre die für den verschränkten Lehrereinsatz zur Verfügung gestellten Ressourcen. Die Differenz lag z.B. im Schuljahr 2011/2012 bei 346 Werteeinheiten (knapp 10 %). Der Personaleinsatz von Bundeslehrern war gering; der Anteil der Landeslehrer lag im Schuljahr 2008/2009 bei 87,7 % und stieg auf 89,6 % im Schuljahr 2011/2012 an.

44.2 (1) Der RH hielt fest, dass die Länder nicht alle vom BMUKK zur Verfügung gestellten Personalressourcen für den verschränkten Lehrereinsatz an den NMS-Modellversuchen verbrauchten. Dies war v.a. auf Anlaufschwierigkeiten in der Modellversuchsphase zurückzuführen. Weiters hielt er fest, dass im Schuljahr 2011/2012 rund ein Fünftel der zugeteilten Ressourcen von Landeslehrern an Stelle von Bundeslehrern verbraucht wurden. Der RH kritisierte, dass das Ziel des verschränkten Lehrereinsatzes an den NMS-Modellversuchen vom BMUKK nicht in vollem Umfang erreicht werden konnte.

(2) Salzburg verwendete alle für den verschränkten Lehrereinsatz an den NMS-Modellversuchen zugeteilten Ressourcen und setzte ausschließlich Bundeslehrer ein.

(3) Der RH hielt fest, dass Vorarlberg nicht alle zugeteilten Personalressourcen für den verschränkten Lehrereinsatz an den NMS-Modellversuchen abrief. Dies lag daran, dass das BMUKK sechs Wochenstunden je NMS-Klasse dem Landesschulrat für Vorarlberg zuwies, jedoch in den Schuljahren 2008/2009 bis 2010/2011 keine vollständige Weitergabe an die NMS-Modellversuche erfolgte (siehe TZ 45).

Darüber hinaus hielt er kritisch fest, dass in Vorarlberg an den NMS-Modellversuchen rd. 90 % Landeslehrer an Stelle von Bundeslehrern zum Einsatz kamen. Gründe dafür waren nach Ansicht des RH v.a. die rasche Umwandlung fast aller Hauptschulen in NMS in den Schuljahren 2008/2009 und 2009/2010 sowie die schwierige Rekrutierung von Bundeslehrern.⁶⁶

Er empfahl dem Landesschulrat für Vorarlberg und dem Land Vorarlberg, die zusätzlich vom BMUKK zugeteilten Ressourcen vollständig für den Unterricht an die NMS weiterzugeben und den Einsatz von Bundeslehrern an den NMS zu erhöhen, um das Mindestkriterium zur Erhöhung der Unterrichtsqualität zu erfüllen.

- 44.3 *Laut Stellungnahme habe das BMUKK bereits mehrmals auf das Land Vorarlberg eingewirkt, den Einsatz der Bundeslehrer als prioritär zu betrachten und diesen dem Einsatz von Landeslehrern vorzuziehen. Letztlich seien diese Vorgaben auch per Erlass festgelegt und erst kürzlich die Rahmenbedingungen für den Einsatz von Bundeslehrern in anderen Unterrichtsgegenständen als Deutsch, Englisch und Mathematik vereinfacht worden.*

Laut Stellungnahme des Landesschulrats für Vorarlberg erfolge der Einsatz von Bundeslehrern, so intensiv wie möglich. Mit dem zukünftigen eklatanten Lehrermangel werde dies allerdings sehr schwierig sein.

Die Vorarlberger Landesregierung informierte, dass zu Beginn des Modellversuchs den NMS Stunden für naturwissenschaftliche Fächer und für Kooperationsprojekte mit den AHS zugewiesen worden seien. Darüber hinaus seien Unterstützungsressourcen für die Landeskoordination und deren Regionalbetreuung, für die Orientierungsarbeiten sowie die Koordination der NMS/AHS-Projekte bereitgestellt worden. Seit dem Schuljahr 2011/2012 würden den betreffenden Schulen sechs Wochenstunden je NMS-Klasse zugewiesen.

Darüber hinaus sei der Einsatz von weiteren Bundeslehrern an den NMS zur Erhöhung der Unterrichtsqualität in Anbetracht der angespannten Lehrersituation im Bereich der AHS/BMHS ein mehr als schwieriges Unterfangen. Die Schulabteilung der Vorarlberger Landesregierung würde jedes Jahr rechtzeitig die in Frage kommenden Bundesschulen kontaktieren, um möglichst viele Bundeslehrer zu gewinnen.

⁶⁶ siehe „Personalplanung im Bereich der Bundeslehrer“, Reihe Bund 2013/5

Verschränkter Lehrereinsatz

44.4 Der RH wies gegenüber dem Landesschulrat für Vorarlberg und dem Land Vorarlberg auf deren Verantwortung hin, den Einsatz von Bundeslehrern an den NMS zu forcieren, um das Mindestkriterium zur Erhöhung der Unterrichtsqualität zu erfüllen.

Einsatz im Unterricht

45.1 (1) In Salzburg teilte der Landesschulrat die vom BMUKK erhaltenen sechs Wochenstunden je NMS-Klasse zur Gänze den NMS-Modellversuchen zu; die gesamten Personalressourcen wurden für den Unterricht eingesetzt.

(2) In Vorarlberg wurden den NMS-Modellversuchen im Schuljahr 2008/2009 zwei Wochenstunden je NMS-Klasse an Personalressourcen zugeteilt. In den Schuljahren 2009/2010 und 2010/2011 waren es vier Wochenstunden je NMS-Klasse. Erst ab dem Schuljahr 2011/2012 wurden sechs Wochenstunden je NMS-Klasse zugewiesen.

Nach Vorgabe des BMUKK waren die vom Bund zusätzlich zur Verfügung gestellten Ressourcen ausschließlich für den Unterricht in den NMS-Klassen zu verwenden. In Vorarlberg wurden sie jedoch nicht nur für den Unterricht, sondern auch für die Entwicklung und Koordination (Standortkoordinatoren, Landeskoordinatoren und Kooperationsprojekte) der NMS-Modellversuche eingesetzt:



Verschränkter Lehrereinsatz

BMUKK

Modellversuche Neue Mittelschule

Tabelle 14: Vorarlberg – Verwendung der Personalressourcen für den verschränkten Lehrereinsatz

Schuljahr	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012
	in VBÄ			
Vorarlberg				
Unterricht				
Landeslehrer	4,21	39,71	76,41	109,38
Bundeslehrer	0,17	3,34	8,22	12,12
gesamt Unterricht	4,38	43,05	84,63	121,50
(in %)	(24,07)	(79,65)	(89,21)	(89,01)
Entwicklung und Koordination				
Landeslehrer	11,44	7,56	6,90	11,56
Bundeslehrer	2,38	3,44	3,34	3,44
gesamt Entwicklung und Koordination	13,82	11,00	10,24	15,00
(in %)	(75,93)	(20,35)	(10,79)	(10,99)
gesamt	18,20	54,05	94,87	136,50

Quellen: BMUKK, Landesschulrat für Vorarlberg; Berechnungen RH

Vorarlberg finanzierte – entgegen der Vorgabe des BMUKK – im überprüften Zeitraum jährlich zwischen rund 10 und 15 Bundes- bzw. Landeslehrer (in VBÄ) für die Entwicklung und Koordination der NMS-Modellversuche (im Schuljahr 2011/2012 rd. 11 % der vom Bund zur Verfügung gestellten Ressourcen).

Das BMUKK erhielt in den jährlichen Schuljahresabrechnungen des Landes Vorarlberg einen detaillierten Überblick über die Verwendung der Personalressourcen für den verschränkten Lehrereinsatz an den NMS-Modellversuchen in Vorarlberg. Das BMUKK duldete die nicht den Vorgaben entsprechende Verwendung der Ressourcen.

45.2 (1) Der RH hielt fest, dass Salzburg die Ressourcen für den verschränkten Lehrereinsatz ausschließlich für den Unterricht an den NMS-Modellversuchen verwendete.

(2) Der RH kritisierte, dass Vorarlberg die Ressourcen für den verschränkten Lehrereinsatz nicht ausschließlich für den Unterricht an den NMS-Modellversuchen verbrauchte. Im überprüften Zeitraum wurden jährlich zwischen rund 10 und 15 Bundes- bzw. Landeslehrer (in VBÄ) für die Entwicklung und Koordination der NMS-Modellversuche

Verschränkter Lehrereinsatz

eingesetzt, das waren im Schuljahr 2011/2012 rd. 11 % der vom Bund zur Verfügung gestellten Ressourcen. Weiters hielt der RH fest, dass das BMUKK keine Einhaltung der den Vorgaben entsprechenden Verwendung der Personalressourcen erwirkte.

Der RH empfahl dem BMUKK, dem Landesschulrat für Vorarlberg und dem Land Vorarlberg, die vom BMUKK zur Verfügung gestellten Ressourcen ausschließlich im Unterricht an den NMS zu verwenden.

45.3 Laut Stellungnahme des BMUKK seien die Vorgaben bekannt gewesen und seitens der Projektleitung bei verschiedenen Gelegenheiten wiederholt und unmissverständlich kommuniziert worden. Die wesentlichen Rahmenbedingungen zum Einsatz der sechs zusätzlichen Wochenstunden seien auch in mehreren Erlässen des BMUKK den Schulbehörden dargelegt worden. Im Falle von Vorarlberg sei mittlerweile die Möglichkeit des Einsatzes dieser zusätzlichen Stunden für andere Tätigkeiten durch das BMUKK ausgeschlossen worden.

46.1 (1) Einschränkend für den Bundeslehreinsatz in Salzburg war festzustellen, dass der Landesschulrat für Salzburg in den Schuljahren 2009/2010 und 2010/2011 jeweils einen bzw. im Schuljahr 2011/2012 zwei Hauptschullehrer mittels Sondervertrag anstellte. Diese wurden einer BMHS zugewiesen; sie unterrichteten als „Bundeslehrer“ an der jeweiligen Kooperations-NMS. Der Landesschulrat für Salzburg begründete diese Vorgehensweise mit der aufwändigen Verrechnung der Personalkosten.

(2) Die Bundeslehrer unterrichteten an den Pilotschulen folgende Unterrichtsgegenstände:

Tabelle 15: Unterrichtsgegenstände Bundeslehrer NMS-Modellversuche in Salzburg und Vorarlberg im Schuljahr 2011/2012

Schuljahr 2011/2012	Salzburg	Vorarlberg
Unterrichtsgegenstand	in %	
Englisch	25,18	4,78
Deutsch	22,86	10,43
Mathematik	20,00	11,30
Französisch	-	33,04
Spanisch	-	13,91
Bewegung und Sport	6,79	3,91
technisches/textiles Werken	7,14	0,43
Biologie	6,61	1,30
Physik/Chemie	1,61	4,35
sonstige ¹	9,81	16,55
gesamt	100,00	100,00

¹ Position umfasst mehrere Unterrichtsgegenstände, die in einem geringen Stundenausmaß erbracht wurden.
 Quellen: BMUKK, Landesschulrat für Salzburg, Landesschulrat für Vorarlberg; Berechnungen RH

Im Schuljahr 2011/2012 unterrichteten in Salzburg knapp über zwei Drittel der Bundeslehrer die Pflichtgegenstände Deutsch, Englisch und Mathematik. In Vorarlberg kamen die Bundeslehrer aufgrund der Sprachoffensive v.a. in den Fremdsprachen Französisch und Spanisch zum Einsatz, danach folgten Mathematik und Deutsch.

(3) In beiden Ländern gab es einzelne Bundeslehrer, die ausschließlich an einer NMS-Modellversuchsschule unterrichteten. Im Schuljahr 2011/2012 waren dies in Salzburg rd. 30,6 % bzw. in Vorarlberg rd. 21,9 % der eingesetzten Bundeslehrer.

Sowohl in Salzburg als auch in Vorarlberg unterrichteten die Bundeslehrer teilweise im Team.

46.2 Der RH sah beim Lehrereinsatz folgende Kritikpunkte:

- „Hilfskonstruktionen“ bei den Bundeslehrern in Salzburg (Anstellung von Hauptschullehrern mittels Sondervertrag, die als „Bundeslehrer“ an der NMS unterrichteten),

Verschränkter Lehrereinsatz

- einzelne Bundeslehrer unterrichteten ausschließlich an der NMS-Modellversuchsschule, wodurch eine Annäherung der beiden Schularten nicht stattfand.

Nach Ansicht des RH genügte der verschränkte Lehrereinsatz nicht den Zielsetzungen des BMUKK. Ursächlich dafür waren u.a. die angespannte Personalsituation im Bereich der Bundeslehrer⁶⁷ und die Vorbehalte der Bundeslehrer (siehe TZ 29).

Der RH empfahl dem Landesschulrat für Salzburg, vom Einsatz von Landeslehrern mit Sondervertrag an Stelle von Bundeslehrern abzu-
sehen.

46.3 Laut Stellungnahme des Landesschulrats für Salzburg würden keine Landeslehrer mehr mit Sondervertrag angestellt.

Abrechnung des
verschränkten Lehrereinsatzes

47.1 Die Personalressourcen für die Landeslehrer an den NMS-Modellversuchen wies die Abteilung III/7 des BMUKK auf Grundlage der jährlichen Stellenplan-Richtlinien⁶⁸ für die allgemein bildenden Pflichtschulen den Schulabteilungen der Ämter der Landesregierung zu.

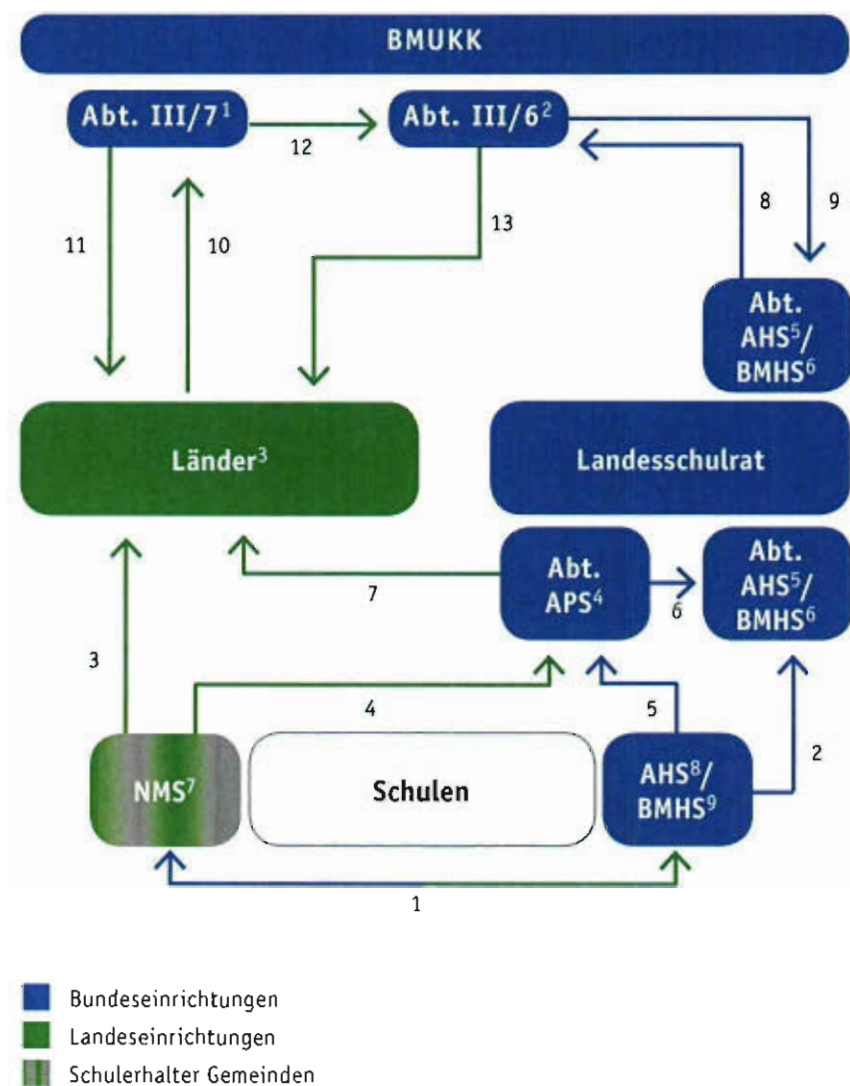
In den Stellenplan-Richtlinien waren die Personalressourcen für den verschränkten Lehrereinsatz der Bundeslehrer an den NMS-Modellversuchen nicht berücksichtigt. Die Personalressourcen der Bundeslehrer für die NMS-Modellversuche wies daher die für Bundeslehrer zuständige Abteilung III/6 des BMUKK den Landesschulräten zu.

Folgende Abbildung zeigt die Abrechnung des Ressourcenverbrauchs der Bundes- und Landeslehrer an den NMS-Modellversuchen:

⁶⁷ siehe „Personalplanung im Bereich der Bundeslehrer“, Reihe Bund 2013/5

⁶⁸ Die Stellenplan-Richtlinien des BMUKK legten jährlich die Planungsgrundlagen für die Zuteilung der Landeslehrerplanstellen fest.

Abbildung 10: Abrechnung des verschränkten Lehrereinsatzes



- 1 Abt. III/7 – LandeslehrerInnenangelegenheiten – des BMUKK
- 2 Abt. III/6 – LehrerInnenpersonal-Controlling – des BMUKK
- 3 jeweilige Schulabteilung der Ämter der Landesregierung
- 4 jeweilige Abteilung der allgemein bildenden Pflichtschulen der Landesschulräte
- 5 jeweilige Abteilung der allgemein bildenden höheren Schulen der Landesschulräte
- 6 jeweilige Abteilung für die berufsbildenden Schulen der Landesschulräte
- 7 NMS – Schulerhalter Gemeinden
- 8 AHS – Schulerhalter Bund
- 9 BMHS – Schulerhalter Bund

Quelle: RH

Verschränkter Lehrereinsatz

Die Abrechnung des verschränkten Lehrereinsatzes lief in Salzburg und Vorarlberg folgendermaßen ab:

[1]⁶⁹ Die Schulleitungen an den Stammschulen⁷⁰ der Lehrer trugen während des Schuljahrs Änderungen gegenüber der Unterrichtsplanung (z.B. Krankenstände, Supplierungen) in die Schulverwaltungsprogramme ein.

[2] Am Ende des Schuljahrs berichteten die Schulleitungen der AHS/BMHS den Personaleinsatz der Bundeslehrer an den NMS-Modellversuchen den Abteilungen der allgemein bildenden höheren Schulen bzw. der berufsbildenden Schulen der Landesschulräte.

[3] Die NMS-Schulleitungen berichteten den Einsatz der Landeslehrer den Schulabteilungen der Ämter der Landesregierung.

[4, 5]⁷¹ In Vorarlberg meldeten die Schulleitungen der AHS/BMHS und der NMS-Modellversuche zusätzlich den Verbrauch von Personalressourcen für nicht unterrichtende Tätigkeiten an die Abteilung der allgemein bildenden Pflichtschulen des Landesschulrats für Vorarlberg.

[6, 7] Die Abteilung der allgemein bildenden Pflichtschulen des Landesschulrats für Vorarlberg fasste diese Meldungen zusammen und berichtete den Ressourcenverbrauch der Bundeslehrer an die Abteilung der allgemein bildenden höheren Schulen bzw. der berufsbildenden Schulen des Landesschulrats und den Ressourcenverbrauch der Landeslehrer an die Schulabteilung des Amtes der Vorarlberger Landesregierung.

[8, 9] Den Ressourcenverbrauch der Bundeslehrer an den NMS-Modellversuchen rechneten die Abteilungen der allgemein bildenden höheren Schulen bzw. der berufsbildenden Schulen der Landesschulräte mit der Abteilung III/6 des BMUKK ab.

[10] Die Schulabteilungen der Ämter der Landesregierung erstellten im Oktober für ihre Landeslehrer Schuljahresabrechnungen für das abgelaufene Schuljahr; diese wurden an die Abteilung III/7 des BMUKK weitergeleitet und überprüft.

⁶⁹ bezeichnet die Nummerierung in der Abbildung 10

⁷⁰ Für die Landeslehrer waren die NMS, für die Bundeslehrer die AHS/BMHS die Stammschulen.

⁷¹ Die Schritte 4 bis 7 galten ausschließlich für Vorarlberg.

[11] Der Einsatz von Landeslehrern an Stelle von Bundeslehrern für den Unterricht an den NMS-Modellversuchen verursachte Stellenplanüberschreitungen, weil die Personalressourcen der Bundeslehrer nicht in den Stellenplan-Richtlinien der allgemein bildenden Pflichtschulen und somit nicht im genehmigten Stellenplan berücksichtigt waren.

Die Besoldungskosten für die Stellenplanüberschreitungen hatten grundsätzlich die Länder selbst zu **tragen**. Da aufgrund der Abrechnungsmodalitäten diese Überschreitung das BMUKK vorab zur Gänze trug, entstanden Rückforderungsansprüche des BMUKK gegenüber den Ländern. Das BMUKK behielt die Rückforderungsansprüche von der nächsten Monatsanforderung ein (siehe „Finanzierung der Landeslehrer“, RH Reihe Bund 2012/4).

[12] Da jedoch das BMUKK die Kosten für den Ressourcenverbrauch für den **verschränkten** Lehrereinsatz übernahm, meldete die Abteilung III/7 den **Einsatz** von Landeslehrern an Stelle von Bundeslehrern der Abteilung III/6 des BMUKK.

[13] Die Abteilung III/6 berechnete die Ansprüche der Länder und refundierte den Ländern die Kosten für den Personaleinsatz der Landeslehrer an Stelle von Bundeslehrern an den NMS-Modellversuchen.

- 47.2 Die zersplitterte Kompetenzlage im Schulwesen führte zwischen dem BMUKK und den Ländern zu einer aufwändigen sowie komplexen Ab- und Verrechnung der Personalressourcen für den verschränkten Lehrereinsatz an den NMS-Modellversuchen. Der RH stellte erneut fest, dass diese Kompetenzverflechtungen zwischen dem Bund und den Ländern Doppelgleisigkeiten und Ineffizienzen begünstigten.

Der RH empfahl dem BMUKK, als Übergangslösung in die jährlichen Stellenplan-Richtlinien der allgemein bildenden Pflichtschulen einen zweckgebundenen Zuschlag für den verschränkten Lehrereinsatz der Bundeslehrer an den NMS einzuführen.

Als langfristige Lösung wiederholte er seine Empfehlung, im Hinblick auf eine Strukturbereinigung im Schulwesen weiter darauf hinzuwirken, die Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung in einer Hand zu konzentrieren.

Verschränkter Lehrereinsatz

47.3 *Laut Stellungnahme des BMUKK sei die grundlegende Struktur der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung im Schulwesen verfassungsrechtlich vorgegeben.*

Weiters teilte das BMUKK mit, dass im Schuljahr 2013/2014 für den verschränkten Lehrereinsatz in den Stellenplanrichtlinien für die APS ein Abrufkontingent eingerichtet worden sei.

Laut Stellungnahme des Landes Salzburg sei die zersplitterte Kompetenzverteilung im österreichischen Schulwesen hinlänglich bekannt. Eine diesbezügliche Bereinigung könne jedoch nur vom Bund durch eine Änderung des Bundes-Verfassungsgesetzes vorgenommen werden.

47.4 Der RH verwies erneut darauf, dass die aufgezeigten Hauptprobleme in der Schulverwaltung und die damit verbundenen Folgewirkungen überwiegend auf die komplexe Kompetenzverteilung und die dadurch bedingte Zuständigkeitsverteilung auf Bundes- und Länderbehörden zurückzuführen waren. Eine Zusammenführung der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung würde daher bestehende Ineffizienzen in der Schulverwaltung abbauen.

Exkurs: Personalressourcen aus den Leistungsgruppen

48.1 (1) Die Richtlinien für die Entwicklungsarbeit der NMS des BMUKK vom November 2010 sahen vor, dass die durch den Wegfall der Leistungsgruppen frei werdenden Personalressourcen an den NMS verbleiben und ausschließlich für Förder- bzw. Individualisierungsmaßnahmen zum Einsatz kommen sollten.

(2) In Salzburg betrug der Leistungsgruppenschlag im überprüften Zeitraum 47 Wochenstunden je Schule. Diese Wochenstunden behielten die Schulen auch während der Modellversuchsphase.

(3) Das Land Vorarlberg hielt auch nach der Umstellung seiner Schulen auf NMS-Modellversuche am Berechnungsmodell der Hauptschulen für den Leistungsgruppenschlag in den Schuljahren 2008/2009 bis 2010/2011 fest. Der Leistungsgruppenschlag hing von der Schüleranzahl ab. Beispielsweise erhielten die NMS-Modellversuche bei mehr als 30 Schülern zusätzlich zwölf Wochenstunden; der nächste Zuschlag von zwölf Wochenstunden ergab sich bei mehr als 55 Schülern.

Im Schuljahr 2011/2012 kam es zu einer Neuberechnung und -verteilung des Zuschlags für die Leistungsgruppen; die Schulabteilung des Amts der Vorarlberger Landesregierung wies den NMS-Modellversuchen insgesamt um rd. 70 Wochenstunden mehr gegenüber dem Vorjahr zu.



Verschränkter Lehrereinsatz



Modellversuche Neue Mittelschule

- 48.2** Die Länder verfügten über unterschiedliche Berechnungsmethoden bei der Zuteilung der Personalressourcen für die Hauptschulen bzw. NMS. Der RH stellte in den Ländern Salzburg und Vorarlberg fest, dass die nach Auflösung der Leistungsgruppen frei gewordenen Personalressourcen weiterhin an den Schulen verblieben.

Die NMS wiesen eine hohe Lehrpersonalintensität auf: Neben den zusätzlichen Bundesressourcen kamen auch die nach Auflösung der Leistungsgruppen frei gewordenen Personalressourcen zum Einsatz. Der RH verwies auf seine Feststellungen zu den Lehrpersonalkosten und bekräftigte seine Empfehlung gegenüber dem BMUKK, den Mitteleinsatz in der Sekundarstufe I einer eingehenden Analyse zu unterziehen (siehe TZ 32).

Bedarf Bundeslehrer

- 49.1** Im Zuge der Überführung der Hauptschulen in NMS legte ein Erlass des BMUKK vom April 2012 die relevanten schul-, dienst- und besoldungsrechtlichen Rahmenbedingungen für den Lehrereinsatz an NMS fest.

Der Erlass normierte, dass u.a. die zusätzlichen Stunden des Bundes zweckgewidmet in den Pflichtgegenständen Deutsch, Mathematik und Erste lebende Fremdsprache einzusetzen waren.

Im Schuljahr 2012/2013 gab es in Vorarlberg 147 Mathematiklehrer (in Köpfen) an Bundesschulen (Bundeslehrer). Selbst wenn all diese Mathematiklehrer vollbeschäftigt wären und sie ausschließlich Mathematik unterrichteten, könnten sie – bei Beibehaltung ihrer Mathematikstunden an den Bundesschulen – nur knapp 65 % des Bedarfs der Mathematikstunden an den Vorarlberger NMS erfüllen.

- 49.2** Der RH wies kritisch darauf hin, dass bereits die NMS-Modellversuche zeigten, bei denen der Einsatz der Bundeslehrer nicht nur auf Deutsch, Mathematik und Erste lebende Fremdsprache beschränkt war, dass der Bedarf an Bundeslehrern nicht in allen Ländern gedeckt werden konnte. Das Beispiel des RH verdeutlichte die Situation in Vorarlberg.

Supplierungen

- 50.1** (1) Bei den NMS-Modellversuchen gestaltete sich die Abwicklung von Abwesenheiten und Suppliertätigkeiten aufgrund des verschränkten Lehrereinsatzes und der diesbezüglichen unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen komplex.

Verschränkter Lehrereinsatz

(2) In der Modellversuchsphase supplierten die an den Salzburger NMS-Modellversuchsschulen eingesetzten Bundeslehrer vorrangig abwesende Bundeslehrer desselben Standorts. Für den Ersatz von abwesenden Landeslehrern wurden sie weitgehend nicht herangezogen.

Landeslehrer supplierten abwesende Bundeslehrer. In den Schuljahren 2010/2011 und 2011/2012 gelangten dafür jeweils 0,80 Planstellen zur Auszahlung. Das BMUKK refundierte dem Land Salzburg bislang diese Ausgaben nicht.

(3) Laut Angaben des Landes Vorarlberg wurden in der Modellversuchsphase allfällige Supplierungen zwischen Bundes- und Landeslehrern flexibel gehandhabt. Für Supplierungen von Landeslehrern für Bundeslehrer entstanden keine zusätzlichen Ausgaben.

- 50.2 Die ungleiche Bedeutung von Supplierungen an den NMS-Modellversuchen in Salzburg und Vorarlberg führte der RH auf das unterschiedliche Ausmaß des Bundeslehreinsatzes in den beiden Ländern zurück.

Nach dem Verursacherprinzip hatte das BMUKK auch die Ausgaben für die ausbezahlten Supplierstunden der Landeslehrer als Ersatz für die Bundeslehrer zu tragen. Er empfahl dem BMUKK, die ausbezahlten Supplierstunden des Landes Salzburg für die Schuljahre 2010/2011 und 2011/2012 rückzuerstatten.

- 50.3 *Laut Stellungnahme des BMUKK habe es die Mittel dem Land Salzburg überwiesen.*

Das Land Salzburg stimmte der Empfehlung des RH, die ausbezahlten Supplierstunden im Sinne des Verursacherprinzips rückzuerstatten, uneingeschränkt zu.

Verwaltungsaufwand verschränkter Lehrereinsatz

- 51.1 (1) Beim verschränkten Lehrereinsatz hatte der betroffene Bundeslehrer eine Stammschule (AHS/BMHS) und wurde an der Kooperations-NMS eingesetzt. Dies erforderte einen Informationsaustausch zwischen NMS-Modellversuchsschule und Stammschule bezüglich besoldungsrelevanter Daten (v.a. Abwesenheiten und Supplierung, Einstellungstatbestände für Mehrdienstleistungen, Dienstreisen).

Da jedoch die Bundesschulen und die NMS (Hauptschulstandort) nicht über dieselbe Unterrichtsverwaltungssoftware verfügten, erschwerte dies den Informationsaustausch zwischen den Schulen.

(2) In Salzburg erfolgte während der Modellversuchsphase die Abwicklung aller besoldungsrechtlichen Angelegenheiten der betroffenen Bundeslehrer durch die Stammschule. Die dafür notwendigen Informationen erhielt der zuständige Administrator von der NMS-Schulleitung.

Um die Schulen zu unterstützen, errichtete der Landesschulrat für Salzburg ein „Projektbüro NMS“. Das Projektbüro NMS organisierte u.a. die Verwaltung und Abrechnung der an den NMS eingesetzten Bundeslehrer neu.

Im Zuge der Neuorganisation wurde ab dem Schuljahr 2012/2013 für jeden politischen Bezirk eine Verrechnungsstelle eingeführt. In den Verrechnungsstellen wurden die besoldungsrelevanten Daten der Bundeslehrer in eine kompatible Verrechnungsdatei umgewandelt und diese an die Stammschule weitergeleitet.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung herrschten bei den involvierten Lehrern und Schulleitungen Unklarheiten über die Vorgehensweise.

Für die Mitarbeiter des Projektbüros NMS und der Verrechnungsstellen waren im Schuljahr 2012/2013 Einrechnungen nach § 9 Abs. 3 Bundeslehrer-Lehrverpflichtungsgesetz im Ausmaß von insgesamt 24,5 Werteinheiten (rd. 1,23 VBÄ, rd. 76.000 EUR) vorgesehen.⁷²

(3) Laut Angaben des Landes Vorarlberg, des Landesschulrats für Vorarlberg und der Pilotschulen verursachte der verschränkte Lehrereinsatz keinen nennenswerten Mehraufwand.

51.2 (1) Der RH stellte für Salzburg und Vorarlberg fest, dass der Verwaltungsmehraufwand für den Bundeslehrereinsatz an den NMS-Modellversuchen stark auseinander ging. Der RH führte dies – wie bereits bei den Supplierungen – auf das unterschiedliche Ausmaß des Bundeslehrereinsatzes in den beiden Ländern zurück.

Nach Auffassung des RH bedingten die unterschiedlichen Abrechnungssysteme zwischen Bundesschulen und NMS (Hauptschulstandorte) einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Aufgrund der Inkomp-

⁷² Die Werteinheiten stammten nicht aus den zusätzlich für NMS zur Verfügung gestellten Ressourcen, sondern aus dem für Einrechnungen zur Verfügung stehenden Kontingent des Landesschulrats für Salzburg.

Verschränkter Lehrereinsatz

tibilität der Systeme bestand eine uneinheitliche Datenlage und erhöhte Fehleranfälligkeit.

Originäre Ursache dafür war das Auseinanderfallen von Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung bei den Pflichtschulen. Der RH empfahl dem BMUKK, auf den Einsatz einheitlicher Schulverwaltungsprogramme hinzuwirken.

(2) Der RH gab zu bedenken, dass in Salzburg durch die Zwischenschaltung von Verrechnungsstellen die ohnehin schon bestehende Komplexität verstärkt und dadurch die Fehleranfälligkeit erhöht wird. Er empfahl dem Landesschulrat für Salzburg, im Laufe des Schuljahrs 2012/2013 den Nutzen der Verrechnungsstellen und ihren Fortbestand kritisch zu hinterfragen.

51.3 (1) *Laut Stellungnahme sei dem BMUKK bewusst, dass eine gute IT-Unterstützung bei der Lehrerverwaltung ein Erfolgsfaktor sei. Bei den AHS/BMHS sei bereits seit vielen Jahren eine einheitliche Software (GP UNTIS) im Einsatz. Mittlerweile sei auch eine Vielzahl an Pflichtschulen mit einer speziell für sie konzipierten Programmversion von UNTIS ausgestattet worden. Derzeit setze sich das BMUKK in Zusammenarbeit mit der Softwarefirma, den Ländern und den Schulerhaltern für eine weitere Verbreitung ein. Das BMUKK verwies darauf, dass die Frage der Verwaltungssoftware im Bereich der APS in die Zuständigkeit der Gemeinden in ihrer Rolle als Schulerhalter falle und daher die Einflussnahme des Bundes natürlichen Grenzen unterworfen sei.*

(2) Laut Stellungnahme des Landesschulrats für Salzburg werde sich in Anbetracht der flächendeckenden Umsetzung der NMS an den Hauptschulstandorten die administrative Belastung noch einmal verändern, was ohnehin einen kritischen Blick auf das System der Bundeslehrerabrechnung bedinge. Der Fortbestand der Verrechnungsstellen sei diesbezüglich sehr fraglich. In Bearbeitung der Problemstellung werde somit der Empfehlung des RH vollinhaltlich Rechnung getragen.

51.4 Der RH hielt im Zusammenhang mit der Schulverwaltungssoftware fest, dass die uneinheitliche Datenlage auf die komplexe Kompetenzverteilung im Schulwesen zurückzuführen war. Eine Zusammenführung der Aufgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung würde bestehende Ineffizienzen in der Schulverwaltung abbauen.



Modellversuche Neue Mittelschule

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

52 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

- | | |
|--|---|
| BMUKK, Land Salzburg und Land Vorarlberg | (1) Die Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung wäre in Hinblick auf eine Strukturbereinigung im Schulwesen in einer Hand zu konzentrieren. (TZ 32, 43, 47) |
| BMUKK, Land Vorarlberg und Landesschulrat für Vorarlberg | (2) Die Unterstützungsstrukturen für die NMS wären abzustimmen und die Doppelgleisigkeiten zu beseitigen. (TZ 9, 24) |
| | (3) Die vom BMUKK zur Verfügung gestellten Ressourcen sollten ausschließlich für den Unterricht an den NMS verwendet werden. (TZ 45) |
| Land Salzburg und Landesschulrat für Salzburg | (4) Die Aktivitäten zur schulartenübergreifenden Zusammenarbeit AHS/BMHS und NMS sollten verstärkt werden. (TZ 10) |
| Land Vorarlberg und Landesschulrat für Vorarlberg | (5) Die Projektaktivitäten zwischen AHS/BMHS und NMS wären – ohne Verwendung der Bundesressourcen – fortzusetzen. (TZ 10) |
| | (6) Die zusätzlich vom BMUKK zugeteilten Ressourcen für den verschränkten Lehrereinsatz sollten vollständig für den Unterricht an die NMS weitergegeben werden. Der Einsatz von Bundeslehrern an den NMS wäre zu erhöhen, um das Mindestkriterium zur Erhöhung der Unterrichtsqualität zu erfüllen. (TZ 44) |
| BMUKK | (7) In Zukunft sollten objektiv ermittelte Statistiken veröffentlicht werden. (TZ 4) |
| | (8) Bei künftigen Projekten wäre die Einhaltung vorgegebener Kriterien durchzusetzen. (TZ 6) |
| | (9) In Anbetracht der flächendeckenden Einführung der NMS und der breit angelegten Beteiligung sollte sich das BMUKK auf die Umsetzung der Ziele der NMS-Arbeit konzentrieren. (TZ 8) |
| | (10) Die Aktivitäten zur schulartenübergreifenden Zusammenarbeit wären zu intensivieren. (TZ 10) |

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

(11) Die offensiven Informationsaktivitäten sollten aufgrund der gestiegenen Bekanntheit der NMS überdacht werden. Zukünftige Maßnahmen wären danach auszurichten. (TZ 11)

(12) Vorbehaltlich der Evaluationsergebnisse zu den Schülerleistungen sollte eine Ausdehnung der NMS-Konzeption auf andere Schularten, unter den Aspekten Qualitätssteigerung im Unterricht und Erhöhung des Bildungsniveaus, geprüft werden. (TZ 13)

(13) Im Rahmen der Aus- und Weiterbildung der Lehrer wäre die Leistungsbeurteilung verstärkt zu berücksichtigen. (TZ 15)

(14) Die Maßnahmen zur Implementierung von eLearning an den NMS sollten evaluiert werden. Erforderliche Adaptierungen wären unter dem Gesichtspunkt der Sparsamkeit vorzunehmen. (TZ 16)

(15) Die Genderthematik sowie die Kunst- und Kulturvermittlung wären weiterhin unter dem Gesichtspunkt der Sparsamkeit zu berücksichtigen. (TZ 17)

(16) Auf die Pädagogischen Hochschulen wäre hinzuwirken, die Curricula für die Lehramtsausbildung Sekundarstufe I an die Anforderungen der NMS so rasch wie möglich anzupassen. (TZ 19)

(17) Für Sondermittelzuteilungen zur Unterstützung der NMS-Entwicklungsarbeit an die Pädagogischen Hochschulen sollte eine einheitliche Vorlage für Verwendungsnachweise bereitgestellt werden. Auf die zweckgemäße Verwendung der Mittel wäre zu achten. Ausständige Berichte wären zeitnah zu urgieren. (TZ 21)

(18) Die schulorganisatorische Verankerung der Lerndesigner sowie deren tatsächliche Notwendigkeit aufgrund der Schulgröße sollten bei der Weiterentwicklung der NMS-Konzeption überdacht werden. (TZ 23)

(19) Die Entwicklungsbegleitung wäre zu evaluieren und Einsparungen sollten vorgenommen werden. Primär wären die im BMUKK vorhandenen Ressourcen zu nutzen sowie allenfalls wäre auch auf das in nachgeordneten Dienststellen (z.B. Pädagogische Hochschulen) verfügbare Know-how zurückzugreifen. (TZ 25)

(20) Die Konstruktion des Bundeszentrums für lernende Schulen – NMS Entwicklungsbegleitung wäre zu überdenken. (TZ 26)

(21) Es wäre auf das BIFIE einzuwirken, die Metaanalyse weiter zu verfolgen und einen neuerlichen Bilanzierungsbericht zu verfassen. (TZ 29)

(22) Im Rahmen der flächendeckenden Einführung der NMS wäre im Sinne einer sparsamen Verwaltungsführung verstärkt die Nachhaltigkeit und Preisangemessenheit von Aufträgen zu hinterfragen. (TZ 31)

(23) Der Mitteleinsatz in der Sekundarstufe I wäre einer eingehenden Analyse – unter Berücksichtigung langfristiger Wirkungen und volkswirtschaftlicher Folgekosten – zu unterziehen. (TZ 32, 48)

(24) Die Vorschriften des Bundesvergabegesetzes 2006 sollten künftig eingehalten werden. (TZ 34, 37, 38, 40)

(25) Die budgetäre Bedeckung von Projekten wäre vor der Ausschreibung sicherzustellen. (TZ 35)

(26) Den Ausschreibungen sollten plausible Planungen zugrunde gelegt werden. (TZ 36)

(27) Die Auswahl und die schriftliche Beauftragung der Auftragnehmer wären vor der Leistungserstellung sicherzustellen. (TZ 37, 39)

(28) Pauschalierte Leistungen sollten qualitativ und quantitativ definiert werden. Die in Rechnung gestellten Leistungen wären inhaltlich und ressourcenmäßig aufzuschlüsseln. Weiters wäre regelmäßig zu kontrollieren, ob das pauschalierte Entgelt im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen angemessen ist. (TZ 38)

(29) Verträge wären im Sinne einer transparenten Verwaltungsführung schriftlich – damit nachvollziehbar – abzuschließen. (TZ 38)

(30) Vergabevorgänge wären ordnungsgemäß zu dokumentieren. (TZ 39)

(31) Die Auftragswerte von Vergaben wären künftig realistisch zu ermitteln. (TZ 39, 40)

(32) Für den **verschränkten Lehrereinsatz** der Bundeslehrer an den NMS wäre als **Übergangslösung** in die jährlichen Stellenplan-Richtlinien der **allgemein bildenden Pflichtschulen** ein zweckgebundener Zuschlag einzuführen. (TZ 47)

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

(33) Die ausbezahlten Supplierstunden des Landes Salzburg für die Schuljahre 2010/2011 und 2011/2012 wären rückzuerstatten. (TZ 50)

(34) Auf den Einsatz einheitlicher Schulverwaltungsprogramme wäre hinzuwirken. (TZ 51)

Landesschulrat für
Salzburg

(35) Vom Einsatz von Landeslehrern mit Sondervertrag an Stelle von Bundeslehrern wäre abzusehen. (TZ 46)

(36) Im Laufe des Schuljahrs 2012/2013 wären der Nutzen der Verrechnungsstellen und ihr Fortbestand kritisch zu hinterfragen. (TZ 51)



Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in Krankenanstalten Vorarlbergs

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____	128
Abkürzungsverzeichnis _____	130
Glossar _____	132

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit

BMG

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung
in Krankenanstalten Vorarlbergs

KURZFASSUNG _____	142
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	151
Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten _____	152
Qualitätsindikatoren in Deutschland und in der Schweiz _____	165
Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten ____	169
Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe _____	208
Sonstige Feststellungen _____	228
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen _____	238

ANHANG

Anhang 1 bis 12 _____	245
-----------------------	-----

Tabellen Abbildungen



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht Strukturqualitätskriterien ÖSG _____	158
Tabelle 2:	Deutsche Qualitätsindikatoren für die Erstimplantation von Hüft-Endoprothesen mit Referenzwerten und Ergebnissen 2010, 2011 _____	166
Tabelle 3:	Festgelegte Mindestmengen in Deutschland für 2013 _____	167
Tabelle 4:	Mortalitätsraten 2009 in Schweizer Krankenhäusern bei Hüft-TEP _____	168
Tabelle 5:	Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung der Hygieneteams (PROHYG 2.0) _____	171
Tabelle 6:	Personal der Abteilung für Krankenhaushygiene ____	173
Tabelle 7:	Personalausstattung des Hygieneteams im KH Dornbirn _____	173
Tabelle 8:	Erfassung von Komplikationen im LKH Bludenz ____	180
Tabelle 9:	Erfassung von Komplikationen im LKH Bregenz ____	181
Tabelle 10:	Erfassung von Komplikationen im LKH Feldkirch ____	182
Tabelle 11:	Erfassung von Komplikationen im LKH Hohenems ____	183
Tabelle 12:	Erfassung von Komplikationen im KH Dornbirn ____	184
Tabelle 13:	Zusammensetzung von Tumorboards in den LKH ____	202
Tabelle 14:	Ausgewählte Eingriffe _____	208
Tabelle 15:	Thyreoidektomien in den LKH Bludenz, Bregenz und Feldkirch sowie im KH Dornbirn 2009 bis 2011 ____	211
Tabelle 16:	Eingriffe am Pankreas in den LKH Bregenz und Feldkirch sowie im KH Dornbirn 2009 bis 2011 ____	212
Tabelle 17:	Dislozierte Tageskliniken für Augen- sowie HNO-Hilfskunde gemäß RSG _____	213

Tabellen Abbildungen

Tabelle 18:	ausgewählte Eingriffe der dislozierten Tageskliniken im LKH Bludenz 2011 _____	215
Tabelle 19:	ausgewählte Eingriffe der dislozierten Tagesklinik im LKH Bregenz 2011 _____	216
Tabelle 20:	ausgewählte Eingriffe der dislozierten Tageskliniken im LKH Hohenems 2011 _____	217
Tabelle 21:	Auszug elektiver Leistungen der Belegärzte im KH Dornbirn 2011 _____	218
Tabelle 22:	Verweildauer im OP-Bereich – 2011 _____	226
Tabelle 23:	Wartezeit zwischen Anästhesiebeginn und erstem Hautschnitt – 2011 _____	227
Abbildung 1:	Obduktionsrate (Obduktionen/alle im KH Verstorbenen) in Vorarlberger Krankenanstalten 2009 bis 2011 _____	234

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
A-IQI	Indikatorenmodell „Austrian Inpatient Quality Indicators“
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz, BGBI. Nr. 1/1930 i.d.g.F.
CIRS	Critical Incident Reporting Systems
CML	chronisch myeloische Leukämie
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
etc.	et cetera
(f/f.	folgende [Seite(n)]
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GP	Gesetzgebungsperiode
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBI. I Nr. 179/2004 i.d.g.F.
HNO	Hals-Nasen-Ohren
Hrsg.	Herausgeber
Hüft-TEP	Hüft-Total-Endoprothese
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IT	Informationstechnologie
KA	Krankenanstalt(en)
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBI. Nr. 1/1957 i.d.g.F.
KH	Krankenhaus(häuser)
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus/-häuser
LKH Bludenz	Landeskrankenhaus Bludenz

Abkürzungen

LKH Bregenz	Landeskrankenhaus Bregenz
LKH Feldkirch	Landeskrankenhaus Feldkirch
LKH Hohenems	Landeskrankenhaus Hohenems
Nr.	Nummer
ÖGC	Österreichische Gesellschaft für Chirurgie
OGH	Oberster Gerichtshof
ÖGHO	Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Onkologie
ONKA	assoziierte onkologische Versorgung
ONKS	Onkologischer Schwerpunkt
ONKZ	Onkologisches Zentrum
OP	Operation(ssaal)
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
SpG	Vorarlberger Gesetz über Krankenanstalten, LGBI. Nr. 54/2005 i.d.g.F.
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Glossar



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)

Autopsie

Obduktion einer Leiche

Benchmarking

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

Cbolezystektomie

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

Dermatologie

Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Abklärung, Behandlung und Betreuung von Patienten mit nichtinfektiösen und infektiösen Erkrankungen der Haut sowie mit gut- und bösartigen Hauttumoren befasst

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

Endoprothesenluxation

Verrenkung (Ausrenkung, Auskugelung) einer implantierten Endoprothese

Endoskop(ie)

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

Gefäßläsion

Schädigung, Verletzung oder Störung eines Blutgefäßes

Hämatologie

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

Glossar



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

Implantatdislokation

Verrutschen eines Implantats

Infektionssurveillance

Infektionsüberwachung

interdisziplinär

verschiedene medizinische Fachrichtungen umfassend

intraoperativ

während einer Operation

Katarakt

Trübung der Augenlinse („Grauer Star“)

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

Leistenhernie

Bruch von Bindegewebe im Bereich der Leisten (Leistenbruch)

Letalität

Sterblichkeit bei einer Erkrankung

maligne Erkrankung

bösartige Erkrankung

Mamma

Brust

Mammographie

spezielle Röntgenuntersuchung der Brust

Mikrobiologie

Lehre von krankheitserregenden Mikroorganismen (Bakterien, Pilze, Protozoen)

Mortalitätsrate

Sterberate

Myokardinfarkt

Herzinfarkt

Glossar



NEC

Nekrotisierende Enterokolitis, eine entzündliche Darmerkrankung

Nephrologie

Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit Nierenerkrankungen befasst

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)

Pädiatrie

Kinder- und Jugendheilkunde

Pankreatektomie

operative Entfernung der Bauchspeicheldrüse

perioperativ

im zeitlichen Umfeld (vor, während, nach) einer Operation

Pneumonie

akute oder chronische Entzündung des Lungengewebes

postoperativ

nach einer Operation

Pulmologie

Lehre von den Erkrankungen der Lunge und der Bronchien; Teilgebiet der Inneren Medizin

Satellitendepartment

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

Sectio Caesarea

Entbindung mittels Kaiserschnitt

Sepsis

komplexe systemische Entzündungsreaktion des Organismus auf eine Infektion

(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

Thoraxchirurgie

Diagnostik, Indikationsstellung, chirurgische Behandlung und Nachsorge von Erkrankungen der sich im Brustkorb befindlichen Organe mit Ausnahme des Herzens und der großen Gefäße

Glossar



Thyreoidektomie

operative Entfernung der Schilddrüse

Tonsillektomie

vollständige chirurgische Entfernung der Gaumenmandeln

Tonsillotomie

chirurgische Teilentfernung der Gaumenmandeln

Tumorboard

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

Tumorentität

Tumor, der für sich genommen eine eigene Einheit bzw. Ganzheit darstellt

Viszeralchirurgie

Bauchchirurgie

Workflow

definierte Abfolge von Aktivitäten in einem Arbeitssystem in einer Organisation (Arbeitsablauf)

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

Zytostatikum

natürliche oder synthetische Substanz, die das Zellwachstum bzw. die Zellteilung hemmt und vor allem im Rahmen der Chemotherapie von Krebserkrankungen eingesetzt wird

**R
H**

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten- behandlung in Krankenanstalten Vorarlbergs

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

Die fünf überprüften Krankenanstalten (Landeskrankenhäuser Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems sowie das Krankenhaus der Stadt Dornbirn) erfassten im eigenen Interesse bestimmte Qualitätsparameter (z.B. Komplikationen). Interne, standardisierte Fehlermeldesysteme waren in allen fünf Krankenanstalten eingerichtet. Die Qualitätsdaten der überprüften Krankenanstalten wurden nicht einheitlich erfasst und waren daher schwer vergleichbar.

Alle fünf Krankenanstalten erbrachten onkologische Therapien, ohne dass dafür nachvollziehbare Festlegungen der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie schriftliche Kooperationsvereinbarungen vorlagen.

In vier überprüften Krankenanstalten wurden Leistungen im Widerspruch zu den im Österreichischen Strukturplan Gesundheit festgelegten Strukturqualitätskriterien erbracht und das Leistungsangebot krankenanstaltsrechtswidrig ausgeweitet.

KURZFASSUNG**Prüfungsziel**

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, in den Landeskrankenhäusern Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems (LKH Bludenz, LKH Bregenz, LKH Feldkirch und LKH Hohenems) sowie im Krankenhaus der Stadt Dornbirn (KH Dornbirn) die Umsetzung der im Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG und in den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften des Bundes und des Landes Vorarlberg 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)

In Vorarlberg ist den Rechtsträgern der Krankenanstalten durch Verordnung die Einhaltung der im ÖSG festgelegten Strukturqualitätskriterien explizit vorgeschrieben. Entgegen dem Vorarlberger Spitalgesetz enthält diese Verordnung allerdings keine Fristen, innerhalb derer die Organisationseinheiten die Strukturqualitätskriterien erfüllen müssen. (TZ 5)

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

In Vorarlberg war die Nichterfüllung der Strukturqualitätskriterien bei der Abgeltung durch den Landesgesundheitsfonds bisher nicht automatisch mit einem Punkteabzug verbunden, obwohl dieselben Strukturqualitätskriterien von der Landesregierung durch Verordnung für verbindlich erklärt worden waren. Laut einem Beschluss der Gesundheitsplattform war ein automatischer Punkteabzug erst ab Oktober 2013 vorgesehen; davon waren allerdings einige Leistungen des Fachbereichs Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ausgenommen. Waren z.B. die Strukturqualitätskriterien für die Erbrin-

**Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung**

gung von Tonsillektomien nicht erfüllt, hatte dies keine finanziellen Konsequenzen. (TZ 7)

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung (KHBG) als Rechtsträgerin der LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems hatte das Hygienemanagement für ihre Krankenanstalten zentral organisiert und am LKH Feldkirch eine eigenständige Abteilung für Krankenhaushygiene eingerichtet; dieser gehörten auch die Hygienefachkräfte der LKH Bludenz, Bregenz und Hohenems an. (TZ 13)

Im KH Dornbirn war jene Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie, von der auch die KHBG-Standorte Bludenz, Bregenz und Hohenems betreut wurden, als Krankenhaushygienikerin tätig. Auch wenn dieses Modell für das Land Vorarlberg einige Vorteile (höhere Expertise, gemeinsame Strategieentwicklung, abgestimmtes Vorgehen etc.) bot, entsprach die tatsächliche Personalausstattung der Hygieneteams in keiner der überprüften Krankenanstalten den Empfehlungen des BMG im Dokument PROHYG 2.0. (TZ 13)

Zu weniger als 50 % erreicht wurden die Empfehlungen bezüglich der Personalressourcen für Hygienefachkräfte im LKH Bregenz (48 %). Dasselbe galt auch bezüglich der Personalressourcen für die Stelle des Krankenhaushygienikers im KH Dornbirn (21 %) sowie in den LKH Bludenz, Bregenz und Hohenems (43 %). (TZ 13)

In allen fünf überprüften Krankenanstalten war eine Infektionssurveillance vorhanden oder bereits in Vorbereitung. Allerdings war eine schrittweise Ausweitung der Infektionserfassung auf zusätzliche Fachbereiche notwendig, um – wie vom Gesetzgeber gefordert – besondere Risikobereiche innerhalb einer Krankenanstalt abdecken zu können. So wurde etwa bisher an keiner der vier Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe eine **systematische Infektionserfassung** vorgenommen; der Fachbereich **Allgemeinchirurgie** war nur am LKH Feldkirch von der Infektionssurveillance umfasst. (TZ 14)

Kurzfassung

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 Vorarlberger Spitalgesetz 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. Dennoch wurden in allen fünf Krankenanstalten bei den überprüften allgemeinchirurgischen Eingriffen histologische Untersuchungen flächendeckend vorgenommen. (TZ 16)

Alle fünf überprüften Krankenanstalten verfügten über interne Fehlermeldesysteme. (TZ 17)

Die vier LKH verwendeten unterschiedliche OP-Checklisten; diese entsprachen nur teilweise den Empfehlungen des WHO. Das KH Dornbirn hatte die WHO-Checkliste im OP-Statut verankert. Es verfügte über zwei Checklisten; einige Punkte der WHO-Empfehlung wurden dabei den Angaben des KH Dornbirn zufolge mit Freitextfeldern umgesetzt. (TZ 19)

Alle fünf überprüften Krankenanstalten erbrachten onkologische Therapien, ohne dass dafür nachvollziehbare Festlegungen der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten vorlagen. Insbesondere aus Gründen der Behandlungssicherheit, aber auch zur Optimierung von Arbeits- und Prozessabläufen in der gesamten Behandlungskette, erachtete der RH solche Festlegungen für die onkologische Versorgung in Vorarlberg unter Einhaltung der im ÖSG definierten Qualitätskriterien für unabdingbar. (TZ 20)

Das LKH Feldkirch war ein Onkologischer Schwerpunkt, die anderen LKH und das KH Dornbirn waren im Regionalen Strukturplan Gesundheit jeweils als assoziierte onkologische Versorgung ausgewiesen. Die überprüften Krankenhäuser hatten jedoch keine schriftlichen Kooperationsvereinbarungen mit Onkologischen Zentren bzw. Schwerpunkten abgeschlossen, obwohl diese im Interesse der Sicherstellung der Patientenbehandlungsqualität unerlässlich sind. (TZ 21)

Der ÖSG sah Tumorboards explizit in Onkologischen Schwerpunkten und Zentren vor, nicht jedoch in Krankenanstalten mit einer assoziierten onkologischen Versorgung. Dennoch bestanden in allen fünf überprüften Krankenanstalten Tumorboards. Das Handbuch Tumor-

**Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung**

board der KHBG regelte u.a. die im ÖSG festgelegte institutionalisierte Zusammenarbeit mit dem Tumorboard eines Onkologischen Schwerpunkts und/oder Zentrums nicht. (TZ 22)

In den Verfahrensanweisungen für das Tumorboard des KH Dornbirn aus 2008 fehlte diese Festlegung ebenso, wie bspw. die Bestimmung des Teilnehmerkreises, die Verpflichtung, jede Person mit einer malignen Neuerkrankung im Tumorboard anzumelden sowie eine entsprechende Regelung der Dokumentationspflichten. (TZ 22)

Weder die LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems noch das KH Dornbirn hielten die Vorgaben des ÖSG über die Zusammensetzung des Tumorboards durchgängig ein. (TZ 23)

Hinsichtlich des im Tumorboard zu behandelnden Patientenkreises stand die im Handbuch Tumorboard der KHBG festgelegte bzw. die in den LKH tatsächlich gelebte Vorgangsweise und die vom KH Dornbirn festgelegte Ausnahme in einem Spannungsverhältnis zum Wortlaut des ÖSG, wonach „... jede Person mit einer malignen Neuerkrankung im Tumorboard anzumelden war ...“. Das Handbuch der KHBG sah eine Anmeldung im Tumorboard nämlich nur dann vor, wenn die maligne Neuerkrankung nicht den Kriterien eines bestimmten Workflows entsprach. Im KH Dornbirn wurden bestimmte bösartige Hauterkrankungen nicht im Tumorboard behandelt. (TZ 24)

Die Dokumentation der Tumorboards war zumindest teilweise nicht geeignet, das ÖSG-gemäße Zustandekommen der Tumorboardbeschlüsse nachzuweisen. (TZ 25)

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 26, 27)

Die Zahl der Thyreoidektomien (totale oder teilweise Entfernung der Schilddrüse) lag in den LKH Bludenz und Bregenz sowie im KH Dornbirn im mehrjährigen Durchschnitt deutlich unter den im ÖSG enthaltenen Mindestfrequenzen. (TZ 27)

Kurzfassung

**Thyreoidektomien in den LKH Bludenz, Bregenz und Feldkirch sowie im KH Dornbirn
2009 bis 2011**

	2009	2010	2011	Durchschnitt 2009 bis 2011	Mindest- frequenz ¹	erreicht zu
	Anzahl					in %
LKH Bludenz	8	2	3	4,3	30	14,3
LKH Bregenz	6	2	5	4,3	30	14,3
LKH Feldkirch	146	166	109	140,3	30	467,7
KH Dornbirn	14	9	8	10,3	30	34,3

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: LKH Bludenz; LKH Bregenz; LKH Feldkirch; KH Dornbirn; RH

Im LKH Bregenz und im KH Dornbirn wurden die Mindestfrequenzen des ÖSG hinsichtlich der Eingriffe am Pankreas (Bauchspeicheldrüse) im mehrjährigen Durchschnitt nur zu 33 % bzw. rd. 13 % erreicht. (TZ 27)

**Eingriffe am Pankreas in den LKH Bregenz und Feldkirch sowie im KH Dornbirn
2009 bis 2011**

	2009	2010	2011	Durchschnitt 2009 bis 2011	Mindest- frequenz ¹	erreicht zu
	Anzahl					in %
LKH Bregenz	3	3	4	3,3	10	33,0
LKH Feldkirch	15	13	8	12	10	120,0
KH Dornbirn	2	2	–	1,3	10	13,0

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: LKH Bregenz; LKH Feldkirch; KH Dornbirn; RH

Die vier LKH sowie das KH Dornbirn hatten die Möglichkeit, von der Abteilung für Pathologie im LKH Feldkirch intraoperativ histopathologische Befunde per Proben transport anzufordern. Dadurch war die in den ÖSG-Strukturqualitätskriterien für bestimmte Leistungen geforderte Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts bzw. einer telepathologischen Versorgung durch eine andere Krankenanstalt in den überprüften Krankenanstalten erfüllt. (TZ 27)

**Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung**

In den LKH Bludenz und Hohenems sowie im KH Dornbirn wurden Katarakt-Operationen im Rahmen der interdisziplinären Tagesklinik durchgeführt, ohne dass die im ÖSG geforderte Anbindung an eine entsprechende Fachabteilung in einer anderen Krankenanstalt (als Kooperationspartner oder als Mutterabteilung) gegeben war. Der Eingriff erfolgte im LKH Hohenems bei rd. 2 %, im LKH Bludenz bei rd. 8 % und im KH Dornbirn bei 14,5 % der behandelten Patienten nicht tageschirurgisch, sondern war mit einem stationären Aufenthalt verbunden. (TZ 28)

Des Weiteren wurden sowohl in den LKH Bludenz und Bregenz als auch im KH Dornbirn Leistungen der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde im Rahmen der dort eingerichteten interdisziplinären Tageskliniken ohne Anbindung an eine entsprechende Fachabteilung in einer anderen Krankenanstalt (als Kooperationspartner oder als Mutterabteilung) erbracht. Darüber hinaus beschränkte sich die Leistungserbringung weder auf tageschirurgisch durchgeführte noch im Rahmen einer dislozierten Tagesklinik erbringbare Eingriffe. Ein Großteil der Eingriffe war mit einem mehrtägigen stationären Aufenthalt verbunden. Für die an allen drei Krankenanstalten durchgeführten Tonsillektomien (Entfernung der Gaumenmandeln) und operativen Stillungen von Nachblutungen wäre laut ÖSG-Leistungsmatrix 2013 als Mindestversorgungsstruktur ein Fachschwerpunkt erforderlich. Hintergrund war die Häufung von Todesfällen nach Mandeloperationen bei Kindern aufgrund von Nachblutungen, die in Österreich in der Vergangenheit aufgetreten war. (TZ 28)

Ebenfalls nicht auf tageschirurgische Eingriffe beschränkt war das Leistungsangebot in der dislozierten Tagesklinik für Chirurgie im LKH Hohenems; hier wurden auch Cholezystektomien (Entfernung der Gallenblase) und Appendektomien (Entfernung des Blinddarms) vorgenommen, die laut Leistungsmatrix in einer Fachabteilung zu erbringen wären. (TZ 28)

Diese Leistungen verletzten die im ÖSG festgelegten Strukturqualitätskriterien und weiteten das Leistungsangebot krankenanstaltenrechtswidrig aus. Gerade die im Rahmen der dislozierten Tageskliniken erbrachten stationären Leistungen der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde waren jedoch von einem Punkteabzug bei der Abgeltung durch den Landesgesundheitsfonds ausgenommen. (TZ 28)

Das LKH Bludenz und das KH Dornbirn verfügten über jeweils ein Department für Unfallchirurgie. Die Anbindung der Departments für Unfallchirurgie an die jeweilige Mutterabteilung (LKH Bludenz: Abteilung für Unfallchirurgie am LKH Feldkirch, KH Dorn-

Kurzfassung

birn: Abteilung für Unfallchirurgie des LKH Bregenz) war mangelhaft. Die für die Qualitätssicherung relevanten Punkte waren nicht in nachvollziehbarer Form geregelt. Somit war auch nicht sichergestellt, dass in der reduzierten Organisationsform nach denselben Qualitätsmaßstäben gearbeitet wurde wie in der Fachabteilung. Für die spätestens bis Ende 2015 vorzunehmende Umwandlung in ein Satellitendepartment bestand noch Handlungsbedarf. (TZ 29)

Die Verweildauern im OP-Bereich (Zeitraum zwischen Ein- und Ausschleusen abzüglich Schnitt-, Nahtzeiten) bewegten sich in einer unauffälligen Bandbreite. Ihre Größenordnung entsprach im Übrigen den Verweildauern der vom RH im Rahmen von vorangegangenen Gebarungsüberprüfungen betrachteten Krankenanstalten im Land Salzburg (Reihe Bund 2012/12 und Reihe Salzburg 2012/9 bzw. Reihe Bund 2013/3 und Reihe Salzburg 2013/1). Bei den Wartezeiten im OP zwischen der Einleitung der Narkose und erstem Hautschnitt wiesen die überprüften Krankenhäuser beim Medianwert der Wartezeit beinahe idente Ergebnisse auf. (TZ 30, 31)

Sonstige Feststellungen

Die Aktivitäten der gesetzlich vorgesehenen Qualitätssicherungskommissionen waren in den vier überprüften LKH sehr unterschiedlich. Die Vorgaben des Handbuchs Qualitätssicherungskommission der KHBG wurden teilweise nicht umgesetzt. In der engagierten Qualitätssicherungskommission des KH Dornbirn fehlte ein Vertreter der Stadtgemeinde Dornbirn als Rechtsträgerin, obwohl dies gesetzlich vorgesehen war. (TZ 32)

Alle überprüften Krankenanstalten führten kontinuierliche Patientenbefragungen durch. Insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Vergleichbarkeit waren die Verfahrensanweisungen der KHBG für die Patientenbefragungen zu wenig konkret. Der Fragebogen des KH Dornbirn bestand im Wesentlichen aus Freitextfeldern und war als Instrument zur Verbesserung der Patientenbehandlungsqualität wenig zweckmäßig. (TZ 33)

Während die gerichtlichen Obduktionsraten in Vorarlberg und Österreich nahezu konstant blieben, sank die Anzahl der klinischen Obduktionen seit 2004 in Österreich bzw. in Vorarlberg merklich. (TZ 34)

**Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung**

Die Vorgehensweise bei der Entscheidung zur Obduktion war in allen überprüften Krankenhäusern grundsätzlich ähnlich. Trotzdem waren die klinischen Obduktionsraten (Anzahl der durchgeführten Obduktionen im Verhältnis zur Anzahl der im Krankenhaus Verstorbenen) in den überprüften Krankenanstalten teilweise sehr unterschiedlich und reichten von 5,5 % (LKH Hohenems 2010) bis 76,7 % (LKH Feldkirch 2009). Eine schriftliche Regelung, wer eine klinische Obduktion anordnen konnte, gab es in den überprüften Krankenanstalten nicht; ebenso wenig war – abgesehen von der allgemeinen Regelung im Vorarlberger Leichen- und Bestattungsgesetz – festgelegt, unter welchen Voraussetzungen eine Obduktion anzuordnen war. (TZ 34)

Autopsiebesprechungen, bei denen die Pathologen einige Obduktionen mit den Ärzten noch einmal besprachen und allfällige Besonderheiten aufzeigten, gab es nur im KH Dornbirn. (TZ 34)

Kenndaten zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in Krankenanstalten Vorarlbergs

Krankenanstalten	Landeskrankenhaus Bludenz (LKH Bludenz), Landeskrankenhaus Bregenz (LKH Bregenz), Landeskrankenhaus Feldkirch (LKH Feldkirch), Landeskrankenhaus Hohenems (LKH Hohenems), Krankenhaus Dornbirn (KH Dornbirn)				
Rechtsträger	Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung; Stadtgemeinde Dornbirn				
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, BGBl. 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	Vorarlberger Gesetz über Krankenanstalten (Spitalgesetz), LGBl. Nr. 54/2005 i.d.g.F.				
Rechtsgrundlagen bezüglich Qualität	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBl. I Nr. 179/2004 Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBl. I Nr. 132/2006 i.d.g.F.				
Leistungsdaten 2011	LKH Bludenz	LKH Bregenz	LKH Feldkirch	LKH Hohenems	KH Dornbirn
			Anzahl		
tatsächliche Betten	146	275	606	130	284
stationäre Aufenthalte	11.058	18.318	38.026	11.299	19.450
Frequenzen ambulanter Patienten	60.990	134.392	256.412	87.742	129.427
			in %		
Auslastung nach Belagstagen	70,30	73,36	72,67	74,93	67,72
			Anzahl		
durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	3,39	4,02	4,22	3,14	3,60
Personal in VZÄ	306,01	538,27	1.386,07	289,63	588,36
			in Mio. EUR		
Endkosten	31,50	59,67	155,08	26,52	55,01
			Anzahl in Mio.		
LKF-Punkte	19,96	40,74	103,24	18,75	41,59
			in EUR		
Kosten je LKF-Punkt	1,59	1,46	1,50	1,41	1,32

Quellen: LKH Bludenz; LKH Bregenz; LKH Feldkirch; LKH Hohenems; KH Dornbirn; DIAG



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung

Prüfungsablauf und -gegenstand

- 1 Der RH überprüfte im Oktober 2012 und im Jänner 2013 im Rahmen einer Querschnittsüberprüfung Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Patientenbehandlung in den Landeskrankenhäusern Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems (LKH Bludenz, LKH Bregenz, LKH Feldkirch und LKH Hohenems)¹ sowie im Krankenhaus der Stadt Dornbirn (KH Dornbirn).

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, in den fünf genannten Krankenanstalten die Umsetzung der im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) und in den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) sowie in den entsprechenden Landesausführungsgesetzen – konkret im Vorarlberger Spitalgesetz (SpG) – 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 wurden bereits in zwei vorangegangenen Gebarungsüberprüfungen betreffend das Bundesland Salzburg behandelt. Daher entsprechen die grundsätzlichen Ausführungen und die diesbezüglich an das BMG gerichteten Schlussempfehlungen im Wesentlichen jenen in den RH-Berichten Reihe Bund 2012/12 und Reihe Salzburg 2012/9 bzw. Reihe Bund 2013/3 und Reihe Salzburg 2013/1.

Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2009 bis 2011.

Zu dem im Juli 2013 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Land Vorarlberg und die Stadtgemeinde Dornbirn im September 2013 sowie das BMG im Oktober 2013 Stellung. Die im Eigentum des Landes Vorarlberg stehende Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung (KHBG) gab keine gesonderte Stellungnahme ab. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Dezember 2013.

¹ Rechtsträgerin der vier genannten LKH war die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung (KHBG).

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

Allgemeines

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

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

- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F. (KAKuG),
- Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. Nr. 179/2004 (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG),
- Vorarlberger Gesetz über Krankenanstalten, LGBl. Nr. 54/2005 i.d.g.F. (Spitalgesetz – SpG) sowie
- Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG).

Gesundheitsqualitäts- gesetz

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 von Bundesqualitätsleitlinien im Sinne einer Hilfestellung zu empfehlen (§ 4 GQG).³

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

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

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

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

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

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 und in der Sache zielführend herausgestellt. So sei insbesondere zu beachten, dass die Unterschiede hinsichtlich der historisch gewachsenen Strukturen und bei den darauf aufbauenden Versorgungsprozessen teilweise sehr groß seien und durchaus ihre Berechtigung haben könnten.*

Weiters hätten sich die Länder in der bislang geltenden Art. 15a-Verordnung 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...

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

erung-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 – mit entsprechender Verknüpfung mit der Finanzierung – sehr gut bewährt hätten.

- 3.4 Der RH entgegnete unter Verweis auf die **gesetzlichen** Materialien⁴, 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 zukünftigen Zielsteuerung-Gesundheit bundesweit einheitliche Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität sicherstellen zu wollen, positiv. Derartige Vorgaben standen im Übrigen, wie die im ÖSG enthaltenen Qualitätsstandards bewiesen, einer individuellen Behandlung und Patientenorientierung nicht entgegen.

Bundesinstitut für
Qualität im Gesund-
heitswesen

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

⁴ Erläuterungen zur Regierungsvorlage 693 der Beilagen XXII. GP, S. 27 f.

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

- das „Disease Management Programm für Diabetes mellitus Typ 2“⁵,
- 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 Bundesinstitut 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 Lungenkrankheit (Raucherlunge) befanden sich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in Planung.

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

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

- 4.2 Der RH bemängelte, dass seit dem Inkrafttreten des 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 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 Ergeb-

⁵ Programm zur Behandlung von Zuckerkrankheiten Typ 2

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

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

nisse zugunsten einer einheitlichen österreichweiten Qualitätsberichterstattung zu nutzen.

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.*

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

Vorgaben im
Krankenanstalten-
recht

5.1 (1) Im Bereich „Heil- und Pflegeanstalten“ (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) liegt die Grundsatzgesetzgebung beim Bund; die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung kommt den Ländern zu. Demnach waren für die Qualitätssicherung in den LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems sowie im KH Dornbirn sowohl das KAKuG als auch das SpG einschlägig.

Die KAKuG-Novelle 1993⁷ schuf im Krankenanstaltenrecht erstmals spezifische Regelungen⁸ 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?);

⁷ BGBl. Nr. 801/1993

⁸ § 5b KAKuG

- 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) Laut § 31 SpG sind die Rechtsträger von Krankenanstalten in Vorarlberg verpflichtet, betriebsinterne 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. Für die Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die kollegiale Führung der jeweiligen Krankenanstalt verantwortlich.

Darüber hinaus haben die Rechtsträger von Krankenanstalten an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und müssen zu diesem Zweck die nach dem GQG erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem zuständigen Bundesministerium zur Verfügung stellen.

(3) Im Interesse einer einheitlichen Qualitätssicherung für verschiedene Organisationseinheiten privater oder öffentlicher Krankenanstalten kann die Vorarlberger Landesregierung gemäß § 102 SpG Strukturqualitätskriterien anordnen; durch Verordnung⁹ ist den Rechtsträgern die Einhaltung der im ÖSG festgelegten Strukturqualitätskriterien vorgeschrieben. Entgegen § 102 Abs. 3 SpG enthält diese Verordnung allerdings keine Fristen, innerhalb derer die Organisationseinheiten die Strukturqualitätskriterien erfüllen müssen.

5.2 Der RH beurteilte positiv, dass in Vorarlberg den Rechtsträgern die Einhaltung der im ÖSG festgelegten Strukturqualitätskriterien durch Verordnung explizit vorgeschrieben wurde. Da aber insbesondere Strukturveränderungen Zeit benötigen, hielt er es für zweckmäßig, auch einen entsprechenden zeitlichen Rahmen vorzugeben. Der RH empfahl daher dem Land Vorarlberg, – wie im SpG vorgesehen – angemessene Fristen einzuräumen, innerhalb derer eine Einhaltung der Strukturqualitätskriterien gewährleistet sein muss.

5.3 *Laut Stellungnahme des Landes Vorarlberg sollte die Festsetzung von angemessenen Fristen, innerhalb derer die Strukturqualitätskriterien von den Krankenanstalten einzuhalten sind, bundesweit abgestimmt*

⁹ Amtsblatt für das Land Vorarlberg vom 15. März 2008, Jahrgang 63/Nr. 11

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

erfolgen. Aufgrund der bis zum Zeitpunkt der Erlassung der KAKuG-Novelle 2011 unklaren Rechtsqualität des ÖSG und der darin enthaltenen Strukturqualitätskriterien¹⁰ sei die Frage der Fristsetzung auf Bundesebene nicht prioritär diskutiert worden.

5.4 Der RH wies neuerlich darauf hin, dass die Landesregierung – unabhängig von einer eventuellen Fristsetzung auf Bundesebene – aufgrund der Regelung des § 102 Abs. 3 SpG jedenfalls dazu verpflichtet war, in einer Verordnung über Strukturqualitätskriterien auch angemessene Fristen für deren Umsetzung festzulegen.

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

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

Quellen: ÖSG; RH

¹⁰ vgl. dazu Cypionka u.a. „Die Novelle des KAKuG und ihre Bedeutung für die Schnittstelle“, Health System Watch, II/2012, 4 f.

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.“

(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 Satellitendepartements^{1,2} an anderen Standorten fungieren kann.

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

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

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

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

^{1,2} dezentrale, kleine Versorgungseinheiten an anderen Krankenanstalten (KA)-Standorten im organisatorischen Verbund mit der Mutterabteilung einer zumeist größeren KA

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

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.¹⁴

Darüber hinaus wurde mit einer Novelle des KAKuG¹⁵ 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. Insofern sind sie von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze¹⁶ und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen.

Eine medizinische Leistung ist daher grundsätzlich¹⁷ nur dann als „nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich erbracht“¹⁸ zu qualifizieren, wenn in der betreffenden Krankenanstalt die Qualitätskriterien des ÖSG eingehalten werden.

In Vorarlberg wurden die im ÖSG festgelegten Strukturqualitätskriterien – wie bereits erwähnt – durch Verordnung der Landesregierung für verbindlich erklärt (siehe TZ 5).

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

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

¹⁴ In den Ländern waren dazu die Landesgesundheitsplattformen zuständig.

¹⁵ BGBl. I Nr. 147/2011

¹⁶ Landesregierung bzw. Landeshauptmann und Bezirksverwaltungsbehörden

¹⁷ 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.

¹⁸ vgl. § 8 Abs. 2 KAKuG

tung der qualitativen Inhalte des ÖSG und der regionalen Detailplanungen, insbesondere des RSG, zu binden.

(3) In Vorarlberg war die Nichterfüllung der Strukturqualitätskriterien laut einem Beschluss der Gesundheitsplattform erst ab dem 1. Oktober 2013 automatisch mit einem Punkteabzug verbunden; davon waren allerdings einige Leistungen des Fachbereichs Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ausgenommen. Waren z.B. die Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Tonsillektomien nicht erfüllt, hatte dies keine finanziellen Konsequenzen.

- 7.2 Der RH vermerkte kritisch, dass die Nichterfüllung der Strukturqualitätskriterien bei der Abgeltung durch den Landesgesundheitsfonds bisher nicht automatisch mit einem Punkteabzug verbunden war. Dies stand aus Sicht des RH in Widerspruch dazu, dass dieselben Strukturqualitätskriterien von der Landesregierung durch Verordnung für verbindlich erklärt worden waren.

Der RH wertete positiv, dass den Fondskrankenanstalten die Erbringung von Leistungen ab 1. Oktober 2013 grundsätzlich nicht mehr voll vergütet werden soll, sofern die dafür in der Leistungsmatrix vorgesehenen Strukturqualitätskriterien nicht erfüllt sind.

Er kritisierte allerdings, dass es – vor allem für Leistungen der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde – nach wie vor Ausnahmen gab. Der RH empfahl dem Land Vorarlberg daher, die Finanzierungsregelung in Zukunft ausnahmslos anzuwenden und den damit verbundenen Punkteabzug sukzessive zu erhöhen, um die Abrechenbarkeit von Leistungen im Rahmen des Landesgesundheitsfonds der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Art. 4 Abs. 8) entsprechend zu gestalten.

- 7.3 *Das Land Vorarlberg führte in seiner Stellungnahme aus, dass mit der Verordnung der Vorarlberger Landesregierung inhaltlich im Wesentlichen das vorweg genommen worden sei, was der Bundesgesetzgeber mit der KAKuG-Novelle 2011 feststellte, nämlich, dass der ÖSG „als objektiviertes Sachverständigengutachten“ anzusehen sei und ihm insoweit seitens der Krankenanstalten Beachtung geschenkt werden müsse. Die durch die Verordnung verbindlich erklärten Strukturqualitätskriterien seien insoweit als Maßstab heranzuziehen, als sie als Stand der Wissenschaft anzusehen sind. Im Einzelfall bestehe sowohl für Behörden als auch für Krankenanstaltenträger die Möglichkeit, davon abzuweichen, wenn die Qualitätskriterien des ÖSG veraltet, praktisch unanwendbar geworden oder durch andere Maßnahmen nachweisbar gleichwertige Ergebnisse erzielbar seien. Trotz der Verbindlicherklärung*

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

mittels Verordnung würden die Strukturqualitätskriterien des ÖSG für Vorarlberg keine über die Anordnungen des KAKuG hinausgehenden Wirkungen entfalten.

Entgegen der Auffassung des RH könnten daher allfällige Verstöße gegen den ÖSG und die darin enthaltenen Strukturqualitätskriterien niemals als (krankenanstalts)rechtswidrig beurteilt werden. Die Schlussfolgerungen des RH, dass medizinische Leistungen nur dann als „nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft“ erbracht gelten, wenn sämtliche Qualitätskriterien des ÖSG eins zu eins umgesetzt werden, entspreche nicht den Intentionen des ÖSG.

Weiters sei die Kritik des RH, dass die Nichterfüllung von Strukturqualitätskriterien bei der Abgeltung durch den Landesgesundheitsfonds bisher nicht automatisch mit einem Punkteabzug verbunden gewesen sei, aus Sicht des Landes Vorarlberg nicht nachvollziehbar. Ein Punkteabzug wäre mit den Regelungen des § 94 ff. SpG und § 14 Landesgesundheitsfondsgesetz sowie den darauf basierenden LKF-Richtlinien – bis zur Erlassung des Beschlusses der Gesundheitsplattform vom April 2013 – nicht vereinbar gewesen. Auch klare bundesgesetzliche Vorgaben über verpflichtende Punkteabzüge hätten bis vor Kurzem gefehlt.

Bezüglich der weiteren Kritik des RH, dass es vor allem für Leistungen der HNO „nach wie vor Ausnahmen“ gebe, verwies das Land Vorarlberg auf die Regelungen der Art. 15a B-VG – Vereinbarung sowie des § 3 Abs. 3 GQG, wonach lediglich bei Nichteinhaltung von „essentiellen“ Qualitätsstandards ein Punkteabzug vorzunehmen sei. Ob die vorgenommenen Ausnahmen solche seien, die von „essentiellen“ Qualitätsstandards abwichen, werde diskutiert werden müssen. Das BMG habe diesen Ausnahmen in der Sitzung der Gesundheitsplattform im April 2013 zugestimmt; im Zuge der A-IQI-Auswertung seien bei den erwähnten Ausnahmen (Tonsillektomie) keine negativen Auffälligkeiten in den Vorarlberger Krankenhäusern sichtbar geworden. Nichtsdestotrotz werde im Rahmen des Landesgesundheitsfonds dafür gesorgt werden, dass die Ausnahmen in den Folgejahren sukzessive entfallen.

Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Dornbirn würde der sofortige, generelle und automatische Punkteabzug bei Nichterfüllung der Strukturqualitätskriterien die wirtschaftliche Situation der Häuser einnähmenseitig massiv belasten. Ein derartiges Malussystem könne daher erst nach einer angemessenen langen Übergangsfrist eingesetzt werden. Darüber hinaus sei auch der Schutzzweck der jeweiligen Qualitätssi-

cherungsmaßnahme kritisch zu hinterfragen und mit der Sanktion in ein angemessenes Verhältnis zu bringen.

- 7.4 Bezüglich der Verbindlichkeit der Strukturqualitätskriterien entgegnete der RH dem Land Vorarlberg, dass die Möglichkeit, im Einzelfall von einer Ausnahmeregelung Gebrauch zu machen und von den Kriterien abzuweichen, nichts an ihrer grundsätzlichen Verbindlichkeit ändert. Deshalb wies der RH auf Leistungen hin, bei denen keine Übereinstimmung mit den Strukturqualitätskriterien gegeben war; er qualifizierte diese aber nicht pauschal als krankenanstaltenrechtswidrig, sondern zeigte anhand eines konkreten Falles (dislozierte Tageskliniken, TZ 28) die Rechtswidrigkeit der Ausweitung des Leistungsangebots auf.

Hinsichtlich der durch Verordnung vorgenommenen normativen Anordnung der Strukturqualitätskriterien für die Krankenanstalten verwies der RH auf seine positive Beurteilung unter TZ 5.

Der Stadtgemeinde Dornbirn pflichtete der RH insofern bei, als auch er es für zweckmäßig hielt, einen entsprechenden zeitlichen Rahmen vorzugeben, weil insbesondere größere Strukturveränderungen Zeit benötigen. Der RH hatte deshalb dem Land Vorarlberg in TZ 5 empfohlen, angemessene Fristen einzuräumen, innerhalb derer eine Einhaltung der Strukturqualitätskriterien gewährleistet sein muss.

Sowohl gegenüber dem Land Vorarlberg als auch der Stadtgemeinde Dornbirn stellte der RH klar, dass sich seine Kritik auf die widersprüchliche Anreizwirkung eines Systems bezog, welches einerseits bestimmte Qualitätskriterien normativ anordnet und andererseits bei Leistungen, die diesen Kriterien nicht entsprechen, keinen automatischen Punktabzug vornimmt und diese Leistungen in vollem Umfang abgilt.

Bezüglich der Ausnahmen für die Leistungen der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde hielt der RH gegenüber dem Land Vorarlberg fest, dass die Materialien zum Gesundheitsreformgesetz 2013¹⁹, mit dem der Abs. 3 in den § 3 GQG aufgenommen wurde, als essentielle Qualitätsstandards jene Standards definieren, die maßgeblich für die Patientensicherheit

¹⁹ Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz, das Heeresversorgungsgesetz, das Kriegsofferversorgungsgesetz 1957, das Familienlastenausgleichsgesetz 1967, das Gesundheitsqualitätsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Gesundheitsreformgesetz 2013), BGBl. I Nr. 81/2013

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

oder den Behandlungserfolg sind. So liegt laut den erläuternden Bemerkungen eine Nichteinhaltung von essentiellen Qualitätsstandards z.B. dann vor, wenn die für die Erbringung einer bestimmten Leistung vorgeschriebenen Strukturen nicht vorhanden sind und sich daraus ein Patientensicherheitsrisiko oder die Gefahr eines nachteiligen Behandlungserfolgs ergibt.²⁰ Für die von der Ausnahmeregelung umfasste Tonsillektomie war bspw. laut ÖSG-Leistungsmatrix 2013 eine stationäre Versorgungsstruktur (zumindest ein Fachschwerpunkt) erforderlich, weil laut einer Empfehlung der zuständigen Fachgesellschaften bei dieser Leistung eine stationäre Betreuung für mindestens zwei bis drei Tage medizinisch geboten war. Aus Sicht des RH waren die Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Tonsillektomien daher als essentielle Qualitätsstandards zu sehen, deren Nichteinhaltung aufgrund der Ausnahmeregelung aber keine finanziellen Konsequenzen hatte. Er hielt seine Kritik daher aufrecht.

Ausdrücklich positiv beurteilte der RH aber die Absicht des Landes, für einen zukünftigen sukzessiven Entfall der Ausnahmen zu sorgen.

Indikatorenmodell

- 8.1** (1) Im Rahmen eines von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Projekts wurde allen österreichischen Krankenanstalten das Indikatorenmodell „Austrian Inpatient Quality Indicators“ (A-IQI) zur Verfügung gestellt.²¹ Dieses Modell greift auf Daten zurück, die über das LKF-System routinemäßig in jeder Krankenanstalt erfasst werden und dem BMG verpflichtend zu melden sind, weshalb kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand anfällt. Als Schwerpunktindikatoren werden vorerst Auswertungen für die Krankheitsbilder Herzinfarkt, Lungenentzündung und Oberschenkelhalsbruch durchgeführt.

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

- 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

²⁰ Erläuternde Bemerkungen zur Regierungsvorlage 2243 der Beilagen XXIV. GP, Art. 13 Z 8 (§ 3 Abs. 3 GQG), S. 31 f.

²¹ Dieses Indikatorenmodell wurde von der NÖ Landeskliniken-Holding in Zusammenarbeit mit einem deutschen Klinikenträger (Helios-Gruppe) und dem Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) entwickelt.



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung

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 verwies in seiner Stellungnahme auf die Festlegung der Bundesgesundheitskommission im Jahr 2011, wonach ab November 2013 Berichte über die Ergebnisqualität veröffentlicht werden würden.*

Qualitätsindikatoren in Deutschland und in der Schweiz

Deutschland

- 9 (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 hierbei 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.

Die folgende Tabelle veranschaulicht am Beispiel eines konkreten Eingriffs (Erstimplantation der Hüft-Total-Endoprothesen, in der Folge Hüft-TEP genannt) die deutschen Qualitätsindikatoren:

Qualitätsindikatoren in Deutschland und in der Schweiz

Tabelle 2: Deutsche Qualitätsindikatoren für die Erstimplantation von Hüft-Endoprothesen mit Referenzwerten und Ergebnissen 2010, 2011

Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Ergebnis 2010	Ergebnis 2011
		in %	
Indikation fraglich	≥ 90,0	92,8	93,6
perioperative Antibiotikaprophylaxe	≥ 95,0	99,5	99,7
postoperative Beweglichkeit			
nach der Neutral-Null-Methode gemessen	≥ 95,0	95,8	96,6
von mindestens 0/0/70	≥ 95,0	98,3	98,3
Gehfähigkeit bei Entlassung (Patient mit OP-bedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung)	≤ 1,7	0,3	0,2
Gefäßläsion oder Nervenschaden	≤ 2,0	0,3	0,3
Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur	≤ 2,0	0,9	0,9
Endoprothesenluxation	≤ 5,0	0,3	0,3
postoperative Wundinfektion	≤ 3,0	0,5	0,5
Wundhämatome/Nachblutungen	≤ 8,0	1,1	1,1
allgemeine postoperative Komplikationen	≤ 4,0	1,0	1,0
Reoperationen wegen Komplikation	≤ 9,0	1,6	1,6
Letalität	Sentinel Event ¹	0,2	0,2

¹ seltenes schwerwiegendes Ereignis

Quelle: Qualitätsreport 2010, 2011 vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen

(2) Ausgehend von Studien, wonach bei ausgewählten Eingriffen²² 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 vorgeschriebenen Mindestmengen zog für die deutschen Krankenanstalten finanzielle Konsequenzen nach sich.

Bisher wurden in Deutschland für folgende Behandlungen Mindestmengen festgelegt:

²² z.B. Bauchspeicheldrüse, Kniegelenk, PTCA (Eingriff am Herz), akuter Myokardinfarkt, Organtransplantation



Qualitätsindikatoren in Deutschland
und in der Schweiz



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

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 G-BA 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.

Schweiz

10 (1) Anders als Deutschland, das mit den beschriebenen Qualitätsindikatoren zusätzliche Datenerhebungen vorsah, ging die Schweiz den Weg des Indikatoren-Konzepts aus Routinedaten²³, analog dem von einem deutschen Klinikenträger²⁴ entwickelten Verfahren. Dieses findet auch in Österreich Anwendung (A-IQI, siehe TZ 8).

In der Schweiz sind die Leistungserbringer gesetzlich verpflichtet, dem Bund Daten zur medizinischen Qualitätssicherung zur Verfügung zu stellen, die dann publiziert werden.

Dies ermöglichte der Schweiz einen Vergleich mit den im Internet publizierten Mortalitäts- und Fallzahlen der führenden Kliniken Deutschlands. Für die Analyse der Indikatoren nach ausgewählten Diagnosen wurde auf bereits vorhandene Routinedaten des Bundesamtes für Sta-

²³ Studien aus den USA haben gezeigt, dass sich für die Qualitätsanalyse Routinedaten mindestens so gut eignen wie speziell erhobene klinische Daten; vgl. Charlyn Black, Noralou Roos. Administrative data: baby or bathwater? MedCare 1998 Jan;36(1):3-5. mwN

²⁴ HELIOS-Gruppe

Qualitätsindikatoren in Deutschland und in der Schweiz

tistik zurückgegriffen. Mit den CH-IQI sollte auf eine gesamtschweizerisch einheitliche Art und Weise ein systematischer Vergleich der Ergebnisqualität der Akutspitäler ermöglicht werden.

(2) Die Qualitätsindikatoren waren Mortalitätsraten und Fallzahlen ausgewählter Krankheitsgruppen, welche die akutmedizinische Versorgung zu einem wesentlichen Teil abdecken. Ergänzend zu den Mortalitätsraten gaben Fallzahlen Auskunft über die Häufigkeit der vorgenommenen Eingriffe und Behandlungen; bei einzelnen Eingriffen wurden überdies wichtige Merkmale, wie etwa der Anteil an laparoskopischen Eingriffen, als Beobachtungs- und Vergleichsparameter herangezogen.

Die folgende Tabelle zeigt die Mortalitätsraten in Schweizer Spitälern nach Anzahl der Eingriffe am Beispiel Hüft-TEP:

Tabelle 4: Mortalitätsraten 2009 in Schweizer Krankenhäusern bei Hüft-TEP					
behandelte Fälle pro Krankenhaus	Anzahl				
	1 bis 49	50 bis 99	100 bis 199	200 bis 499	≥ 500
Krankenhäuser (% vom Total ¹)	30 (23 %)	42 (32 %)	40 (30 %)	18 (14 %)	2 (1,5 %)
Fälle (% vom Total)	723 (4 %)	3.268 (20 %)	5.766 (35 %)	5.412 (33 %)	1.384 (8 %)
SMR ²	3,59	1,47	0,84	0,72	0,0

¹ Rundungsdifferenzen möglich

² Standard Mortality Ratio: Dabei werden die beobachteten Todesfälle mit den erwarteten Todesfällen verglichen. Ist der SMR > 1 wurden mehr Todesfälle beobachtet als erwartet.

Quelle: Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler, Bundesamt für Gesundheit (2010)

Zur Frage des Zusammenhangs zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität führte das Schweizer Bundesamt für Gesundheit Analysen durch. Die Krankenanstalten wurden dabei – wie in Tabelle 4 ersichtlich – in fünf größere Gruppen nach Anzahl der behandelten Fälle zusammengefasst. Analysiert wurden die risikobereinigten Unterschiede. Es ergab sich ein Zusammenhang zwischen Fallzahl und Sterblichkeit, wobei das Mortalitätsrisiko mit der Anzahl der Fälle sank.



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Allgemeines

11 Als Maßnahmen der Qualitätssicherung im Sinne des § 5b KAKuG bzw. des § 31 SpG kamen für die Rechtsträger der Krankenanstalten insbesondere

- Maßnahmen des Hygienemanagements (siehe auch TZ 12 und 13),
- die Erfassung von Komplikationsraten (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 Checklisten (siehe auch TZ 19),
- die interdisziplinäre Besprechung onkologischer Fälle im Rahmen eines Tumorboards (siehe auch TZ 22 bis 25),
- Patientenbefragungen (siehe auch TZ 33) sowie
- pathologische Untersuchungen (siehe auch TZ 34)

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

Hygieneteam – Grundlagen

12 (1) Gemäß § 8a KAKuG bzw. § 34 SpG ist in jeder Krankenanstalt ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaustygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter,²⁵ zur selbstständigen 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.

(2) Zur Unterstützung des Krankenhaustygienikers oder des Hygienebeauftragten ist mindestens ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der gemäß dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz zur Ausübung der Krankenhaustygiene berechtigt ist, als Hygienefachkraft zu bestellen. Es kann auch für mehrere

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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:

Tabelle 5: Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung der Hygieneteams (PROHYG 2.0)

Krankenanstaltentyp	Krankenhaushygieniker/ Hygienebeauftragter	Hygienefachkraft
		in VZÄ
Zentralkrankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker und 1 Hygienebeauftragter Krankenanstalt > 800 Betten + 1 pro 400 Betten	mindestens 1 pro 150 Betten
Schwerpunktkrankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter Krankenanstalt > 400 Betten + 1 pro 400 Betten	mindestens 1 pro 200 Betten
Standardkrankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter pro 400 Betten	mindestens 1 pro 200 Betten

Quellen: PROHYG; RH

(3) 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.²⁶

Hygieneteams in
den überprüften
Krankenanstalten

13.1 (1) Die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung (KHBG) als Rechtsträgerin der LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems hatte das Hygienemanagement für ihre Krankenanstalten zentral organisiert und am LKH Feldkirch eine eigenständige, der dortigen Verwaltungsdirektion zugeordnete Abteilung für Krankenhaushygiene eingerichtet; dieser gehörten auch die Hygienefachkräfte der LKH Bludenz, Bregenz und Hohenems an.

Die Aufgaben der Abteilung umfassten u.a.

- die laufende Beratungstätigkeit für die klinischen und nichtklinischen Bereiche aller Krankenhäuser der KHBG in Belangen der Hygiene,

²⁶ 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).

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

- die Durchführung von Hygienevisiten, Stationsbegehungen (jede Abteilung mindestens einmal pro Jahr)²⁷,
- das Antibiotikamanagement²⁸ (gemeinsam mit der Anstaltsapotheke),
- das Erfassen und Dokumentieren (Surveillance) von aufgetretenen nosokomialen Infektionen²⁹.

Die Abteilung für Krankenbaushygiene stand unter der Leitung zweier Fachärztinnen für Hygiene und Mikrobiologie. Damit orientierte man sich an der Empfehlung der PROHYG, zur fachlichen Unterstützung der Hygieneteams sogenannte Hygienezentren³⁰ vorzusehen.

Hintergrund dieser Empfehlung war die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit der Hygieneteams mit Fachärzten für Mikrobiologie, deren mikrobiologische Befunde für das Auftreten von nosokomialen Infektionen eine unverzichtbare Alarmfunktion haben.

Die nachfolgende Tabelle stellt den für ein dezentral organisiertes Hygienemanagement vorgesehenen Soll-Werten des BMG (PROHYG 2.0) die Ist-Werte des Teams der Abteilung für Krankenhaushygiene gegenüber.

²⁷ regelmäßige Begehungen aller Bereiche der Krankenhäuser zur Beobachtung und Optimierung hygienisch relevanter Tätigkeiten

²⁸ Analyse des Antibiotikaverbrauchs mit Feedback an die Abteilungen, perioperative Antibiotikaphylaxe, Konsiliardienst bei speziellen Fragestellungen, Weiterbildung zum Thema Antibiotika, Erstellen und Aktualisieren der Antibiotikalistie

²⁹ Durch Zusammenführen von Befunden (Mikrobiologie, medizinische Chemie, Röntgendiagnostik, Sonografie usw.) und klinischen Parametern der Patienten (Fieber, Entzündungszeichen u.a. Daten aus der Krankengeschichte) und Vergleichen mit international vereinbarten Regelwerken (KISS, CDC) werden Patienten mit nosokomialen Infektionen identifiziert und dokumentiert.

³⁰ Dabei handelt es sich um Krankenanstalten, die über die erforderliche wissenschaftliche und praktische Expertise im Fachgebiet Hygiene und Mikrobiologie verfügen.



Qualitätssicherung in den
fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

Tabelle 6: Personal der Abteilung für Krankenhaushygiene

	Krankenhaushygieniker in VZÄ			Hygienefachkräfte in VZÄ		
	Soll	Ist		Soll	Ist	
LKH Feldkirch	1,6	1,0	Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie krankenhäus- übergreifend tätige Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie	LKH Feldkirch	3,1	2,4
LKH Bludenz	0,4	0,6 ¹		LKH Bludenz	0,8	0,5
LKH Bregenz	0,65			LKH Bregenz	1,3	0,625
LKH Hohenems	0,35			LKH Hohenems	0,7	0,5

¹ Die KH Bludenz, Bregenz und Hohenems wurden von einer Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie gemeinsam im Ausmaß von 0,6 VZÄ betreut.

Quelle: KHBG

(2) Im KH Dornbirn war jene Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie, von der auch die KHBG-Standorte Bludenz, Bregenz und Hohenems betreut wurden, als Krankenhaushygienikerin im Ausmaß von 0,15 VZÄ angestellt. Pflegepersonal war im Ausmaß von insgesamt 0,9 VZÄ (0,6 VZÄ Hygienefachkraft zuzüglich 0,3 VZÄ Stellvertretung) im Hygienemanagement tätig.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 280 Betten vor, dass ein hygienebeauftragter Arzt mit 70 % seiner Vollzeitarbeitszeit sowie Hygienefachkräfte im Ausmaß von insgesamt 1,4 VZÄ Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten.

Tabelle 7: Personalausstattung des Hygieneteams im KH Dornbirn

KH Dornbirn	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Standardkrankenanstalt mit 284 Planbetten	1 pro 400 Betten = 0,7 bei 280 Betten	0,15	1 pro 200 Betten = 1,4 bei 280 Betten	0,9

Quelle: KH Dornbirn

13.2 Die tatsächliche Personalausstattung der Hygieneteams entsprach in keiner der überprüften Krankenanstalten den Empfehlungen des BMG im Dokument PROHYG 2.0.

Zu weniger als 50 % erreicht wurden die Empfehlungen bezüglich der Personalressourcen für Hygienefachkräfte im LKH Bregenz (48 %).

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Dasselbe galt auch bezüglich der Personalressourcen für die Stelle des Krankenhaushygienikers im KH Dornbirn (21 %) sowie in den LKH Bludenz, Bregenz und Hohenems (43 %); dies lag daran, dass für die Standorte Bludenz, Bregenz und Hohenems sowie trägerübergreifend auch noch für das KH Dornbirn eine einzige Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie krankenhausesübergreifend tätig war.

Auch wenn dadurch in Summe deutlich weniger Personalressourcen zur Verfügung standen als vom BMG empfohlen, bot dieses Modell für das Land Vorarlberg einige Vorteile, weil die Krankenanstalten (auch Dornbirn) von der – im Vergleich zu Hygienebeauftragten mit anderer Facharztausbildung – höheren Expertise der Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie sowie der entsprechenden fachlichen Betreuung und engen Zusammenarbeit mit dem mikrobiologischen Labor in Feldkirch profitierten; weiters waren die gemeinsame Strategieentwicklung sowie die Möglichkeit einer raschen gegenseitigen Alarmierung und eines abgestimmten Vorgehens beim Auftreten bestimmter nosokomialer Infektionserreger positiv zu werten.

Dennoch empfahl der RH der KHBG und dem KH Dornbirn, insbesondere vor dem Hintergrund einer möglichen Ausdehnung der systematischen Infektionserfassung, das bestehende Modell durch eine an den Empfehlungen des BMG orientierte Ergänzung der Personalausstattung zusätzlich aufzuwerten. Er wies in diesem Zusammenhang auf den erheblichen Kostenfaktor einer jeden nosokomialen Infektion hin.

- 13.3** *Das Land Vorarlberg teilte dazu mit, dass die Empfehlungen des BMG, wie die PROHYG 2.0, keine Rechtsverordnungen seien. Die PROHYG 2.0 sei nicht einmal Teil des ÖSG oder eine Bundesqualitätsleitlinie nach dem GQG. Die zentrale Organisation des Hygienemanagements in Vorarlberg schaffe – auch in personeller Hinsicht – Synergieeffekte. Ungeachtet dessen solle eine personelle Aufstockung bei den Hygieneteams geprüft werden.*

Die Stadtgemeinde Dornbirn führte in ihrer Stellungnahme aus, dass für das Jahr 2014 die Aufstockung des Hygieneteams vorgesehen sei.

- 13.4** Der RH stellte gegenüber dem Land Vorarlberg klar, dass er selbst auf den Empfehlungscharakter des PROHYG 2.0-Dokuments hingewiesen hatte. Auch aufgrund der erheblichen Kostenfolgen einer nosokomialen Infektion hielt er es für zweckmäßig, sich daran zu orientieren, weil die darin enthaltenen Zahlen zur Personalausstattung auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien basieren. Der RH beurteilte daher die Zusage des Landes Vorarlberg, eine personelle Aufstockung bei den Hygieneteams zu prüfen, positiv.

Nosokomiale
Infektionen

14.1 Nosokomiale Infektionen sind Infektionen, die sich ein Patient im Laufe des Spitalsaufenthalts zuzieht.³¹ 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.³² 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.³³

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.

Gemäß § 8a Abs. 4 KAKuG bzw. § 34 Abs. 5 lit. d SpG ist ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Überwachungssystem (sogenanntes Surveillance-System) einzurichten. Darunter sind Systeme wie das österreichische ANISS-Projekt³⁴ oder das deutsche KISS³⁵ 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 sowie Unfallchirurgie und Orthopädie als Risikobereiche. Sofern in der jeweiligen Krankenanstalt eine entsprechende Fachabteilung vorhanden war, sollte daher auch dort eine Infektions-Surveillance stattfinden.

³¹ unabhängig davon, ob die Folgewirkungen vor oder erst nach der Entlassung auftreten

³² vgl. das vom BMG herausgegebene Dokument PROHYG 2.0, Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene, S. 5 f.

³³ vgl. <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/>

³⁴ 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.

³⁵ KISS (Deutsches Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) wird seit 1996 als gemeinsames Projekt vom nationalen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene und dem Robert Koch Institut in Berlin zur laufenden Infektionserfassung betrieben.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

LKH Bludenz

Im LKH Bludenz war eine Infektions-Surveillance nach dem KISS-System für die Intensivabteilung in Vorbereitung. An der Abteilung für Chirurgie erfolgte eine allgemeine Evaluation der gesamten Leistenbruchchirurgie über die Teilnahme am Programm „Herniated“ der Deutschen Gesellschaft für Hernienchirurgie. Dabei handelte es sich jedoch nicht um eine Infektionsüberwachung im Sinne des § 34 Abs. 5 lit. d SpG. An der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe fand keine Infektionsüberwachung nach einem dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System statt.

LKH Bregenz

Im LKH Bregenz wurden Infektionen an den Abteilungen für Anästhesie und Intensivmedizin sowie für Unfallchirurgie (Indikator-Operation: Hüftendoprothetik) über das KISS-System erfasst. An den Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie für Allgemeinchirurgie wurden Infektionen nicht nach einem dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System erfasst.

LKH Feldkirch

Im LKH Feldkirch wurden nosokomiale Infektionen ebenfalls über das KISS-System an den Abteilungen für Chirurgie (Indikator-Operation: Colonoperationen), Orthopädie und Unfallchirurgie (Indikator-Operation: Hüftendoprothetik), Anästhesie und Intensivmedizin (Indikatoren: Pneumonie, Harnwegsinfekt, Sepsis), Nephrologie (Indikatoren: Shuntinfektionen³⁶ und Sepsis) sowie im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung von Kindern (Indikatoren: Pneumonie, NEC, Sepsis) erfasst. Keine entsprechende Erfassung erfolgte jedoch auf der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe.

LKH Hohenems

Das LKH Hohenems erfasste nosokomiale Infektionen auf der Abteilung für Innere Medizin ebenfalls nach dem KISS-System (Indikator: Harnwegsinfekte). Der Fachbereich Chirurgie stellte im LKH Hohenems

³⁶ Entzündung im Bereich einer Gefäßanastomose bzw. im Implantationsgebiet der Kunststoffteile von Shunts (Kurzschlussverbindung mit Flüssigkeitsübertritt zwischen normalerweise getrennten Gefäßen oder Hohlräumen).

keinen besonderen Risikobereich dar, weil das operative Leistungsspektrum auf tageschirurgische Behandlungen begrenzt war.

KH Dornbirn

Im KH Dornbirn war eine Infektions-Surveillance nach dem KISS-System auf der interdisziplinären Intensivstation eingerichtet. An der Abteilung für Orthopädie wurden Infekte bei Prothesenoperationen an Hüft- und Kniegelenken in einer Excel-Liste erfasst. Dabei handelte es sich jedoch nicht um eine Infektionsüberwachung im Sinne des § 34 Abs. 5 lit. d SpG. An den Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie für Allgemein Chirurgie wurden Infektionen ebenfalls nicht nach einem dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System erfasst.

- 14.2 Der RH stellte kritisch fest, dass in den überprüften Krankenanstalten etwa bisher an keiner der vier Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe eine systematische Infektionserfassung vorgenommen wurde; der Fachbereich Allgemein Chirurgie war nur am LKH Feldkirch von der Infektions-Surveillance umfasst. Der RH sah dies im Zusammenhang mit der im Vergleich zu den Empfehlungen der PRO-HYG durchwegs niedrigeren Personalausstattung (siehe TZ 13). Er anerkannte, dass in allen überprüften Krankenanstalten eine Infektionssurveillance vorhanden oder bereits in Vorbereitung war. Dem RH schien allerdings eine schrittweise Ausweitung der Infektionserfassung auf zusätzliche Fachbereiche notwendig, um – wie vom Gesetzgeber gefordert – besondere Risikobereiche innerhalb einer Krankenanstalt abdecken zu können.

LKH Bludenz

Dem LKH Bludenz empfahl der RH, nach Einführung einer systematischen Infektions-Surveillance auf der Intensivstation diese schrittweise auch auf die Fachbereiche Allgemein Chirurgie (anhand der Indikator-Operation Verschluss einer Leistenhernie) sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikator-Eingriffs Kaiserschnitt) auszuweiten.

LKH Bregenz

Auch dem LKH Bregenz empfahl der RH eine Ausdehnung der Infektions-Surveillance auf die Fachbereiche Allgemein Chirurgie (anhand

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

des Indikator-Eingriffs Colonoperationen) sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikator-Eingriffs Kaiserschnitt).

LKH Feldkirch

Dem LKH Feldkirch, in dem an der Abteilung für Allgemeinchirurgie nosokomiale Infektionen bereits anhand der Colonoperationen per KISS erfasst wurden, empfahl der RH die Einführung einer vergleichbaren Erfassung (anhand des Indikator-Eingriffs Kaiserschnitt) an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe.

LKH Hohenems

Aufgrund des vor allem auf tagesklinische Behandlungen begrenzten operativen Leistungsspektrums im LKH Hohenems sah der RH hier derzeit keine Notwendigkeit für eine Ausweitung der Infektionssurveillance.

KH Dornbirn

Dem KH Dornbirn empfahl der RH die zusätzliche Infektionserfassung in den Fachbereichen Allgemeinchirurgie (anhand des Indikator-Eingriffs Colonoperationen) sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikator-Eingriffs Kaiserschnitt). Darüber hinaus empfahl er dem KH Dornbirn, die an der Abteilung für Orthopädie vorhandene Infektionserfassung an ein Surveillance-System im Sinne des SpG (KISS, ANISS) anzuschließen.

- 14.3 *Laut Stellungnahme des Landes Vorarlberg erfolge die Überwachung nosokomialer Infektionen innerhalb der Landeskrankenhäuser in Übereinstimmung mit § 34 Abs. 5 lit. d SpG mit einem anerkannten und dem Stand der Wissenschaft entsprechenden System. Wie vom RH unter Verweis auf eine nicht näher bezeichnete Rechtsquelle gefordert, soll, diese Überwachung besonders auf Risikobereiche der Krankenanstalten fokussiert werden. Dies seien nach Auffassung der KHBG im Speziellen die Intensivstationen, in denen selbstverständlich auch chirurgische Fälle betreut würden.*

Die Stadtgemeinde Dornbirn verwies in ihrer Stellungnahme auf die Infektionsüberwachung in der interdisziplinären Intensivstation und sagte weiters zu, die Anregung des RH nach einer Ausweitung auf andere Stationen aufzunehmen. Für die Umsetzung sei allerdings ein

zeitlicher Rahmen vorzusehen, um hierfür die organisatorischen und personellen Ressourcen aufzubauen.

- 14.4 Der RH wies gegenüber dem Land Vorarlberg darauf hin, dass der Gesetzgeber in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage für das Gesundheitsrechts-Änderungsgesetz 2006 (1414 BlgNR, XXII. GP, S. 5) selbst eine Überwachung besonderer Risikobereiche in den Krankenanstalten vorsieht und als Beispiele die Fachbereiche Chirurgie und Intensivmedizin nennt. Vor diesem Hintergrund wiederholte er seine Empfehlung, die Infektionssurveillance neben den Intensivstationen auch auf die Bereiche Chirurgie und Geburtshilfe auszudehnen, wo dies noch nicht der Fall ist.

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 war allerdings geplant, in Zukunft Komplikationsraten im Rahmen des Indikatorenmodells A-IQI abzufragen.

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 Österreichs³⁷ und das Hüftendoprothesen-Register³⁸, 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.

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

LKH Bludenz

Im LKH Bludenz wurden Komplikationen nicht zentral erfasst und krankenhausesweit ausgewertet. Abteilungsspezifisch erfolgte eine Erfassung von Komplikationen in den Fachbereichen Allgemeinchirurgie für die Leistenbruchchirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe im Rahmen der Teilnahme am österreichischen Geburtenregister.

Tabelle 8: Erfassung von Komplikationen im LKH Bludenz

	systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle im KH	Meldung an Register
Chirurgie	ja	ja (Herniamed-Programm)	nein	Herniamed-Studie (Deutsche Gesellschaft für Hernienchirurgie)
Innere Medizin	nein	nein	nein	nein
Gynäkologie Geburtshilfe	ja	ja (PIA)	nein	Geburtenregister (TILAK)
Unfallchirurgie	nein	nein	nein	nein
Orthopädie	nein	nein	nein	nein
Anästhesie und Intensivmedizin	nein	nein	nein	nein

Quelle: LKH Bludenz

LKH Bregenz

Im LKH Bregenz wurden Komplikationen ebenfalls nicht zentral erfasst und krankenhausesweit ausgewertet. Abteilungsspezifisch erfolgte eine Erfassung in den Fachbereichen Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. An der allgemeinchirurgischen Abteilung wurden Komplikationen im Sinne einer ungeplanten Re-Operation bis zum 14. postoperativen Tag im Rahmen des österreichweiten Projekts „Qualitätssicherung in der Chirurgie“ vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG), der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC) und des Berufsverbands Österreichischer Chirurgen erfasst. Die Abteilung für Unfallchirurgie nahm am Hüftendoprothesenregister des BIQG, die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am Geburtenregister teil.

Tabelle 9: Erfassung von Komplikationen im LKH Bregenz

	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	nein	nein	nein	nein
Unfallchirurgie	ja	ja (Webportal)	nein	ja (Hüftendoprothesenregister BIQG)
Gynäkologie Geburtshilfe	ja	ja (PIA)	nein	Geburtenregister (TILAK)
Kinderheilkunde	nein	nein	nein	nein
Urologie	nein	nein	nein	nein
Anästhesie und Intensivmedizin	nein	nein	nein	nein

Quelle: LKH Bregenz

LKH Feldkirch

Im LKH Feldkirch waren auf Abteilungsebene unterschiedliche Systeme zur Dokumentation und Auswertung von Komplikationen eingerichtet. Nähere Einzelheiten sind der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Qualitätssicherung in den
fünf überprüften Krankenanstalten

Tabelle 10: Erfassung von Komplikationen im LKH Feldkirch				
	systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle im KH	Meldung an Register
Chirurgie	ja	ja (Access, KISS)	ja (KISS, ÖGC, Brustzentrum)	Schilddrüse
Innere Medizin	ja	teilweise (PATIDOK)	nein	nein
Gynäkologie Geburtshilfe	ja	ja (ViewPoint)	nein	nein
Kinderheilkunde	nein	nein	nein	nein
Orthopädie	ja	ja (Qualitätssicherungsbogen)	nein	Hüftprothesenregister
Unfallchirurgie	ja	nein	nein	nein
Urologie	teilweise	ja (Qurologie)	nein	nein
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	teilweise	ja (Hygiene)	nein	Österreichische Tonsillenstudie
Augenheilkunde	ja	ja (Excel)	nein	nein
Dermatologie	ja	nein	nein	nein
Plastische Chirurgie	ja	nein	nein	nein
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	ja	ja (Access)	nein	nein
Neurochirurgie	nein	nein	nein	nein
Gefäßchirurgie	ja	ja (Filemaker)	nein	ÖGG (Carotis)
Radiologie	ja	ja (ORBIS)	nein	nein
Interventionelle Kardiologie	ja	nein	ja (Österreichische Kardiologische Gesellschaft)	TELEMON
Nephrologie	ja	ja (Hygiene)	ja (Hygiene)	Österreichische Dialyse und TX-Register
Nuklearmedizin	nein	nein	nein	nein
Radioonkologie	ja	ja (Mosaiq)	nein	HNO/AGMT
Anästhesie und Intensivmedizin	ja	ja (MCC Cognos)	nein	nein

Quelle: LKH Feldkirch



Qualitätssicherung in den
fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

Insbesondere aufgrund der Verwendung unterschiedlicher IT-Systeme handelte es sich um Insellösungen, die eine zentrale Zusammenführung und Auswertung der Daten nicht zuließen. Mittelfristig (zwei bis drei Jahre) plante die KHBG die Einführung eines neuen Krankenhausinformationssystems für das LKH Feldkirch und die weiteren Häuser der KHBG, über das potenziell auch eine krankenhausesweite Auswertung von auf den Abteilungen erfassten und in das System eingepflegten Komplikationen erfolgen sollte.

LKH Hohenems

Das LKH Hohenems erfasste Komplikationen nicht zentral und führte auch keine krankenhausesweiten Auswertungen durch. Bei den Behandlungen in der interdisziplinären Tagesklinik Hohenems, die in den Fachbereichen im Rahmen der Abteilungen für Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie des LKH Bregenz vorgenommen wurden, erfolgte eine Erfassung im Fachbereich Allgemeinchirurgie.

Tabelle 11: Erfassung von Komplikationen im LKH Hohenems

	systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle im KH	Meldung an Register
Tageschirurgie	ja	ja (Webportal)	nein	ja (Re-operationsregister BIQG)
Innere Medizin und Intensivmedizin	nein	nein	nein	nein
Pulmologie	nein	nein	nein	nein
Fachschwerpunkt konservative Orthopädie	nein	nein	nein	nein

Quelle: LKH Hohenems

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

KH Dornbirn

Auch im KH Dornbirn wurden Komplikationen nicht zentral erfasst und krankenhausesweit ausgewertet. Abteilungsspezifisch erfolgte eine Erfassung in den Fachbereichen Allgemeinchirurgie, Innere Medizin, Orthopädie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe.

An der allgemeinchirurgischen Abteilung wurden Komplikationen im Sinne einer ungeplanten Re-Operation bis zum 14. postoperativen Tag im Rahmen des österreichweiten Projekts „Qualitätssicherung in der Chirurgie“ vom BIQG, der ÖGC und des Berufsverbands Österreichischer Chirurgen erfasst.

An der Abteilung für Innere Medizin wurden Komplikationen bei der Behandlung von Patienten mit chronischer myeloischer Leukämie (CML) systematisch erfasst und an ein von der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Onkologie (ÖGHO) betriebenes Register gemeldet.

Die Abteilung für Orthopädie nahm am Hüftendoprothesenregister des BIQG, die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am Geburtenregister teil; Letztere führte eine Excel-Liste über aufgetretene Komplikationen.

Tabelle 12: Erfassung von Komplikationen im KH Dornbirn

	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)	ja	nein	ja (CML-Register der ÖGHO)
Gynäkologie Geburtshilfe	ja	ja	nein	Geburtenregister (TILAK)
Kinderheilkunde	nein	nein	nein	nein
Orthopädie	ja	ja (Webportal)	nein	ja (Hüftendoprothesenregister BIQG)
Unfallchirurgie	nein	nein	nein	nein
Anästhesie und Intensivmedizin	nein	nein	nein	nein

Quelle: KH Dornbirn



Qualitätssicherung in den
fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

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

Der RH wies in diesem Zusammenhang auf die krankenanstaltenrechtliche Verantwortung der kollegialen Führung, insbesondere der ärztlichen Leitung, hin, „die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen“ (§ 5b Abs. 3 KAKuG bzw. § 31 Abs. 2 SpG). 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.

Mittelfristig war aus Sicht des RH eine bundesweite Vergleichbarkeit von Komplikationsraten im Sinne eines Benchmarking anzustreben. Vor diesem Hintergrund beurteilte er die Initiative des BMG positiv, das Indikatorenmodell so zu erweitern, dass in Zukunft auch Komplikationsraten abgebildet werden. Er verwies in diesem Zusammenhang auf seine in TZ 8 ausgesprochene Empfehlung.

- 15.3 *Das Land Vorarlberg teilte in seiner Stellungnahme mit, dass gerade die Auswertungen aus dem System A-IQI und die Ergebnisse der Infektionssurveillance essenzielle, zentral und übergreifend verfügbare Informationen über ergebnisrelevante Komplikationen beinhalten würden. Komplikationsraten seien nur dann ein Indikator für die Ergebnisqualität medizinischer Leistung, wenn weit über den Einflussbereich eines einzelnen Krankenhausträgers hinaus einheitliche Definitionen und Dokumentationsalgorithmen zur Anwendung kämen. Der sich aus § 31 Abs. 2 SpG ergebenden Verantwortung entspreche die kollegiale Führung insbesondere durch die Teilnahme vieler Abteilungen an individuellen Registern und der Einbindung in die Systeme A-IQI und KISS.*
- 15.4 Der RH wies gegenüber dem Land Vorarlberg darauf hin, dass aus seiner Sicht die Weiterentwicklung der Anwendung des Indikatorenmodells A-IQI zu einem Instrument für die systematische Erfassung und Auswertung von Informationen über ergebnisrelevante Komplikati-

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

onen positiv zu beurteilen war. Er verwies erneut auf seine in TZ 8 an das BMG ausgesprochene Empfehlung, die Ergebnisse dieser Auswertungen im Sinne der Transparenz auch im Rahmen eines österreichischen Qualitätsberichts zu veröffentlichen.

Histologische Untersuchungen

16.1 Das SpG 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 Eingriffen³⁹ im Jahr 2011 zytopathologische bzw. histopathologische Untersuchungen durchführten.

LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems

Alle vier LKH hatten bei den ausgewählten Eingriffen (insgesamt rd. 1.460) flächendeckend histologische Untersuchungen angeordnet.

KH Dornbirn

Im KH Dornbirn erfolgten ebenfalls bei allen vom RH ausgewählten allgemeinchirurgischen Eingriffen (rd. 500) histologische Untersuchungen.

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 in allen fünf Krankenanstalten bei den überprüften allgemeinchirurgischen Eingriffen histologische Untersuchungen flächendeckend vorgenommen wurden.

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

³⁹ Blinddarm, Galle, Bauspeicheldrüse, Schilddrüse, Brust-OP, Dickdarm



Qualitätssicherung in den
fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

(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.⁴⁰

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

LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems

Die Geschäftsführung der KHBG als Rechtsträgerin der LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch sowie Hohenems beschloss im September 2006, ein CIRS einzuführen und erließ im Mai 2007 einen CIRS-Leitfaden.

Das CIRS wurde in die bestehende Organisation der LKH eingebettet. Dabei wurden in jedem LKH Meldekreise⁴¹ eingerichtet. Diese waren in der Regel einem medizinischen Fachbereich (z.B. Chirurgie, Interne Abteilung) oder einem eigenständigen Organisationsbereich (z.B. OP, Ambulanzen, Patiententransport) zugeordnet. Im Rahmen eines Meldekreises konnten alle Mitarbeiter mit dem intranetbasierten Meldesystem eine anonyme Meldung an die pro Meldekreis benannten CIRS-Verantwortlichen⁴² senden; diese hatten mindestens einmal pro Woche

⁴⁰ iatrogene Todesfälle (durch ärztliche Maßnahmen verursacht)

⁴¹ 56 insgesamt in allen überprüften LKH

⁴² in den LKH als Risk-Manager bezeichnet, in allen LKH insgesamt 108

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

den Eingang von Meldungen zu kontrollieren und zu bearbeiten.⁴³ Weiters gab es in jedem LKH einen Leiter-CIRS sowie einen Gesamt-leiter-CIRS, der die Koordination für alle LKH sicherstellte. Es gab ferner regelmäßige Besprechungen und Erfahrungsaustausch.

Für die Krankenhausleitungen und die Geschäftsleitung der KHBG wurden Jahresberichte verfasst, welche die Anzahl der CIRS-Meldungen nach Kategorien beinhalteten.

KH Dornbirn

Das KH Dornbirn verfügte seit 2006 ebenfalls über ein detailliert geregeltes CIRS, wobei der Aufbau dem CIRS der KHBG entsprach. Auch hier gab es Meldekreise und CIRS-Verantwortliche.⁴⁴ Im KH Dornbirn fanden ebenfalls regelmäßige CIRS-Besprechungen sowie Erfahrungsaustausch statt. Weiters war eine jährliche Information in Form eines Berichts an die Krankenhausleitung vorgesehen.

- 17.2 Der RH wies auf die Bedeutung von Fehlermeldesystemen zur Verbesserung der Patientensicherheit hin und unterstrich generell die im Leitfaden des Bundesinstituts genannten Voraussetzungen der Freiwilligkeit, Sanktionsfreiheit und Anonymität. Er hob die Implementierung des CIRS in den fünf überprüften Krankenanstalten positiv hervor.

⁴³ Eine CIRS-Meldung musste vom Verfasser in eine der folgenden Kategorien eingereiht werden:

- leicht: keine Maßnahmen notwendig
- mittel: eine Intervention wäre notwendig gewesen
- schwer: lebensbedrohlicher Zustand hätte eintreten können

Die Schnelligkeit des Bearbeitungsablaufs richtete sich nach dem unterschiedlichen Schweregrad der eingegangenen Meldungen. Die Risk-Manager entschieden, ob eine Meldung als zeitlich mittelfristige Bearbeitung oder als schnelle Critical Incident Sofortmaßnahme gehandhabt werden musste. Um die Anonymität zu gewährleisten und das Vertrauen in CIRS zu stärken hatten nur die Risk-Manager Zugang zu einem elektronischen Tool, das dem Verwalten der Meldungen des eigenen Meldekreises diente. Führungsverantwortliche oder andere Mitarbeiter hatten weder Zugriff auf das Tool noch auf die ursprünglichen Meldungen.

⁴⁴ zwölf Meldekreise, für die es 33 CIRS-Verantwortliche gab



Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung

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.⁴⁵

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.

Die KHBG zeigte sich in ihrer Qualitätsstrategie gegenüber dem Thema „Zertifizierungen“ eher zurückhaltend und hielt dort fest, dass Zertifizierungen von Qualitätsmanagement-Systemen in Teilbereichen des Unternehmens nur angestrebt werden, wenn es dafür eine rechtsverbindliche Grundlage gibt oder diese für das Gesamtunternehmen einen strategischen Mehrwert bedeutet.

LKH Bludenz

Am LKH Bludenz verfügten die Interdisziplinäre Tagesklinik und die Abteilung für Allgemeinchirurgie über eine ISO-Zertifizierung. Eine krankenhausesübergreifende Zertifizierung war nicht geplant.

LKH Bregenz

Das LKH Bregenz war nicht zertifiziert.

LKH Feldkirch

Im LKH Feldkirch verfügten einzelne Abteilungen über eine ISO-Zertifizierung. Des Weiteren war das dort eingerichtete Brustzentrum Vorarlberg von der Österreichischen Zertifizierungskommission zertifiziert.

LKH Hohenems

Das LKH Hohenems war nicht zertifiziert.

⁴⁵ 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 Dornbirn

Das KH Dornbirn war nach einem zumeist in österreichischen Ordenskrankenhäusern angewandten System zertifiziert. Darüber hinaus war das in Kooperation mit dem Brustgesundheitszentrum Tirol der Universität Innsbruck betriebene Brustgesundheitszentrum des Krankenhauses von der Österreichischen Zertifizierungskommission zertifiziert.

- 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 oder Anzahl der verwendeten Blutkonserven je Operation, in den Zertifizierungsverfahren nicht thematisiert.

- 18.3 *Das Land Vorarlberg führt in seiner Stellungnahme aus, es unterstütze die Bestrebungen, auf Bundesebene geeignete, bundesweit abgestimmte und anerkannte Zertifizierungsverfahren zu entwickeln und teile die Auffassung des RH, dass einzig die krankenanstaltsrechtlichen Vorgaben und die Qualitätskriterien des ÖSG als Maßstab für die Beurteilung der Erfüllung der Qualitätssicherungskriterien relevant sein können.*

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 **Studie**⁴⁶, 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 %.

LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems

Die vier LKH verwendeten unterschiedliche OP-Checklisten:

- Die LKH Bludenz, Hohenems und Feldkirch benützten eine **Übernahmecheckliste**, welche die Bereiche „Sign In“ und „Team Time Out“ abdeckte, **nicht** jedoch das „Sign Out“. Das LKH Bludenz übernahm die Liste **des** LKH Feldkirch. Diese wurde bereits vor der Empfehlung der WHO eingeführt und **angewendet**, seither jedoch nicht mehr überarbeitet.
- **Das** LKH Bregenz setzte alle Empfehlungen der WHO um und **ergänzte** diese durch zwei zusätzliche Bereiche „auf Station“ und „OP-Schleuse“.

Das LKH Bregenz überarbeitete im Zuge der Einschau vor Ort die **Checklisten der LKH Bregenz** und Hohenems, weil die operierenden Fächer sowie **die Anästhesie** dieser beiden Häuser als Doppelprimariate Bregenz-Hohenems **ausgestaltet** waren.

KH Dornbirn

Das KH Dornbirn hatte die WHO-Checkliste im OP-Statut verankert. Die Umsetzung erfolgte mittels eigener Checklisten für die Anästhesie und den Operateur, welche die Empfehlungen der WHO für „Sign In“ und „Sign Out“ abdeckten. Seit April 2012 wurde auch das „Team Time Out“ in die Checklisten des KH Dornbirn integriert. Einige Punkte der WHO-Empfehlung wurden dabei den Angaben des KH zufolge mit Freitextfeldern umgesetzt.

Als Grund für die Einführung mehrerer Checklisten sowie des geänderten Aufbaus gab das KH Dornbirn an, dass die WHO-Empfehlungen

⁴⁶ 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

schrittweise umgesetzt worden seien, wodurch eine hohe Akzeptanz bei allen Beteiligten erzielt werden konnte.

- 19.2 Der RH hielt fest, dass die OP-Checklisten der vier überprüften LKH unterschiedlich waren und nur teilweise den Empfehlungen der WHO entsprachen. Er empfahl der KHBG als Rechtsträgerin der LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems, in allen LKH die Einführung einer einheitlichen OP-Checkliste zu veranlassen, die alle Bereiche der WHO-Checkliste abdeckt.

Der RH verkannte nicht, dass die WHO eine Anpassung der OP-Checkliste an die jeweiligen Bedürfnisse des Betriebs angeregt hatte. Trotzdem empfahl er dem KH Dornbirn zu überlegen, die Freitextfelder durch die WHO-Vorgaben zu ersetzen und damit auch die beiden Checklisten zu einer zusammenzuführen.

- 19.3 *Das Land Vorarlberg teilte in seiner Stellungnahme die Auffassung des RH, dass die OP-Checklisten in allen Krankenanstalten des Landes den Vorgaben der WHO entsprechen müssten. Laut WHO müssten diese Listen aber den Bedürfnissen der jeweiligen Krankenanstalt angepasst sein. Aufgrund der unterschiedlichen Größe und Organisationsstruktur der Häuser sei deshalb eine einheitliche OP-Checkliste für alle Krankenhäuser kaum möglich.*

- 19.4 Gegenüber dem Land Vorarlberg anerkannte der RH – im Hinblick auf die empirisch bestätigten Qualitätsverbesserungen durch die WHO-Checkliste – das Bestreben, den diesbezüglichen Vorgaben der WHO entsprechen zu wollen. Im Hinblick auf die weitere Argumentation des Landes Vorarlberg stellte der RH klar, dass seine Empfehlung darauf gerichtet war, dass alle LKH OP-Checklisten verwenden, die zumindest dem Standard der WHO-Checkliste entsprechen.

Onkologische
Leistungen in
den überprüften
Krankenanstalten

Festlegung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten

- 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)⁴⁷, durch einen Onkologischen Schwerpunkt (ONKS)⁴⁸

⁴⁷ 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.

⁴⁸ Erbringung auch komplexer onkologischer Leistungen, Ausbildung etc.



Qualitätssicherung in den
fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

oder eine assoziierte onkologische Versorgung (ONKA)⁴⁹ erfolgen. Ziel dieser abgestuften integrierten Versorgung ist u.a. die Erhöhung der Behandlungssicherheit und gleichzeitig die Verringerung des Risikopotenzials.

Der ÖSG sah in diesem Zusammenhang vor, dass der Krankenanstaltenträger unter Berücksichtigung der definierten Qualitätskriterien und der Behandlungssicherheit festzulegen hat, welche Abteilung für welche onkologischen Leistungen zuständig und verantwortlich ist.

LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems

Alle vier LKH führten onkologische Therapien durch (siehe TZ 21). Die KHBG hatte bisher keine schriftlichen Festlegungen hinsichtlich der Durchführung von onkologischen Therapien in den LKH getroffen.

Laut KHBG fände jedoch auf ärztlicher Ebene, geleitet durch einen onkologischen Koordinator, eine enge Abstimmung sowohl über therapeutische Schwerpunkte als auch über die konkrete Ausprägung spezifischer Therapieschemata statt. Darüber hinaus sei mit dem onkologischen Arbeitskreis ein Gremium installiert, das in regelmäßigen Treffen die Geschäftsführung in strategischen und strukturbildenden Fragen zur onkologischen Therapie berate sowie auf fachlicher Ebene konsensuale Festlegungen zur Tumorthherapie für das Gesamtunternehmen treffe. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war ein onkologisches Versorgungskonzept für die LKH in Planung.

KH Dornbirn

Auch das KH Dornbirn führte onkologische Therapien durch (siehe TZ 21). Eine schriftliche Festlegung der Stadtgemeinde Dornbirn betreffend das onkologische Leistungsspektrum des KH Dornbirn lag nicht vor. Nach Angaben der Krankenhausleitung bestanden krankenhauserne mündliche Festlegungen.

- 20.2 Der RH vermerkte kritisch, dass alle fünf überprüften Krankenanstalten onkologische Therapien erbrachten, ohne dass dafür nachvollziehbare Festlegungen der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten vorlagen.

Insbesondere aus Gründen der Behandlungssicherheit, aber auch zur Optimierung von Arbeits- und Prozessabläufen in der gesamten

⁴⁹ Erbringung von Therapie und Übernahme weiterer Leistungen in Abstimmung mit kooperierenden ONKS und/oder ONKZ, Notfallversorgung

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Behandlungskette, erachtete der RH solche Festlegungen für die onkologische Versorgung in Vorarlberg unter Einhaltung der im ÖSG definierten Qualitätskriterien für unabdingbar.

Der RH sah das Bemühen der KHBG als Rechtsträgerin der LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems positiv, ein onkologisches Versorgungskonzept für ihre LKH zu erarbeiten und schriftlich festzulegen. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Versorgungsstufen der LKH empfahl er eine rasche Fertigstellung und zügige Umsetzung.

Der Stadtgemeinde Dornbirn als Rechtsträgerin des KH Dornbirn empfahl der RH, ehestmöglich unter Berücksichtigung der Versorgungsstufe des KH Dornbirn das onkologische Leistungsspektrum des KH Dornbirn schriftlich festzulegen.

Beide Rechtsträger sollten bei der umfassenden Festlegung des jeweils zulässigen onkologischen Leistungsspektrums auf die Patientensicherheit bzw. die Qualitätskriterien des ÖSG besonders Bedacht nehmen.

Dem Land Vorarlberg, das die Qualitätskriterien des ÖSG durch Verordnung ausdrücklich für verbindlich erklärt hatte, empfahl der RH, die Festlegungen der Rechtsträger auf ihre ÖSG-Konformität zu überprüfen und auf für ganz Vorarlberg zweckmäßige, klare sowie patientensichere onkologische Versorgungsaufträge und -strukturen zu achten.

20.3 *Dem Land Vorarlberg erschien die Kritik des RH über das Fehlen von schriftlichen Festlegungen der Zuständigkeiten hinsichtlich der Durchführung von onkologischen Therapien nicht gerechtfertigt; weder der ÖSG noch sonst eine Vorschrift würden eine schriftliche Ausformulierung verlangen. Die entsprechende Koordination finde durch den onkologischen Koordinator sowie den onkologischen Arbeitskreis statt. Trotzdem werde darauf hingearbeitet werden, dass die diesbezüglichen Versorgungsaufträge in absehbarer Zeit verschriftlicht werden.*

20.4 Der RH nahm das vom Land Vorarlberg zugesagte Vorhaben, die onkologischen Versorgungsaufträge schriftlich festzulegen, positiv zur Kenntnis. In diesem Zusammenhang wäre mit dem BMG zu klären, welche onkologischen Leistungen (onkologische Therapien, onkologisch-chirurgische Leistungen etc.) konkret von den im ÖSG vorgesehenen Festlegungen umfasst sein sollen. Eine solche Klärung wäre auch von der Stadtgemeinde Dornbirn herbeizuführen.

Eine schriftliche Festlegung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die Erbringung onkologischer Leistungen ist aus Sicht des RH auch für das Land Vorarlberg selbst unabdingbar, um die ÖSG-Kon-



Qualitätssicherung in den
fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

formität dieser Festlegungen und deren Einhaltung überprüfen sowie patientensichere onkologische Versorgungsaufträge und -strukturen für das gesamte Bundesland sicherstellen zu können.

Kooperationen

21.1 Gemäß ÖSG ist eine institutionalisierte Kooperation mit einem Onkologischen Zentrum Bedingung für die Einrichtung eines Onkologischen Schwerpunkts; eine assoziierte onkologische Versorgung setzt eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem Onkologischen Zentrum und/oder einem Onkologischen Schwerpunkt voraus.

In den vier überprüften LKH und im KH Dornbirn stellte sich die onkologische Versorgung wie folgt dar:

LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems

- In allen vier LKH wurden, wie erwähnt, onkologische Therapien durchgeführt; die Anzahl betrug 2011 zwischen rd. 520 (LKH Bludenz) und rd. 3.800 (LKH Feldkirch). Das LKH Feldkirch war laut RSG ein Onkologischer Schwerpunkt, die anderen drei LKH waren im RSG jeweils als assoziierte onkologische Versorgung ausgewiesen.
- Das LKH Feldkirch gab an, im Bereich der Onkologie bspw. mit der Universitätsklinik Innsbruck zusammenzuarbeiten. Inhaltlich bestehe die Zusammenarbeit konkret darin, dass in Fällen, die unter medizinischen Gesichtspunkten schwierig oder selten seien, Falldiskussionen mit Therapieabsprachen abgehalten würden oder auch abgestimmt eine Überweisung von Patienten durchgeführt werde. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung bestand nicht.
- Die LKH Bludenz, Bregenz und Hohenems führten aus, im onkologischen Bereich bspw. mit dem LKH Feldkirch und/oder der Universitätsklinik Innsbruck⁵⁰ zu kooperieren. Diesbezügliche schriftliche Vereinbarungen gab es ebenfalls nicht.

⁵⁰ z.B. LKH Bregenz mit den Universitätskliniken für Innere Medizin, für Frauenheilkunde sowie für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

KH Dornbirn

Das KH Dornbirn führte im Jahr 2011 rd. 1.450 onkologische Therapien durch. Es war im RSG als assoziierte onkologische Versorgung ausgewiesen. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einem Onkologischen Zentrum oder Schwerpunkt lag nicht vor. Für die Zusammenarbeit zwischen dem KH Dornbirn als affiliertem Partner⁵¹ und dem Brustgesundheitszentrum Tirol bestand eine Geschäftsordnung.

- 21.2 Im Interesse der Sicherstellung der Patientenbehandlungsqualität hielt der RH die im ÖSG festgelegten institutionalisierten Kooperationen für unerlässlich und vermerkte kritisch das Fehlen diesbezüglicher schriftlicher Verträge.

Er empfahl den fünf überprüften Krankenanstalten daher, für die 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 ihrer Krankenanstalt(en) normiert werden.

- 21.3 *Dem Land Vorarlberg erschien die Kritik des RH, dass die Kooperationen nicht verschriftlicht wurden, nicht gerechtfertigt; weder der ÖSG noch sonst eine Vorschrift würden eine schriftliche Ausformulierung verlangen. Dennoch werde zur besseren Klarstellung und Nachvollziehbarkeit eine Verschriftlichung in absehbarer Zeit angestrebt.*

Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Dornbirn sei das Krankenhaus Dornbirn seit Rechtskraft des neuen RSG⁵² neu eingestuft worden. Die Stadtgemeinde sagte zu, entsprechende Kooperationsvereinbarungen mit onkologischen Zentren bzw. Schwerpunkten mit ihren Partnern zu verhandeln und nach Maßgabe der gesetzlichen Erfordernisse zu vereinbaren.

- 21.4 Der RH nahm die Zusage des Landes Vorarlberg und der Stadtgemeinde Dornbirn, schriftliche Kooperationsvereinbarungen zu schließen, positiv zur Kenntnis. In diesen Kooperationsvereinbarungen sollten nicht nur eine eindeutige ÖSG-konforme Festlegung von Aufgaben, Zustän-

⁵¹ 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.

⁵² Anmerkung des RH: Beschluss der Gesundheitsplattform vom 25. April 2013, Verordnung der Landesregierung über eine Änderung des Regionalen Strukturplans Gesundheit 2010, LGBl. Nr. 48/2013