

**Qualitätssicherungsmaßnahmen in der
Patientenbehandlung**

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 im LKH Salzburg sowie in den KH Schwarzach und Hallein

Die tatsächliche Personalausstattung der Hygieneteams wich in allen drei überprüften Krankenanstalten von den diesbezüglichen Empfehlungen des BMG ab. (TZ 11)

Die überprüften Krankenanstalten kamen ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Überwachung nosokomialer Infektionen in unterschiedlichem Ausmaß nach. Lediglich das LKH Salzburg verfügte über eine umfassende Erfassung, Analyse und Interpretation relevanter Daten. (TZ 12)

Einzelne Fachabteilungen der drei überprüften Krankenanstalten erfassten im eigenen Interesse in unterschiedlichem Ausmaß Komplikationsraten. Es fehlte jedoch in jeder der drei Krankenanstalten eine systematische Erfassung und zentrale Auswertung. (TZ 13)

Im Unterschied etwa zum Wiener Krankenanstaltengesetz bestand im SKAG keine Verpflichtung, alle durch diagnostische und therapeutische Eingriffe gewonnenen Zellen und Gewebe einer zytologischen bzw. histopathologischen Untersuchung zuzuführen. (TZ 14)

Interne Fehlermeldesysteme waren in den drei überprüften Krankenanstalten bisher nicht eingerichtet. (TZ 15)

Im Unterschied zum LKH Salzburg und zum KH Hallein verwendete das KH Schwarzach nicht die OP-Checklist der WHO. (TZ 17)

Das KH Schwarzach verfügte vorerst nur über eine provisorische Geschäftsordnung des Tumorboards. (TZ 18)

Kurzfassung**Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe**

Anhand ausgewählter Eingriffe beurteilte der RH in den drei 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 19)

Im KH Schwarzach war die Anzahl der Teil-/Entfernungen der Bauchspeicheldrüse mit fünf Eingriffen im mehrjährigen Durchschnitt nur etwa halb so hoch wie die in der Leistungsmatrix des ÖSG enthaltene Mindestfrequenz. Im KH Hallein lag die Anzahl der Schilddrüsenoperationen (Thyreoidektomien) im mehrjährigen Durchschnitt nur bei einem Fünftel, bei den Knieoperationen unter einem Drittel der Mindestfrequenzen. (TZ 20)

Im KH Hallein fand über Jahre hindurch ein kontinuierlicher Ausbau von elektiven unfallchirurgischen und orthopädischen Leistungen statt. Diese Leistungen wurden vom Salzburger Gesundheitsfonds vergütet, obwohl dies weder von den Versorgungsplanungen noch von den krankenanstaltenrechtlichen Grundlagen gedeckt war. Die Salzburger Landesregierung als Aufsichtsbehörde duldet diese Praxis. (TZ 21)

Für eine adäquate Versorgung von Kaiserschnittgeburten fehlte im KH Hallein die Anwesenheit von Kinderfachärzten mit neonatologischer Zusatzausbildung. (TZ 22)

Im Vergleich mit dem KH Schwarzach wies das LKH Salzburg teilweise deutlich längere Verweildauern im OP-Bereich auf. Bezüglich des KH Hallein waren keine auswertbaren Daten verfügbar. (TZ 23)

Sonstige Feststellungen

Im LKH Salzburg entsprach die Erfassung der Zeitmarken für den Operationsverlauf nicht dem OP-Statut. Auch wurde die Möglichkeit zur automatisierten detaillierten Dokumentation des Zeitablaufs einer Operation nicht ausreichend genutzt. (TZ 24)

Das KH Hallein hatte mangels einer IT-Schnittstelle zwischen den verwendeten IT-Systemen keine Möglichkeit, die während der Operationen erfassten Zeiten elektronisch auszuwerten bzw. mit anderen spitalsspezifischen IT-Netzwerken zu verknüpfen. (TZ 25)

**Qualitätssicherungsmaßnahmen in der
Patientenbehandlung**

Die Aufgaben des medizinischen Qualitätsmanagements waren in der Gemeinnützigen Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (SALK) stark zersplittert. (TZ 26)

Hinsichtlich der OP-Simulatoren bestand zwischen der SALK und der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität noch keine Vereinbarung über die Nutzung dieser Geräte. (TZ 27)

Kenndaten zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung im LKH Salzburg sowie in den KH Schwarzach und Hallein			
Krankenanstalten	Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (LKH Salzburg); Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul (KH Schwarzach), Krankenhaus der Stadtgemeinde Hallein (KH Hallein)		
Rechtsträger	Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (Alleingesellschafter ist das Land Salzburg); Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. (Alleingesellschafter ist die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul); Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. (Alleingesellschafter ist die Stadtgemeinde Hallein)		
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F., Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten		
Bundesrecht	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KÄKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.		
Landesrecht	Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl. Nr. 24/2000 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		
Leistungsdaten 2010	LKH Salzburg	KH Schwarzach	KH Hallein
	Anzahl		
tatsächliche Betten	1.172	513	163
stationäre Aufenthalte	76.978	29.823	7.795
ambulante Frequenzen	482.384	126.038	21.889
	in %		
Auslastung nach Belagstagen	70	78	70
	Anzahl		
durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	3,90	4,89	5,37
Personal in VZÄ	3.288,66	1.029,00	238,98
Endkosten in Mill. EUR	342,05	84,53	20,69
LKF-Punkte in Mill.	212,91	71,60	18,04
	in EUR		
Kosten je LKF-Punkt	1,61	1,18	1,15

Quellen: DIAG; LKH Salzburg; KH Schwarzach; KH Hallein

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung

Prüfungsablauf und -gegenstand

- 1 Der RH überprüfte von November 2011 bis Jänner 2012 bzw. im März 2012 querschnittsartig Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Patientenbehandlung im Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (LKH Salzburg), im Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul (KH Schwarzach) und im Krankenhaus der Stadtgemeinde Hallein (KH Hallein).

Ziel der Gebarungsprüfung war es, in den drei genannten Krankenanstalten die Umsetzung der im Gesundheitsqualitätsgesetz¹ und in den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG²) sowie in den entsprechenden Landesausführungsgesetzen – konkret im Salzburger Krankenanstaltengesetz (SKAG³) festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beurteilen. Anhand ausgewählter medizinischer Eingriffe (Angiographie der Herzkranzgefäße, 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.

Zu dem im Juli 2012 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das BMG, die Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (SALK), die Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. und die Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. im September 2012 sowie das Land Salzburg im Oktober 2012 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im November 2012.

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

¹ BGBl. I Nr. 179/2004

² BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.

³ LGBl. Nr. 24/2000 i.d.g.F.

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

dazu beitragen kann, Rationalisierungspotenziale besser auszuschöpfen.⁴

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 i.d.g.F. (Gesundheitsqualitätsgesetz),
- Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl. Nr. 24/2000 i.d.g.F. (SKAG) sowie
- Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG).

Gesundheitsqualitäts- gesetz

3.1 Das **Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz)** wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 mit dem Ziel **beschlossen**, ein bundesländer- und sektorenübergreifendes Qualitätssystem zu implementieren und verbindliche **Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen** zu schaffen. Der **Bundesgesetzgeber entschied sich dabei** jedoch nicht für ein konkretes Qualitätsmanagementmodell, **sondern überließ es dem Bundesminister für Gesundheit**, Qualitätsstandards entweder in Form von verbindlichen **Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung zu erlassen** oder in Form von Bundesqualitätsleitlinien im Sinne einer Hilfestellung zu empfehlen (**§ 4 Gesundheitsqualitätsgesetz**).⁵

Konkreter und für den Bundesminister für Gesundheit verpflichtend waren die vom Gesetzgeber in den **§§ 5 ff. Gesundheitsqualitätsgesetz** verankerten Vorgaben, die im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigten. Demnach waren vom Bundesminister u.a. verbindliche Strukturqualitätskriterien und Anforderungen im Bereich der Prozessqualität zu

⁴ 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 Ziffer 5), die unter www.goeg.at/Bereich/Qualitaetsstrategie.html abrufbar ist

⁵ 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“.

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.

Ungeachtet dieser gesetzlichen Verpflichtung erließ der Bundesminister für Gesundheit jedoch bislang keine verbindlichen Qualitätsvorgaben (Bundesqualitätsrichtlinien).

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

3.3 *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass es keine gesetzliche Verpflichtung zur Erlassung von Bundesqualitätsleit- und -richtlinien gebe. Die Festlegung verbindlicher Qualitätsvorgaben habe sich in der Praxis als nicht zweckmäßig und in der Sache auch nicht unbedingt 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 geltenden Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ein Mitspracherecht insofern ausbedungen, als die Inhalte aller Verordnungen im Rahmen des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Konsens zwischen Bund und Ländern festzulegen wären. Dem BMG sei es nicht möglich, diese Vorgangsweise im Alleingang zu ändern.

Das BMG hob schließlich hervor, dass im ÖSG und im Rahmen der LKF-Abrechnungsvorschriften bereits verbindliche Qualitätsstandards bestünden.

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

3.4 Der RH entgegnete unter Verweis auf die gesetzlichen Materialien⁶, dass es gerade die Intention des Gesetzgebers war, mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz die Grundlage für ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem zu schaffen und die Einhaltung von Qualitätsvorgaben bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen verbindlich vorzuschreiben.

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

Aus der Sicht des RH war ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem, wie es das Gesundheitsqualitätsgesetz forderte, ohne bundeseinheitliche, sektorenübergreifende und transparente Standards nicht denkbar. Derartige Standards 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 Das mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz im Jahr 2006 eingerichtete Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (Bundesinstitut) sollte den Bundesminister insbesondere bei der Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen sowie bei der Überprüfung, Empfehlung, Erarbeitung und der Kontrolle von Qualitätsstandards unterstützen. Dementsprechend beauftragte der Bundesminister das Bundesinstitut im Jahr 2008, in einer sogenannten „Metaleitlinie“ die Methode für die Entwicklung und Evaluierung von Qualitätsstandards festzulegen.

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

- das „Disease Management Programm für Diabetes mellitus Typ 2“⁷ und
- die „Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen“.

⁶ Erl RV 693 der Beilagen XXII. GP, S 27 f.

⁷ Programm zur Behandlung von Zuckerkrankheiten Typ 2

Vom Bundesinstitut bereits fertiggestellt, aber noch nicht in Form einer Bundesqualitätsleitlinie veröffentlicht, war ein Qualitätsstandard zur Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening. Weitere Bundesqualitätsleitlinien zu den Themen Demenz, Parkinson, COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung – Raucherlunge), Aufnahme- und Entlassungsmanagement befanden sich in Planung.

Darüber hinaus hatte das Bundesinstitut die Aufgabe, Qualitätsberichte zu erstellen.⁸ Erstmals wurden im Jahr 2011 zwei themenspezifische Berichte über den Bereich Patientenzufriedenheit und über Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten veröffentlicht. Mittelfristiges Ziel des Bundes war eine periodische Veröffentlichung eines österreichischen Qualitätsberichts, jedoch fehlten laut Bundesinstitut bisher die erforderlichen Daten.

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

Weiters empfahl der RH dem BMG im Interesse einer einheitlichen Qualitätsberichterstattung die Entwicklung von Vorgaben auf Basis bereits bestehender Dokumentationsgrundlagen⁹. Wie den TZ 12 und 13 zu entnehmen ist, erfassten die drei vom RH überprüften Krankenanstalten bereits auf freiwilliger Basis Qualitätsparameter (z.B. Infektionsraten), die jedoch unterschiedlich und nicht vergleichbar waren.

- 4.3 Das BMG hielt in seiner Stellungnahme fest, dass es in den letzten beiden Jahren zusätzlich zu der bereits vorhandenen Bundesqualitätsleitlinie „Disease Management Programm für Diabetes mellitus Typ 2“ die Bundesqualitätsleitlinie zur Präoperativen Diagnostik erlassen sowie Qualitätsstandards für die Brustkrebs-Früherkennung festgelegt habe. Im Juni 2012 sei ferner eine Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement der Bundesgesundheitskommission vorgelegt worden.

- 4.4 Der RH hielt an seiner Kritik fest, nahm aber die zwischenzeitlich erfolgten Bemühungen des BMG zur Kenntnis.

⁸ vgl. § 4 Abs. 2 Z 4 GÖGG (Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH)

⁹ z.B. LKF-System, Pflugg-, Intensiv- und OP-Protokolle

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

Vorgaben im Krankenanstaltenrecht

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

Mit der KAKuG-Novelle 1993¹⁰ wurden u.a. der Qualitätssicherung besondere Bedeutung beigemessen und entsprechend spezifische Regelungen¹¹ geschaffen. Demnach hat die Landesgesetzgebung die Krankenanstaltenträger zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzusehen, die vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglichen. Die Voraussetzungen für diese Maßnahmen haben die Träger selbst zu schaffen, wobei laut KAKuG drei Dimensionen von Qualität zu berücksichtigen sind:

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

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

(2) Gemäß dem SKAG¹² sind die Rechtsträger von Krankenanstalten verpflichtet, interne Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und die dafür erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen. Konkretere Vorgaben waren von der Landesregierung durch Verordnung zu erlassen. Obwohl diese Verpflichtung bereits seit dem Jahr 1996¹³ bestand, erließ die Salzburger Landesregierung eine solche Verordnung bisher nicht.

¹⁰ BGBl. Nr. 801/1993

¹¹ § 5b KAKuG

¹² § 33 leg. cit.

¹³ LGBl. Nr. 76/1995, § 12 f.

(3) Im Unterschied dazu hatte etwa die Oberösterreichische Landesregierung bereits im Jahr 2000 eine entsprechende Verordnung erlassen¹⁴, obwohl im Oö. Krankenanstaltengesetz¹⁵ keine Verpflichtung dazu bestand. Danach waren die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten, der Sanatorien sowie der privaten Krankenanstalten zur Akutversorgung in Oberösterreich verpflichtet, an einem Qualitätsprojekt¹⁶ teilzunehmen und Daten für verschiedene Indikatoren zu erfassen.¹⁷

- 5.2 Der RH beanstandete, dass die Salzburger Landesregierung bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Verpflichtung mehr als 15 Jahre säumig blieb. Er empfahl dem Land Salzburg, die Verordnung zur näheren Bestimmung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Kontrolle im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umgehend zu erlassen.
- 5.3 *Laut Stellungnahme des Landes Salzburg sei die Verpflichtung der Landesregierung zur Erlassung einer Verordnung durch das Gesundheitsqualitätsgesetz aufgehoben worden. Gemäß § 3 Abs. 1 Gesundheitsqualitätsgesetz seien nämlich die Bestimmungen dieses Gesetzes bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unabhängig von der Organisationsform der Leistungserbringer einzuhalten, somit auch für den Bereich der Krankenanstalten.*

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

¹⁴ Verordnung der Oberösterreichischen Landesregierung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten, LGBl. Nr. 77/2000 i.d.g.F.

¹⁵ siehe § 27 Abs. 6 Oö. Krankenanstaltengesetz 1997, LGBl. Nr. 132/1997 i.d.g.F.: „Die Landesregierung kann ...“.

¹⁶ Quality Indicator Project (QIP) der Maryland Hospital Association

¹⁷ vgl. § 2 der Verordnung der Oberösterreichischen Landesregierung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten, LGBl. Nr. 77/2000 i.d.g.F., z.B.: im Krankenhaus zugezogene Infektionen, Kathedereinsatz, Mortalität, ungeplante Rückkehr in den OP oder speziell auf den Bereich der Psychiatrie zugeschnittene Indikatoren wie unvorhergesehene Abgänge oder der Gebrauch von physischen Maßnahmen

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

5.4 Der RH teilte die Ansicht des Landes Salzburg bezüglich der grundsätzlichen Sinnhaftigkeit eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems. Er widersprach jedoch der vom Land Salzburg vertretenen Auffassung, wonach dem § 33 Abs. 1 zweiter Satz SKAG durch § 3 Abs. 1 Gesundheitsqualitätsgesetz materiell derogiert worden sei, weil aus seiner Sicht weder eine Normenkonkurrenz noch ein Normenkonflikt vorlagen.¹⁸ Das Gesundheitsqualitätsgesetz stützt sich auf die in Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG verankerte Kompetenz des Bundes für die Gesetzgebung und Vollziehung im Gesundheitswesen. Mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz sollte demnach die Grundlage für die Festsetzung von allgemeinen Qualitätsstandards für das gesamte Gesundheitswesen geschaffen werden, die unabhängig davon gelten, von wem und in welchem organisatorischen Rahmen (intra- oder extramural) die Gesundheitsdienstleistung erbracht wird.

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

Österreichischer
Strukturplan Gesund-
heit

6.1 (1) Der ÖSG 2010 ist Grundlage für die Leistungsangebotsplanung in den regionalen Strukturplänen. Er legt fachbezogene und leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien fest.¹⁹

¹⁸ Ein früheres Gesetz kann – ohne explizite Aufhebung – allein durch die Erlassung eines späteren Gesetzes nur insoweit seine Geltung verlieren, als beide denselben Gegenstand gleich (Normenkonkurrenz) bzw. unterschiedlich (Normenkonflikt) regeln (vgl. Wiederin, Bundesrecht und Landesrecht, Wien (1995), S. 245 ff.).

¹⁹ vgl. Artikel 4 (2) der Artikel 15a-Vereinbarung: „Verbindliche Qualitätskriterien stellen einen integrierenden Bestandteil der Planungsaussagen im Rahmen der Leistungsangebotsplanung dar.“

Tabelle 1: Übersicht Strukturqualitätskriterien ÖSG 2010

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

Quellen: ÖSG 2010; RH

(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, wo entweder ein Fachschwerpunkt oder eine Vollabteilung eingerichtet ist. Die fachlich verwandten Leistungen des Fachbereiches Unfallchirurgie waren pro Versorgungsregion sogar möglichst nur an einer zentralen unfallchirurgischen Standardabteilung zu erbringen, die auch als „Mutterabteilung“ von Satellitendepartements²⁰ 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.

²⁰ dezentrale, kleine Versorgungseinheiten an anderen KA-Standorten im organisatorischen Verbund mit der Mutterabteilung einer zumeist größeren KA

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

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, die Qualität der Leistungserbringung in den österreichischen Krankenanstalten zu sichern.

Verbindlichkeit der
Strukturqualitätskri-
terien

7.1 Gemäß der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Artikel 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 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 zu betrachten.²¹

Darüber hinaus wurde mit einer Novelle des KAKuG²² klargestellt, dass insbesondere die Qualitätskriterien des ÖSG den Stand der medizinischen Wissenschaft im Sinne des § 8 Abs. 2 KAKuG abbilden und diesbezüglich „als Sachverständigengutachten“ in die Rechtsordnung einfließen. Sie sind von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze²³ und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen.

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

²¹ In den Ländern sind dazu die Landesgesundheitsplattformen zuständig.

²² BGBl. I Nr. 147/2011

²³ Landesregierung bzw. Landeshauptmann und Bezirksverwaltungsbehörden

Allerdings waren die Strukturqualitätskriterien in Salzburg für die Abrechnungspraxis im Rahmen des Systems der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) nicht in vollem Umfang relevant.

- 7.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass Strukturqualitätskriterien in Salzburg für die Abrechnungspraxis im Rahmen des LKF-Systems nicht in vollem Umfang relevant waren. Dies hatte zur Folge, dass eine Leistung, die nicht den Strukturqualitätskriterien entsprach, der Krankenanstalt dennoch finanziell abgegolten werden konnte.

Der RH empfahl dem Land Salzburg, den Salzburger Gesundheitsfonds²⁴ dazu anzuhalten, die Abrechnungskriterien nach dem LKF-System an die Strukturqualitätskriterien des ÖSG anzugleichen und Leistungen, die diesen nicht entsprechen, den Fondskrankenanstalten auch nicht zu vergüten.

- 7.3 *Das BMG hielt diesbezüglich fest, dass im Zusammenwirken verschiedener Festlegungen und Vorgaben grundsätzlich alle Qualitätskriterien des ÖSG für die LKF-Abrechnung relevant seien. Des Weiteren werde im LKF-Modell in vielen Bereichen auf ÖSG-Vorgaben Bezug genommen bzw. würden zusätzliche Qualitätskriterien vorgeschrieben sein.*

Das Land Salzburg wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass seit der Einrichtung des Salzburger Gesundheitsfonds bzw. zuvor des Salzburger Krankenanstalten-Finanzierungsfonds bei Nichterfüllung dieser angeführten Kriterien entsprechende LKF-Punkteabzüge vorgenommen würden, wobei sich der Abzug im ersten Jahr des Bestehens des Fonds (1997) auf ca. 2,3 Mill. ATS belaufen hätte. Seit Jänner 2010 werde ein spezielles Programmmodul des K-Dok (Dokumentationssystem für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten) angewendet, das generell unter Verwendung der sogenannten Leistungsmatrix des ÖSG eine Auswertung von LKF-Punkten liefere, die als Subtrahend bei der Berechnung der leistungsbezogenen Auszahlungen des Salzburger Gesundheitsfonds herangezogen würde.

- 7.4 Der RH wies in diesem Zusammenhang auf die Widersprüchlichkeit zwischen der von Bund und Ländern vereinbarten Regelung im Rahmen der Art. 15a-Vereinbarung²⁵ und der gängigen Abrechnungspraxis im Land Salzburg hin. Die Strukturqualitätskriterien entfalteten in Salzburg aus Sicht des RH insofern keine verbindliche Wirkung, als

²⁴ Der Salzburger Gesundheitsfonds führt die Abgeltung der Leistungen der Fondskrankenanstalten durch und gewährt Zuschüsse und Zuwendungen an Einrichtungen des Gesundheitswesens für strukturverbessernde Maßnahmen.

²⁵ Art. 4 Abs. 8

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

sie im Rahmen der LKF-Abrechnung nicht in vollem Umfang berücksichtigt wurden. So vergütete der Salzburger Gesundheitsfonds bspw. die im KH Hallein erbrachten elektiven unfallchirurgischen und orthopädischen Leistungen, obwohl deren Erbringung an diesem Standort ganz klar den Strukturqualitätskriterien des ÖSG widersprach.

Die Pläne des Salzburger Gesundheitsfonds, in Zukunft für alle nicht erreichten Strukturqualitätskriterien bei der Abrechnung der Leistungen im Rahmen des LKF-Systems Punkteabzüge vorzunehmen, bewertete der RH positiv.

Indikatorenmodell

8.1 Im Rahmen eines von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Projekts ist geplant, ein Indikatorenmodell²⁶ auf alle Krankenanstalten Österreichs auszuweiten.²⁷ Dieses Modell greift auf Daten zurück, die über das LKF-System routinemäßig in jeder Krankenanstalt erfasst werden und dem BMG verpflichtend zu melden sind, weshalb kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand anfällt. Als Schwerpunktindikatoren werden vorerst Auswertungen für die Behandlungspfade Herzinfarkt, Lungenentzündung und Oberschenkelhalsbruch durchgeführt.

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

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

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

²⁶ Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI

²⁷ Dieses Indikatorenmodell wurde von der NÖ Landeskliniken-Holding in Zusammenarbeit mit einem deutschen Klinikenträger und dem Schweizer Bundesamt für Gesundheit entwickelt.



Grundlagen der Qualitätssicherung in
Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der
Patientenbehandlung

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

Qualitätsindikatoren in Deutschland

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

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

Qualitätsindikatoren in Deutschland

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

¹ seltenes schwerwiegendes Ereignis

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

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

Bisher wurden in Deutschland für folgende Behandlungen Mindestmengen festgelegt:

^{2B} z.B. Bauchspeicheldrüse, Kniegelenk, PTCA (Eingriff am Herz), akuter Myokardinfarkt, Organtransplantation

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

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

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

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

³ mit Beschluss vom 16. Dezember 2010 befristet ausgesetzt

Quelle: Mindestmengenvereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses 2011

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

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

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

9.4 Der RH wies darauf hin, dass auch in Deutschland ein empirisch nachgewiesener Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität Voraussetzung für die Festsetzung von Mindestmengen ist.

Qualitätssicherung im LKH Salzburg sowie in den KH Schwarzach und Hallein

Allgemeines, Hygieneteam-Grundlagen

10 Als Maßnahmen der **Qualitätssicherung** im Sinne des § 5b KAKuG bzw. des § 33 SKAG kamen für **die Rechtsträger** der Krankenanstalten insbesondere

- **Maßnahmen des Hygienemanagements,**
- die **Erfassung** von Komplikationsraten,
- die **Durchführung** von histologischen Untersuchungen,
- die **Einführung** von Fehlermelde- und Lernsystemen,
- **Zertifizierungen,**
- die **Anwendung** von Checklisten sowie
- die **interdisziplinäre Besprechung** onkologischer Fälle im Rahmen eines Tumorboards

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

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

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

- **Erstellung** von Arbeitsanleitungen bzw. Richtlinien zu hygienisch relevanten Tätigkeiten,
- **Erstellung** von Hygieneplänen,
- **Infektionsüberwachung** und -statistik,

- Information und Fortbildung der Mitarbeiter der Krankenanstalt über die Belange der Hygiene,
- fachliche und inhaltliche Begleitung der Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen.

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

Um all diesen Aufgaben nachkommen zu können, sind sowohl ausreichende personelle Ressourcen als auch eine adäquate Infrastruktur für das Hygieneteam Voraussetzung. Das BMG hat daher in einer Leitlinie²⁹ folgende Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung des Hygieneteams ausgesprochen:

Tabelle 4: Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung der Hygieneteams (Leitlinie 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
Schwerpunkt-Krankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter Krankenanstalt > 400 Betten + 1 pro 400 Betten	mindestens 1 pro 200 Betten
Standard-Krankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter pro 400 Betten	mindestens 1 pro 200 Betten

Quellen: Leitlinie PROHYG; RH

²⁹ PROHYG 2.0 „Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“

Qualitätssicherung im LKH Salzburg sowie in den KH Schwarzach und Hallein

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.³⁰

Hygieneteams in
den drei überprüften
Krankenanstalten

11.1 (1) Am LKH Salzburg war ein Zentrum für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle eingerichtet, das ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) leitete. Das Hygieneteam umfasste weiters einen Oberarzt als Stellvertreter, fünf Hygienefachkräfte und einen Hygienetechniker. Zusätzlich war noch eine Verwaltungsassistentin für das Hygieneteam tätig.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Zentralkrankenanstalt mit rd. 1.200 Betten einen zusätzlichen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie, einen zusätzlichen Hygienebeauftragten sowie zwei zusätzliche Hygienefachkräfte vor.

LKH Salzburg	Krankenhaushygieniker		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Zentralkrankenanstalt mit 1.205 Planbetten	3	2	8	6 ¹

¹ = 1 Hygienetechniker und 5 Hygienefachkräfte

Quelle: LKH Salzburg

(2) Am KH Schwarzach waren ein krankenhauseigener Arzt für Anästhesie als Hygienebeauftragter sowie ein vor kurzem ausgebildeter Facharzt als stellvertretender Hygienebeauftragter tätig und an zwei Nachmittagen pro Woche für ihre Aufgaben im Rahmen der Krankenhaushygiene freigestellt. Eine diplomierte Krankenpflegekraft war als Vollzeit-Hygienefachkraft tätig.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Schwerpunktkrankenanstalt mit rd. 500 Betten eine zusätzliche Hygienefachkraft vor.

³⁰ Im Jahr 1992 wurde erstmals in Österreich der Rechtsträger einer Krankenanstalt zu Schadenersatz verurteilt, weil keine ausreichenden Maßnahmen ergriffen worden waren, um Krankenhausinfektionen zu verhindern, darunter auch, dass es keine Stellvertretung für den Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragten gab (vgl. OGH, 2 Ob 538/92 vom 17. Juni 1992).

KH Schwarzach	Krankenhaustygieniker		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Schwerpunktkrankenanstalt mit 516 Planbetten	1	0,4 ¹	2	1

¹ Die gewährte Freistellung an 2 Halbtagen entsprach einem Ausmaß von 8 Std. pro Woche (= 0,2 VZÄ mal 2).

Quelle: KH Schwarzach

(3) Im KH Hallein war kein krankenhauseigener Arzt als Hygienebeauftragter tätig. Der Krankenhaushygieniker des LKH Salzburg war jedoch einmal pro Quartal vor Ort und nahm in einem Ausmaß von insgesamt rund zehn Stunden pro Monat diverse Aufgaben der Krankenhaushygiene wahr. Ein im KH Hallein angestellter Arzt war in Ausbildung zum „Hygienebeauftragten Arzt“, um diese Funktion in Zukunft übernehmen zu können. Eine entsprechend ausgebildete diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft war im Ausmaß einer Halbtagsstelle als Hygienefachkraft tätig.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 160 Betten einen Hygienebeauftragten im Ausmaß von 0,4 VZÄ und eine Hygienefachkraft im Ausmaß von 0,8 VZÄ vor.

KH Hallein	Krankenhaustygieniker		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Standardkrankenanstalt mit 163 Planbetten	1 pro 400 Betten = 0,4 bei 163 Betten	0,13 ¹	1 pro 200 Betten = 0,8 bei 163 Betten	0,5

¹ Die Mitversorgung durch den Krankenhaushygieniker des LKH Salzburg im Ausmaß von rd. 10 Stunden pro Monat sowie des Primarius für Anästhesie entsprach einem Ausmaß von 5 Stunden pro Woche = 0,125 VZÄ

Quelle: KH Hallein

11.2 Der RH wies auf die Abweichungen zwischen der tatsächlichen Personalausstattung der Hygieneteams und den in der PROHYG 2.0 Leitlinie des BMG ausgesprochenen Empfehlungen hin.

Qualitätssicherung im LKH Salzburg sowie in den KH Schwarzach und Hallein

Er empfahl der SALK, der Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. und der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H., entsprechend den Vorgaben des BMG die Hygieneteams zu ergänzen und im KH Schwarzach mittelfristig eine eigene Facharztstelle für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) im Ausmaß eines VZÄ zu schaffen.

Bezüglich des KH Hallein beanstandete der RH, dass trotz der eindeutigen gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 28 SKAG kein Hygienebeauftragter im Sinne des § 8a KAKuG bestellt war. Er empfahl daher der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H., einen Hygienebeauftragten zu ernennen.

- 11.3 *Die SALK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie werde den Personalstand an die in der PROHYG 2.0 Leitlinie des BMG festgelegten Sollwerte schrittweise anpassen.*

Die Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. teilte mit, dass das bestehende Hygieneteam durch eine Facharztstelle für Hygiene und Mikrobiologie aufgestockt werde; die Mittel wären bereits für 2013 zum Ansatz gebracht.

Die Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. teilte mit, dass sich aufgrund massiver Schwierigkeiten, geeignete Fachärzte für Chirurgie zu bekommen, die Ausbildung des nunmehr vorgesehenen Facharztes für Chirurgie zum Hygienebeauftragten verzögere. Sie verwies jedoch auf den Werkvertrag mit dem Krankenhaushygieniker des LKH Salzburg.

- 11.4 Der RH stellte gegenüber der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. klar, dass er die Mitversorgung durch den Krankenhaushygieniker des LKH Salzburg im Ausmaß von rund zehn Stunden pro Monat bereits **berücksichtigt hatte (siehe Tabelle 7)**. Er verblieb daher bei seiner Kritik hinsichtlich des fehlenden Hygienebeauftragten.

Nosokomiale Infektionen

- 12.1 Unter nosokomialen Infektionen werden Infektionen verstanden, die sich ein Patient im Laufe des Spitalsaufenthaltes 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

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

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 in der Krankenanstalt keine ausreichenden Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhindern.³⁴

Gemäß § 8a Abs. 4 KAKuG ist ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Überwachungssystem (sogenanntes Surveillance-System) einzurichten. Darunter sind Systeme, wie das österreichische ANISS-Projekt³⁵ oder das deutsche KISS³⁶ zu verstehen. Die Überwachung sollte sich schwerpunktmäßig auf besondere Risikobereiche innerhalb der Krankenanstalt beziehen. Der Gesetzgeber nennt in diesem Zusammenhang etwa die Fachdisziplinen Intensivmedizin und Chirurgie.

(1) Am LKH Salzburg wurden nosokomiale Infektionen sowohl krankenhausweit als auch abteilungsspezifisch nach dem deutschen KISS-System erfasst und für Auswertungen und Benchmarks an das Robert Koch Institut in Berlin gemeldet.

Krankenhausweit wurde ausschließlich eine Surveillance der nosokomialen Infektion mit dem anaeroben Erreger *Clostridium difficile* assoziierte Diarrhö (CDAD – Schwere Durchfälle) vorgenommen.

³² vgl. die vom BMG herausgegebene Leitlinie PROHYG 2.0, Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene

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

³⁴ vgl. die letztinstanzliche Verurteilung eines Landes als Rechtsträger einer Krankenanstalt durch den OGH (20b 538/92 vom 17. Juni 1992)

³⁵ 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.

³⁶ 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 im LKH Salzburg sowie in den KH Schwarzach und Hallein

Im Fachbereich Chirurgie wurden Infektionen bei den Indikator-OPs partielle und totale Kolektomie sowie Verschluss von Leistenhernien erfasst.³⁷ Die Kliniken für Orthopädie und Unfallchirurgie erfassten Infektionen bei der Indikator-OP, bei Erst-Implantation einer Hüftendoprothese, bei Arthrose bzw. bei Fraktur. Im Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe wurden Infektionen bei Kaiserschnitten (Sectiones) erfasst. Die Klinik für Neonatologie erfasste nosokomiale Infektionen bei Frühgeborenen auf der neonatologischen Intensivstation.

(2) Auch das KH Schwarzach erfasste krankenhausesweit nosokomiale CDAD-Fälle mit Hilfe des deutschen KISS-Systems und meldete für Auswertungen und Benchmarks Daten an das Robert Koch Institut in Berlin.

An den einzelnen Abteilungen war dies allerdings lediglich in den Fachbereichen der Orthopädie (bei Erst-Implantation von Hüft- und Knieendoprothesen) und Unfallchirurgie (bei Erst-Implantation von Hüftendoprothesen) Praxis.

Eine Ausweitung der Infektions-Surveillance auf die Fachbereiche Gynäkologie/Geburtshilfe und Chirurgie war geplant.

(3) Im KH Hallein fand keine fortlaufende systematische Erfassung, Analyse und Interpretation relevanter Daten zu nosokomialen Infektionen statt.

- 12.2 Wie der RH kritisch feststellte, kamen die überprüften Krankenanstalten ihren gesetzlichen Verpflichtungen zur Infektions-Surveillance in sehr unterschiedlichem Ausmaß nach. Der RH sah dies im Zusammenhang mit dem Versäumnis der Salzburger Landesregierung, nähere Bestimmungen über Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen einer Verordnung zu erlassen (siehe dazu TZ 5). Die Verpflichtung zur Infektions-Surveillance hätte in dieser Verordnung konkretisiert werden sollen.³⁸

Im Unterschied zum LKH Salzburg, das über eine umfassende Erfassung, Analyse und Interpretation relevanter Daten zu nosokomialen Infektionen verfügte, waren im KH Schwarzach in den Bereichen

³⁷ Bei beiden wurden sowohl offene chirurgische als auch endoskopische Eingriffe erfasst. Die Auswertung erfolgte getrennt, indem für jeden Eingriff „endoskopisch: Ja/Nein“ vermerkt wurde.

³⁸ In Oberösterreich war auf diese Weise eine Teilnahme am QIP verfügt worden (vgl. die Verordnung der Oberösterreichischen Landesregierung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten, LGBl. Nr. 77/2000 i.d.G.F. und die Ausführungen unter TZ 5 in diesem Bericht).

der Chirurgie, der Geburtshilfe und der Neonatologie im Jahr 2011 keine systematische Infektions-Surveillance vorhanden. Der RH anerkannte daher die geplante Ausweitung der Infektion-Surveillance auf die Bereiche Gynäkologie/Geburtshilfe (Sectiones) und Chirurgie (Schilddrüse). Darüber hinaus empfahl er dem KH Schwarzach, Infektionen auch an der neonatologischen Intensivstation zu erfassen, wie dies im LKH Salzburg seit 1998 der Fall war. Ebenso empfahl er dem KH Schwarzach, in der Fachabteilung für Chirurgie neben den Schilddrüsen-Eingriffen Infektionsraten auch bei Eingriffen am Kolon zu erfassen.

Bezüglich des KH Hallein bemängelte der RH, dass es seiner gesetzlichen Verpflichtung zur Infektionsüberwachung nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System bisher nicht nachgekommen war. Der RH wies in diesem Zusammenhang auch auf die krankenanstaltenrechtliche Verantwortung der Anstaltsleitung hin. Er empfahl der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H., ehestens ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Überwachungssystem einzuführen.

- 12.3 Die SALK merkte ergänzend an, dass außer den erwähnten Clostridien Infektionen auch Infektionen mit anderen Problemkeimerregern erfasst würden.

Die Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. teilte mit, aufgrund der Empfehlung des RH würden künftig auch nosokomiale Infektionen bei Frühgeborenen im NEO-KISS³⁹ erfasst.

Die Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. teilte mit, dass sich die Einführung eines dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Infektions-Surveillance-Systems bereits in Erarbeitung befinde.

Erfassung von Komplikationen

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

³⁹ Surveillance System nosokomialer Infektionen für Frühgeborene auf Intensivstationen

Qualitätssicherung im LKH Salzburg sowie in den KH Schwarzach und Hallein

Eine solche Erfassung ist nicht nur Voraussetzung für krankenhausebene Auswertungen von Komplikationsraten, sondern auch für Meldungen an zentrale Register und damit für ein krankenhauseübergreifendes Benchmarking. Beispiele für derartige Register waren das freiwillige Geburtenregister Österreichs⁴⁰ und das Hüftendoprothesen-Register⁴¹, das zukünftig alle in österreichischen Krankenanstalten durchgeführten Primärimplantationen und Komponentenwechsel dokumentieren soll.

(1) Im LKH Salzburg wurden Komplikationen zwar in der jeweiligen Krankengeschichte dokumentiert, nicht aber zentral erfasst, wodurch eine krankenhausebene Auswertung nicht möglich war. An den einzelnen Kliniken waren von der jeweiligen Klinikleitung eigene Systeme zur Dokumentation und Auswertung von Komplikationsraten eingerichtet worden. Diese umfassten allerdings oft nur Teilbereiche des Leistungsspektrums. Nähere Einzelheiten sind der folgenden Tabelle zu entnehmen:

⁴⁰ 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.

⁴¹ Mit der Einführung des Hüftendoprothesen-Registers sollen laut ÖBIG, bundesweit einheitliche Daten über Behandlungserfolge bzw. über Unterschiede bei der Verwendung von Implantaten verschiedener Hersteller generiert und ausgewertet werden können.

Tabelle 8: Erfassung von Komplikationsraten an ausgewählten Kliniken des
LKH Salzburg

	systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung bzw. Qualitätsmanagement	Meldung an Register
Chirurgie	ja	ja (Filemaker)	nein	nein
Gefäßchirurgie	ja	ja (Filemaker)	nein	nein
Gynäkologie Geburtshilfe	Schwangerschaft/ Geburt/Wochenbett	ja (Viewpoint)	nein	Österreichisches Geburtenregister
Herzchirurgie	ja	ja (CARDIAC)	nein	Herzchirurgie- register ¹
HNO	nein	nein	nein	nein
Innere Medizin I	ja, für den Bereich Endoskopie	ja (ORBIS)	nein	nein
Innere Medizin II	ja, für den Bereich Herzkatheter	ja (Excel)	nein	Arbeitsgemeinschaft Interventionelle Kardiologie der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft
Innere Medizin III	nur Paravasation bei Chemotherapie	ja (MegaManager)	nein	nein
Intensivmedizin	ja	ja (AIMS)	nein	nein
Orthopädie	ja	nein	nein	nein
Unfallchirurgie	nein	nein	nein	nein

¹ Das „Erwachsenen-Herzchirurgie-Register“ ist ein Projekt der GÖG im Auftrag des BMG. Ziel ist ein Vergleich der Leistungsqualität in den neun herzchirurgischen Zentren anhand von Daten wie z.B. der Verweildauer in der Intensivstation oder Aortenklappenzeit während der Operation.

Quelle: LKH Salzburg

Wie die Tabelle zeigt, wurden Komplikationsraten nicht durchgängig an allen Abteilungen und nicht für das gesamte Leistungsspektrum erfasst. Eine zentrale Auswertung durch die kollegiale Führung oder durch das Qualitätsmanagement fand nicht statt. Eine Meldung an Register erfolgte nur in Einzelfällen.

(2) Auch im KH Schwarzach wurden Komplikationen nicht zentral erfasst bzw. krankenhausweit ausgewertet. Mehrere Abteilungen führten auf Initiative des jeweiligen Primararztes eine Erfassung von Komplikationsraten durch. Meldungen an zentrale Register wurden ebenfalls nur vereinzelt vorgenommen (siehe dazu die folgende Tabelle):

Qualitätssicherung im LKH Salzburg sowie in den KH Schwarzach und Hallein

Tabelle 9: Erfassung von Komplikationen an ausgewählten Abteilungen des KH Schwarzach				
	systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung bzw. Qualitätsmanagement	Meldung an Register
Chirurgie	nein	nein	nein	nein
Gynäkologie Geburtshilfe	Schwangerschaft/ Geburt/Wochenbett	ja (Meldung Geburtenregister)	nein	Österreichisches Geburtenregister
HNO	ja	nein	nein	nein
Innere Medizin	Herzkatheter	ja (Xcelera Datenbank)	ja	Arbeitsgemeinschaft Interventionelle Kardiologie der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft
	Innere Intensiv	ja (ICDoc) ¹	nein	ASDI
Intensivmedizin	ja	ja (ICDoc) ¹	nein	ASDI
Orthopädie	ja	intraoperativ (SAP)	nein	nein
		postoperativ (Excel)		
Unfallchirurgie	ja	nein	nein	nein

¹ Ein vom Verein ASDI – Österreichisches Zentrum für Dokumentation und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin in Zusammenarbeit mit der TU Wien und einer Informatik-Firma entwickeltes Dokumentationssystem. Es ermöglicht die Dokumentation von Patientendaten auf der Intensivstation und die Berechnung etlicher Indizes (SAPS II, TRISS, APACHE II zur Stratifizierung des Schweregrades der Erkrankung, TISS-A als Indikator für den Pflegeaufwand).

Quelle: KH Schwarzach

(3) Auch im KH Hallein wurden Komplikationen weder zentral erfasst noch krankenhausweit ausgewertet. An der chirurgischen Abteilung wurden Komplikationen systematisch nur bei bestimmten Operationen (Operationen an fettleibigen Patienten) durch Ablage von Kopien der Krankengeschichte dokumentiert. Weitergehend war die Erfassung an der Gynäkologie und Geburtshilfe, wie die folgende Tabelle verdeutlicht:

Tabelle 10: Erfassung von Komplikationen im KH Hallein

	systematische Erfassung	IT-unterstützt	Meldung an kollegiale Führung/ Qualitätsmanagement	Meldung an Register
Chirurgie	nur für bariatrische OPs	nein	nein	nein
Gynäkologie Geburtshilfe	ja	ja (Meldung Geburtenregister)	nein	Österreichisches Geburtenregister
Innere Medizin	nein	nein	nein	nein

Quelle: KH Hallein

13.2 Der RH anerkannte die Bemühungen einzelner Fachabteilungen, auf freiwilliger Basis Komplikationen zu erfassen, bemängelte aber, dass Komplikationsraten in keiner der drei überprüften Krankenanstalten systematisch erfasst und zentral ausgewertet wurden. Die in Einzelfällen vorgenommene Erfassung hing ausschließlich vom persönlichen Engagement des jeweiligen Abteilungsleiters bzw. Klinikchefs ab und führte zu Insellösungen, die insbesondere aufgrund der Verwendung unterschiedlicher IT-Systeme eine zentrale Zusammenführung und Auswertung der Daten nicht zuließen.

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). Dazu zählten auch Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität, für deren Beurteilung Komplikationsraten ein wesentliches Kriterium waren.

Der RH empfahl daher den drei überprüften Krankenanstalten im Zusammenwirken mit den Leitungsorganen jeder Fachabteilung, ausgewählte Komplikationen, die im Rahmen des angebotenen Leistungsspektrums potenziell auftreten können, systematisch zu erfassen. Die Auswertungen wären an die kollegiale Führung bzw. das Qualitätsmanagement zu melden.

Im Interesse einer bundesweiten Vergleichbarkeit der Komplikationsraten empfahl der RH dem BMG die Erlassung bundesweit einheitlicher Vorgaben bezüglich der zu erfassenden Daten, etwa in Form einer Bundesqualitätsrichtlinie (siehe dazu auch TZ 3).

Qualitätssicherung im LKH Salzburg sowie in den KH Schwarzach und Hallein

- 13.3 *Laut Stellungnahme des BMG würden Komplikationen durch A-IQI systematisch erfasst und ausgewertet. Mit aus dem LKF-System erhobenen Krankenhaus-Daten würden Mortalitätsraten und andere Ergebnisindikatoren transparent dargestellt und weiterentwickelt. Die Auffälligkeiten und Ergebnisse würden analysiert und könnten zur Empfehlung der Durchführung eines Peer-Review-Verfahrens durch die Steuerungsgruppe führen. Ein solches Verfahren komme dann zum Einsatz, wenn Ergebnisse statistisch signifikant außerhalb des Zielbereichs lägen und/oder die Steuerungsgruppe dies empfehle.*

Laut Stellungnahme der SALK hätten die Landeskliniken bereits 2005 begonnen, Indikatoren aus Routinedaten auszuwerten bzw. klinikspezifische Indikatoren zu entwickeln, was allerdings mit erheblichen Sach- und Personalkosten verbunden gewesen sei. Seit 2012 nehme das LKH Salzburg an A-IQI teil. Insgesamt würden 116 Qualitätsindikatoren aus 34 Krankheitsbereichen statistisch ausgewertet.

Die Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. führte aus, dass im Sinne der Empfehlungen des RH die Erfassung von Komplikationsraten auf alle gängigen Operationen ausgedehnt und in entsprechender Form etabliert werde. Zudem werde ein entsprechendes Reportingsystem an die kollegiale Führung zur Beurteilung der Ergebnisqualität eingerichtet.

- 13.4 Der RH wies gegenüber dem BMG darauf hin, dass durch A-IQI schwerpunktmäßig Mortalitätsraten erfasst und ausgewertet werden. Aus Sicht des RH wäre es zweckmäßig, auch weitere Komplikationen, die im Rahmen des angebotenen Leistungsspektrums potenziell auftreten können, systematisch zu erfassen, weshalb er seine Empfehlung aufrecht hielt.

Histologische Untersuchungen

- 14.1 Das SKAG sah im Unterschied etwa zum Wiener Krankenanstaltengesetz nicht vor, dass alle durch diagnostische und therapeutische Eingriffe gewonnenen Zellen und Gewebe einer zytopathologischen bzw. histopathologischen Untersuchung zuzuführen sind.

Das LKH Salzburg führte dennoch bei nahezu allen Eingriffen eine Untersuchung hinsichtlich pathologischer Veränderungen durch. In den KH Schwarzach und KH Hallein war dies allerdings nicht der Fall. In diesen beiden Krankenanstalten entschieden die operierenden Ärzte von Fall zu Fall, ob eine im Zuge der Operation entnommene Gewebeprobe histologisch untersucht werden soll. Begründet wurde dies damit, dass bei bestimmten Eingriffen aus dem Erfahrungswissen der Mediziner das Vorhandensein pathologischer Veränderungen unwahr-



Qualitätssicherung im LKH Salzburg sowie
in den KH Schwarzach und Hallein



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der
Patientenbehandlung

scheinlich bzw. mit hohen Kosten verbunden sei (KH Schwarzach) bzw. dass es keine eigene Pathologie gäbe und das Versenden der Gewebeproben zu anderen Pathologien teuer sei (KH Hallein).

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

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

- 14.3 Die Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. führte aus, dass im Sinne der Empfehlung des RH zukünftig alle Gewebeproben, soweit medizinisch und ökonomisch vertretbar, einer histologischen Untersuchung zugeführt würden.

Fehlermeldesysteme

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

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ging in einem Bericht aus dem Jahr 2004 anhand internationaler Studien und Vergleiche von rd. 245.000 Zwischenfällen in Krankenanstalten und rd. 2.900 bis 6.800 Todesfällen in Krankenanstalten aus.⁴²

Das Bundesinstitut 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.

⁴² iatrogene Todesfälle (durch ärztliche Maßnahmen verursacht)

Qualitätssicherung im LKH Salzburg sowie in den KH Schwarzach und Hallein

(1) Das LKH Salzburg testete ein internes Fehlermeldesystem zunächst in drei Pilotkliniken. Meldungen konnten über das SALK-Intranet an die Stabsstelle Qualitäts- und Riskmanagement übermittelt werden. In der Folge wurden an allen Kliniken Vertrauenspersonen (je eine aus der Ärzteschaft und aus der Pflege) nominiert, die gemeinsam mit den Abteilungsvorständen die Meldungen analysierten und Verbesserungsmaßnahmen ausarbeiteten.

(2) Das KH Schwarzach definierte im Jahr 2010 aufgrund einer Ist-Analyse die Schaffung von Transparenz und einer offenen Fehlerkultur als Ziel des Krankenhauses. Ein Konzept zur Einführung eines Fehlermeldesystems lag allerdings noch nicht vor.

(3) Das KH Hallein bot auf seiner Intranetseite die Möglichkeit an, „Beinahefehler“ über ein Formular einzugeben. Ein internes Fehlermeldesystem war weder eingerichtet noch in Vorbereitung.

15.2 Der RH wies auf die Bedeutung von Fehlermeldesystemen zur Verbesserung der Patientensicherheit hin und unterstrich die im Leitfaden des Bundesinstituts für Qualität genannten Voraussetzungen der Freiwilligkeit, Sanktionsfreiheit und Anonymität. Er empfahl deshalb den drei überprüften Krankenanstalten, interne Fehlermeldesysteme zu installieren.

15.3 *Das Land Salzburg und die SALK wiesen ergänzend darauf hin, dass im LKH Salzburg ein intranet-basiertes, freiwilliges und anonymes System zur Meldung sicherheitsrelevanter Ereignisse seit 2007 implementiert sei und kontinuierlich weiterentwickelt werde.*

Laut Stellungnahme der Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. werde im Sinne der Empfehlung des RH bis Ende 2012 ein computergestütztes CIRS etabliert.

Die Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. teilte mit, dass sich die Einführung eines dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Fehlermelde-Systems bereits in Erarbeitung befinde.

Zertifizierungen

16.1 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.⁴³ 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.

(1) Das LKH Salzburg führte bisher keine flächendeckende Zertifizierung durch. Die Geschäftsleitung erwog, eine solche durchzuführen.

(2) Im KH Schwarzach fand während der Gebarungsüberprüfung durch den RH eine Zertifizierung nach einem in österreichischen Ordenskrankenhäusern üblichen System statt, von der vor allem die Strukturqualität in den Bereichen Diagnostik, therapeutische Prozesse und Operationsverfahren erfasst war. Das Zertifizierungsverfahren wurde Anfang 2012 erfolgreich abgeschlossen.

(3) Im KH Hallein wurde, wie im LKH Salzburg, die Möglichkeit einer flächendeckenden Zertifizierung erwogen.

16.2 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.

16.3 *Das BMG pflichtete dem RH bei, dass Zertifizierungen zwar sinnvoll sein könnten, letztlich aber nichts über die Ergebnisqualität aussagen würden. Aus diesem Grund habe man sich in den Gremien der Bundesgesundheitsagentur darauf verständigt, die Entscheidung, ob Zertifizierungen angestrebt werden, weiterhin den Leistungserbringern zu*

⁴³ 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 im LKH Salzburg sowie in den KH Schwarzach und Hallein

überlassen. Es sei daher nicht beabsichtigt und werde auch nicht als zielführend angesehen, bei der derzeitigen Vielfalt von Zertifizierungssystemen und -verfahren, inhaltliche Vorgaben zu machen.

Laut Stellungnahme der SALK habe sie unter Beachtung der Relation zwischen Kosten und Nutzen die Landeskliniken nicht in ihrer Gesamtheit einem bestimmten Bewertungs-/Zertifizierungsverfahren unterzogen. Einzelne Kliniken hätten sich im Interesse der besseren Planung von Prozessabläufen und der Identifizierung von Schwachstellen nach verschiedenen Richtlinien zertifizieren lassen.

WHO-Checklist

- 17.1 Die WHO fasste im Oktober 2004 eine Resolution, in der die Mitgliedstaaten aufgefordert wurden, der Patientensicherheit große Aufmerksamkeit zu widmen und die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung von Standards im Bereich der Patientensicherheit unterstützen sollte.

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

In einer Studie⁴⁴, die in acht Spitälern in acht Staaten durchgeführt wurde, konnte nachgewiesen werden, dass durch die Einführung der OP-Checklist die Todesrate von 1,5 % auf 0,8 % gesenkt werden konnte. Der Anteil der Komplikationen sank von 11 % auf 7 %.

Das LKH Salzburg und das KH Hallein verwendeten die OP-Checklist der WHO, das KH Schwarzach plante ihre Einführung.

- 17.2 Der RH erachtete die Einführung der empirisch bestätigten OP-Checklist der WHO im LKH Salzburg und im KH Hallein als positiv. Er empfahl der Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H., die Checklist ebenfalls zu verwenden.
- 17.3 *Die Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. teilte mit, dass die Implementierung der WHO-Checkliste voraussichtlich Anfang 2013 abgeschlossen sein werde.*

⁴⁴ A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, New England Journal of Medicine 2009; 360:491-9



Qualitätssicherung im LKH Salzburg sowie
in den KH Schwarzach und Hallein



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der
Patientenbehandlung

Tumorboard

18.1 Ein Tumorboard wird in einer Krankenanstalt eingerichtet, um auf interdisziplinärem Wege die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Schritte im Zusammenhang mit bösartigen Gewebsneubildungen zu besprechen und festzulegen. Es handelt sich dabei um ein Qualitätsinstrument im Sinne einer verpflichtenden konsiliarärztlichen Kooperation.

Gemäß den im ÖSG vorgesehenen Versorgungsstrukturen bedarf es geregelter Verfahrensabläufe für die Abläufe im Tumorboard.

(1) Für das LKH Salzburg, das als onkologisches Referenzzentrum funktionierte, hatte die SALK im Jahr 2010 eine Geschäftsordnung für das Tumorboard erlassen, die den Vorgaben des ÖSG entsprach.

(2) Das KH Schwarzach, das als onkologischer Schwerpunkt funktionierte, verfügte nur über eine provisorische Geschäftsordnung, in der die Zusammensetzung des Tumorboards weitgesteckt gefasst war. Bestimmte Mindeststandards des ÖSG (Anmeldung und Dokumentation) ließen einen Interpretationsspielraum offen.

(3) Im KH Hallein wurden keine onkologischen Behandlungen durchgeführt.

18.2 Der RH hielt im Interesse der Sicherstellung der Patientenbehandlungsqualität die Erlassung geregelter Verfahrensabläufe für das Tumorboard im KH Schwarzach für unerlässlich. Er empfahl der kollegialen Führung des KH Schwarzach, diesbezüglich eindeutige Anweisungen (etwa, dass jeder Patient mit malignen Neuerkrankungen dem Tumorboard vorzustellen ist) zu verfügen.

18.3 *In ihrer Stellungnahme führte die Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. aus, dass bis Ende 2012 eine neue Geschäftsordnung des Tumorboards gemäß den Vorgaben des ÖSG erlassen werde.*

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Kennzahlen

19.1 Vor dem Hintergrund des nunmehr gesetzlich verankerten verpflichtenden Charakters des ÖSG⁴⁵ beurteilte der RH bezüglich der drei überprüften Krankenanstalten die fachbezogenen und leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien anhand ausgewählter Eingriffe. In Abstimmung mit den überprüften Krankenanstalten zog der RH folgende OP-Leistungen für einen Qualitätsvergleich heran:

Tabelle 11: Ausgewählte Eingriffe		
Fachrichtung	Eingriffsart	Mindestfallzahl
INNERE MEDIZIN	Angiographie der Herzkranzgefäße	keine
HNO	Mandel- und Nasenpolypenentfernung (Adeno-, Tonsillo- und Tonsillektomien)	keine
CHIRURGIE	Bauchchirurgie: OP Bauchspeicheldrüse (Pankreatektomien)	10
	OP Dickdarm (Colonresektionen)	keine
	OP Blinddarm (Appendektomie)	keine
	OP Schilddrüse (Thyreoidektomien)	30
	OP Gallenblase (Cholezystektomie)	keine
GYNÄKOLOGIE/GEBURTSHILFE	Kaiserschnittgeburt (Entbindung durch Sectio caesarea)	365 (Geburten insgesamt)
	Brustkrebsoperationen	30
ORTHOPÄDIE/UNFALLCHIRURGIE	Arthroskopien Knieendoprothetik Hüftendoprothetik	jeweils 100 (Abteilung) bzw. 50 (Fachschwerpunkt oder Department)

Quelle: ÖSG 2010

⁴⁵ Aufgrund seines Charakters als „Sachverständigengutachten“ wird der ÖSG in Hinkunft von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen sein.

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

Die Detailergebnisse der Erhebungen für das Jahr 2010 sind den Tabellen im Anhang zu entnehmen.

- 19.2 Der RH stellte fest, dass bei einigen Leistungen die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Abteilung unter den vom ÖSG geforderten Mindestwerten lag (siehe dazu TZ 20).

Die Betrachtung der Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Arzt ergab, dass in mehreren Fällen nur wenige Eingriffe je Arzt durchgeführt wurden. Beispielsweise wurden 35 offene Cholezystektomien in der Chirurgie des LKH Salzburg von zwölf Ärzten vorgenommen. Sieben dieser zwölf Ärzte führten sogar nur eine einzige Operation durch.

Im KH Schwarzach kam ein Arzt auf zumindest drei derartige Eingriffe pro Jahr.

Im KH Hallein verteilten sich 55 dieser laparoskopisch durchgeführten Eingriffe auf sieben Ärzte. Einer davon nahm nur zwei Eingriffe vor.

Bei den durchschnittlichen Operationszeiten, die der RH anhand der sogenannten Schnitt-, Nahtzeiten beurteilte, zeigten sich große Streubreiten. Die Durchschnittszeiten waren daher wenig aussagekräftig. Bei gleichen Eingriffen, z.B. Appendektomie offen, betragen am LKH Salzburg die Operationszeiten zwischen 16 und 172 Minuten, im KH Schwarzach zwischen 14 und 328 Minuten. Die Begründungen für überdurchschnittliche lange Operationszeiten waren aus Sicht des RH nachvollziehbar. Für das KH Hallein lagen keine Auswertungen vor.

Auch bei der allgemeinen Verweildauer sowie bei der Verweildauer in der Intensivstation stellte der RH große Streubreiten fest, die unterschiedliche Ursachen hatten.

- 19.3 *Laut Stellungnahme der SALK seien unterschrittene Mindestwerte teilweise auf das Ausbildungsniveau der Operateure und auf die Personalfuktuation zurückzuführen, insbesondere an der Universitätsklinik für Chirurgie in den Jahren 2010 und 2011.*

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien

20.1 (1) Bei den vom RH ausgewählten Eingriffen lagen die Kliniken des LKH Salzburg durchwegs über den im Rahmen der leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien des ÖSG vorgegebenen Mindestfrequenzen.

(2) Im KH Schwarzach lag die Anzahl der an der Abteilung für Chirurgie jährlich durchgeführten Pankreatektomien (totale oder teilweise Entfernung der Bauchspeicheldrüse) im mehrjährigen Durchschnitt stets unter der Mindestfrequenz des ÖSG. Bei den übrigen Eingriffen lag das KH Schwarzach über den Mindestfrequenzen.

Tabelle 12: Anzahl Pankreatektomien KH Schwarzach 2007 bis 2010						
	2007	2008	2009	2010	Durchschnitt 2007 bis 2010	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl					
Pankreatektomien	4	4	7	5	5	10

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KH Schwarzach; RH

(3) Beim KH Hallein stellte der RH mehrere Probleme in Bezug auf die im ÖSG festgelegten leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien fest. Die Zahl der an der Abteilung für Chirurgie jährlich durchgeführten Thyreoidektomien (totale Entfernung der Schilddrüse) lag im mehrjährigen Durchschnitt deutlich unter der Mindestfrequenz des ÖSG. Darüber hinaus fehlte es dem KH Hallein an der im ÖSG für diesen Eingriff geforderten eigenen Histopathologie (bzw. einer telepathologischen Kooperation).

Tabelle 13: Anzahl Thyreoidektomien KH Hallein 2007 bis 2010						
	2007	2008	2009	2010	Durchschnitt 2007 bis 2010	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl					
Thyreoidektomien	6	12	4	4	6,5	30

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KH Hallein; RH

Die Anzahl der jährlich durchgeführten Brustkrebsoperationen lag im mehrjährigen Durchschnitt ebenfalls deutlich unter der im ÖSG festgelegten Mindestfrequenz. Auch für diesen Eingriff forderte der ÖSG eine krankenhauseigene Histopathologie (bzw. eine telepathologische Kooperation), die im KH Hallein fehlte.

Tabelle 14: Anzahl Brustkrebsoperationen KH Hallein 2007 bis 2010

	2007	2008	2009	2010	Durchschnitt 2007 bis 2010	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl					
Brustkrebsoperationen	9	1	1	5	4	30

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KH Hallein; RH

Ebenfalls unter der im ÖSG festgelegten Mindestfrequenz lagen die Zahlen der jährlich an der Abteilung für Allgemeinchirurgie des KH Hallein durchgeführten endoprothetischen Eingriffe an Knie und Hüfte.

Tabelle 15: Anzahl Knie- und Hüftendoprothetik KH Hallein 2007 bis 2010

	2007	2008	2009	2010	Durchschnitt 2007 bis 2010	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl					
Knieendoprothetik	7	16	19	18	15	50
Hüftendoprothetik	30	39	32	55	39	50

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KH Hallein; RH

Im Jahr 2010 wurden von den drei externen Fachärzten des KH Hallein insgesamt jeweils rd. 50 % aller Hüftgelenke und Kniegelenke (53 Totalendoprothesen) implantiert. Die durchschnittliche OP-Dauer betrug bei den Hüften rd. 95,2 Minuten, bei den Knien rd. 108,2 Minuten (Eingriffe Hüfte: LKH Salzburg 104,2; KH Schwarzach 80,6; Eingriffe Knie: LKH Salzburg 131,0; KH Schwarzach 91,1). Die durchschnittliche Verweildauer lag bei der OP der Hüftgelenke bis zu sechs Tage über jener der orthopädischen Abteilungen der beiden anderen Krankenanstalten.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

- 20.2 Aufgrund des gesetzlich verankerten verpflichtenden Charakters des ÖSG als Sachverständigengutachten bestand aus Sicht des RH die Notwendigkeit, die Erbringung der genannten Leistungen in den KH Schwarzach und Hallein kritisch zu hinterfragen.

Da im KH Schwarzach die Anzahl der Teil-/Entfernungen der Bauchspeicheldrüse im mehrjährigen Durchschnitt nur etwa halb so hoch war wie die in der Leistungsmatrix enthaltene Mindestfrequenz, empfahl der RH, diese Operationsart im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien einzustellen.

Bezüglich des KH Hallein sah der RH Handlungsbedarf bei den Schilddrüsen-, Brustkrebs- und Knieoperationen. Bei keiner dieser Operationsarten erreichte das Krankenhaus im mehrjährigen Durchschnitt mehr als ein Drittel der Mindestfrequenzen des ÖSG. Auch im Bereich der Hüftendoprothetik lag das KH Hallein, wenngleich weniger deutlich, unter den ÖSG-Werten. Die Auswertungen zeigten darüber hinaus, dass die externen Fachärzte auffallend mehr Blutkonserven benötigten als die Ärzte in den beiden anderen überprüften Krankenanstalten.⁴⁶ Aus Sicht des RH war die Erbringung dieser Leistungen daher nicht nur vor dem Hintergrund der strukturbezogenen, sondern auch im Sinne der fachbezogenen Qualitätskriterien zu hinterfragen. Er empfahl daher, diese Leistungen im KH Hallein in Zukunft nicht mehr durchzuführen.

- 20.3 *Die Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebsgesellschaft m.b.H. wies bezüglich der Operationen an der Bauchspeicheldrüse darauf hin, dass es in einem Schwerpunktkrankenhaus unumgänglich sei, bestimmte Operationen nicht nur in Notfallsituationen, sondern auch geplant durchzuführen. Derartige Eingriffe würden aber ausschließlich vom Abteilungsleiter bzw. in dessen Beisein durchgeführt und damit Fallzahlen je Arzt erzielt, die sich durchaus mit Zahlen größerer Kliniken vergleichen ließen.*

Die Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. teilte mit, dass in Hinkunft – trotz hoher Expertise der Operateure – sowohl auf Schilddrüsen- als auch auf Brustkrebsoperationen verzichtet werde. Das zukünftige Leistungsspektrum des Satellitendepartments Unfallchirurgie werde gemeinsam mit der in der Folge zu bestimmenden Mutterabteilung, den zuständigen Organisationseinheiten des Landes Salzburg und der Ärzteschaft des Bezirks als Vertreter der Patienten festgelegt.

⁴⁶ Das durchschnittliche Alter der Patienten entsprach jenem in den anderen Krankenanstalten.

Fachbezogene Strukturqualitätskriterien

Orthopädie/Unfallchirurgie im KH Hallein

- 21.1 Hinsichtlich der für die Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie gültigen Strukturqualitätskriterien waren nur im KH Hallein Auffälligkeiten festzustellen.

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

Im KH Hallein wurden im organisatorischen Rahmen der chirurgischen Abteilung seit Jahren sowohl unfallchirurgische als auch orthopädische Leistungen einerseits von drei spitalseigenen Fachärzten für Unfallchirurgie und andererseits von drei externen Fachärzten für Orthopädische Chirurgie erbracht. Nur mit einem externen Facharzt bestand eine schriftliche Vereinbarung. Laut Auskunft der Anstaltsleitung erfolgte die Tätigkeit der beiden anderen externen Fachärzte aufgrund eines mündlichen Vertrags, dessen wesentliche Punkte in einem Aktenvermerk festgehalten waren. Unter anderem waren die externen Fachärzte darin ausdrücklich gebeten worden, keine riskanten Fälle im KH Hallein zu operieren. Insgesamt betragen die unfallchirurgischen und orthopädischen Leistungen rund ein Drittel des gesamten OP-Volumens der Abteilung.

Bezogen auf die entsprechenden Vorgaben des ÖSG hielt der Regionale Strukturplan Gesundheit Salzburg für diese Leistungen das Fehlen einer entsprechenden Fachabteilung bzw. eines Fachschwerpunkts fest.⁴⁷ Auch der Salzburger Krankenanstalten- und Großgeräteplan⁴⁸ sah für das KH Hallein keinen entsprechenden Leistungsbereich vor. Ein solcher wurde auch nicht in der sanitätsbehördlichen Betriebsbewilligung aus dem Jahr 2005⁴⁹ erwähnt. Orthopädische bzw. unfallchirurgische Eingriffe waren daher nur im Rahmen der Behandlung

⁴⁷ vgl. Regionaler Gesundheitsplan Salzburg, S. 15 und die Berechtigungsmatrix 3a im Anhang

⁴⁸ Verordnung der Salzburger Landesregierung vom 13. November 2007, mit der ein Salzburger Krankenanstalten- und Großgeräteplan erlassen wird, LGBl. Nr. 87/2007 i.d.F. LGBl. Nr. 49/2011

⁴⁹ Bescheid vom 17. August 2005

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

von anstaltsbedürftigen und damit unabweisbaren Patienten mit akuten Verletzungen an Knochen, Bändern und Gelenken zulässig.⁵⁰

Bei den durch externe Fachärzte vorgenommenen orthopädischen Eingriffen handelte es sich allerdings ausschließlich um geplante (elektive) Leistungen. Nach Aussage der spitalseigenen Fachärzte traf dies auch auf unfallchirurgische Leistungen zu.

Dennoch wurden diese im KH Hallein erbrachten Leistungen im Rahmen des LKF-Systems vom Salzburger Gesundheitsfonds vergütet. Die Einnahmen aus den orthopädischen Leistungen allein⁵¹ betragen im Jahr 2010 rund eine halbe Million EUR und waren damit nur geringfügig niedriger als der gesamte Rechtsträgeranteil.⁵²

- 21.2 Der RH beanstandete, dass im KH Hallein elektive unfallchirurgische und orthopädische Leistungen ohne Deckung in den Versorgungsplannungen bzw. in den krankenanstaltenrechtlichen Grundlagen erbracht und über Jahre hindurch sogar ausgebaut wurden. Gegenüber dem hierfür verantwortlichen Rechtsträger des KH Hallein wies der RH darauf hin, dass eine nicht den Strukturqualitätskriterien des ÖSG entsprechende Behandlung aufgrund der neuen Rechtslage⁵³ unter Umständen Haftungsansprüche zur Folge haben kann.

Der RH merkte in diesem Zusammenhang an, dass die Vergütung der im KH Hallein erbrachten orthopädischen und unfallchirurgischen Leistungen durch den Salzburger Gesundheitsfonds einen erheblichen Anreiz für dieses Verhalten darstellte, weil sich aufgrund der Abgeltung jener Anteil des Betriebsabgangs halbierte, der von der Gemeinde als Rechtsträger selbst zu tragen war. Der RH wies abermals auf den Widerspruch zwischen den im Rahmen der Versorgungsplanung festgelegten Strukturqualitätskriterien und dem LKF-Abgeltungssystem hin.

Der RH beanstandete ferner, dass die Salzburger Landesregierung bezüglich des Leistungsangebots des KH Hallein ihren aufsichtsbehördlichen Pflichten nur unzureichend nachkam und diese Praxis über Jahre hinweg duldete.

⁵⁰ Eine gemeinnützige Krankenanstalt hat jede anstaltsbedürftige Person nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufzunehmen (Kontrahierungszwang).

⁵¹ Der Anteil der Einnahmen für unfallchirurgische Leistungen waren in den Leistungen der Chirurgie enthalten und konnten nicht herausgerechnet werden.

⁵² Anteil am Betriebsabgang, den die Stadtgemeinde Hallein als Krankenhausbetreiber selbst tragen muss

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

Der RH hob auch kritisch hervor, dass für die Tätigkeit der beiden externen orthopädischen Fachärzte keine schriftlichen Vereinbarungen bestanden, die das medizinische Leistungsspektrum und die Verantwortlichkeiten klar regelten.

Schließlich wies der RH darauf hin, dass er bereits im Jahr 1997 bezüglich des KH Hallein das Anbieten von Leistungen über den regionalen Versorgungsauftrag hinaus beanstandet hatte.⁵⁴

Der RH empfahl der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. und dem Land Salzburg, eine Bereinigung des Leistungsangebots im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien des ÖSG vorzunehmen und damit einen rechtskonformen Zustand herzustellen. Der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. empfahl er außerdem, die Zusammenarbeit mit den drei externen Fachärzten ehestmöglich zu beenden.

- 21.3 *Das Land Salzburg teilte mit, dass der Regionale Strukturplan derzeit evaluiert und überarbeitet werde. Im Rahmen des Projekts „Regionaler Strukturplan 2020“ würden die derzeit bestehenden Leistungsangebote der Fondskrankenanstalten analysiert und mit den einzelnen Krankenanstalten Verhandlungen über Anpassungen der Leistungsangebote geführt. Im Zuge dessen würden u.a. die Empfehlungen des RH berücksichtigt und umgesetzt, so dass die Leistungen der Fondskrankenanstalten – so auch des KH Hallein – den Strukturqualitätskriterien des ÖSG entsprechen würden.*

Laut Stellungnahme der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. seien in den kleineren Bezirkskrankenanstalten aus historischen Gründen – lange bevor sich die „Unfallchirurgie“ zu einer eigenen Fachdisziplin entwickelt hatte – an den Chirurgischen Abteilungen immer schon „unfallchirurgische Leistungen“ erbracht worden. Noch bei Gründung der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. hätten manche Ärzte eine Doppelqualifikation (Facharzt für Allgemein Chirurgie und Facharzt für Unfallchirurgie) aufgewiesen. Da sich in der Folge die Disziplinen getrennt entwickelten, sei es den Fachärzten für Allgemein Chirurgie nicht mehr möglich gewesen, unfallchirurgische Behandlungen lege artis auszuführen. Daher sei es notwendig gewesen, in den Abteilungen für Allgemein Chirurgie – bei Krankenanstalten ohne eine eigene Organisationseinheit für Unfallchirurgie – Fachärzte für Unfallchirurgie zu beschäftigen. Qualitätskontrollen und Fortbildungen seien in enger Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen für Unfallchirurgie anderer Krankenanstalten sicher-

⁵⁴ Tätigkeitsbericht des RH, Bundesland Salzburg, Verwaltungsjahr 1997, S. 21, TZ 2.2

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

gestellt worden. Im Sommer 2012 habe das KH Hallein die Genehmigung der Führung eines Satellitendepartments für Unfallchirurgie beim Amt der Salzburger Landesregierung beantragt.

Ferner werde auf die Mitwirkung sämtlicher Konsiliarärzte für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie ehestmöglich verzichtet. Die Erbringung einer Leistung über den regionalen Versorgungsauftrag hinaus sei im Bereich der Bariatrischen Chirurgie⁵⁵ in guter Abstimmung mit der Zentralkrankenanstalt und den anderen umliegenden chirurgisch tätigen Krankenanstalten sinnvoll, weil ein erfolgreicher künftiger Weg der Chirurgischen Abteilungen die Spezialisierung auf bestimmte Teilgebiete sein werde.

- 21.4 Der RH entgegnete der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H., dass es bei Krankenanstalten ohne eine eigene Organisationseinheit für Unfallchirurgie weder aufgrund der Strukturplanung noch aufgrund des Krankenanstaltenrechts notwendig war, in den Abteilungen für Allgemeinchirurgie Fachärzte für Unfallchirurgie zu beschäftigen.

Der RH stellte weiters klar, dass sich seine Ausführungen auf die im KH Hallein erbrachten und über Jahre hindurch sogar ausgebaut geplanten (elektiven) unfallchirurgischen bzw. orthopädischen Leistungen bezogen. Da für deren Erbringung laut ÖSG als Mindestversorgungsstruktur jedenfalls entweder die reduzierte Organisationsform eines Fachschwerpunktes bzw. Satellitendepartments oder eine eigene Abteilung Voraussetzung war und weder der Landeskrankenanstaltenplan noch der Betriebsbewilligungsbescheid die Vorhaltung eines solchen Leistungsangebots vorsahen, hielt der RH an seiner Kritik fest.

Zum genannten Antrag auf Führung eines Satellitendepartments für Unfallchirurgie hielt der RH fest, dass die Einrichtung eines Satellitendepartments für Unfallchirurgie nur in begründeten Ausnahmefällen, wie etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen, zulässig war. Er verwies in diesem Zusammenhang auf das in der Landeshauptstadt Salzburg bereits an zwei Standorten bestehende umfassende unfallchirurgische Leistungsangebot.

⁵⁵ Operation von übergewichtigen Patienten

Gynäkologie/Geburtshilfe im KH Hallein

- 22.1 Als ein fachbezogenes Strukturqualitätskriterium sah der ÖSG für alle Stufen der geburtshilflichen Versorgung die Sicherstellung einer pädiatrischen⁵⁶ Versorgung vor. Von den drei überprüften Krankenanstalten war nur im KH Hallein keine eigene Kinderabteilung mit einer angeschlossenen Neonatologie (Neugeborenenmedizin) eingerichtet.

Aus diesem Grund wurde im KH Hallein bei Bedarf ein externer Facharzt für Kinderheilkunde beigezogen, der allerdings kein ausgebildeter Neonatologe war. Die Versuche des Leiters der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, die pädiatrische Versorgung durch eine Kooperation mit der Kinderklinik der SALK zu verbessern, scheiterten bislang.

Um die Risiken bei Kaiserschnittgeburten zu minimieren, wurden von der Abteilung keine planbaren Geburten mit einer Tragzeit von weniger als 32 Wochen und weniger als einem voraussichtlichen Geburtsgewicht von 2 kg durchgeführt.

Im KH Hallein wurden im Jahr 2010 an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe 818 Kinder entbunden, davon 162 durch Kaiserschnitt (Sectio caesarea). Die Abteilung war mit sechs Fachärzten sowie zwei Assistenzärzten mit „Sectio-Erfahrung“ besetzt. Die durchschnittliche OP-Dauer lag mit 36,3 Minuten⁵⁷ unter jenen im LKH Salzburg (43,1) und KH Schwarzach (40,6), ebenso die Verweildauer mit 5,9 Tagen (9,7 bzw. 7,7 Tage). Es wurden keine Intensivtage benötigt und keine Blutkonserven verbraucht.

- 22.2 Nach Ansicht des RH handelte der Leiter der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe verantwortungsbewusst, indem er keine erkennbar risikobehafteten Entbindungen durchführte. Im Hinblick auf die fachbezogenen Strukturqualitätskriterien des ÖSG und die rechtliche Verantwortung des Krankenanstaltenträgers empfahl der RH der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H., für eine ausreichende neonatologische Versorgung bei Kaiserschnittgeburten zu sorgen, dies auch unter Bedachtnahme darauf, dass die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe mit über 800 Geburten einen wesentlichen Versorgungsanteil an der Gesamtversorgung des KH Hallein trug.

⁵⁶ Kinderheilkunde

⁵⁷ Schnitt-, Nahtzeit

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

- 22.3 *Die SALK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie einer Kooperation mit dem KH Hallein zur Versorgung von neonatologischen Behandlungsfällen offen gegenüberstehe. Sie wies jedoch darauf hin, dass die Universitätsklinik für Pädiatrie die neonatologische Notfallbetreuung für alle Krankenhäuser der Landeshauptstadt Salzburg und Umgebung bis Braunau übernehme und zur Regelung der Abläufe sowie der Kostenbedeckung ein Abkommen mit diesen Krankenanstalten anstrebe.*

Die Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. teilte mit, dass nunmehr zwei Fachärzte für Kinderheilkunde, die eine hohe Expertise im Bereich der Neonatologie aufwiesen, vorerst probeweise bis Herbst 2012 für das KH Hallein tätig wären. Beide Ärzte seien auch bereit, zusätzlich zu den fixen Untersuchungsterminen sowie zu geplanten Eingriffen zu erscheinen bzw. könnten sie auch für Extradienste angefordert werden. Damit wäre die maximal mögliche Verbesserung des Konsiliardienstes für Kinder- und Jugendheilkunde erreicht, wobei die neonatologische Versorgung selbst weiterhin Angelegenheit der Zentralklinik sei. Im Hinblick auf die Auslegung des ÖSG sei mit den diesbezüglichen Stellen des Amtes der Salzburger Landesregierung Kontakt aufgenommen worden, die ebenfalls der Ansicht seien, dass die seit Juli 2012 getroffene Regelung dem ÖSG entspreche.

- 22.4 Der RH wies gegenüber der Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. darauf hin, dass einer der beiden Kinderfachärzte bei jeder geplanten Sectio bzw. bei den Untersuchungsterminen anwesend sein muss. Die bloße „Bereitschaft zu erscheinen“ hielt der RH im Hinblick auf die rechtliche Verantwortung des Krankenhausträgers und die bestmögliche Sicherstellung der Patientenversorgung für nicht ausreichend.

Verweildauer im OP

- 23.1 Bei vier ausgewählten Behandlungen im LKH Salzburg und im KH Schwarzach verglich der RH jene Zeiten, während denen der Patient zwar im OP-Saal eingeschleust war, aber nicht operiert wurde. In der Regel waren das die Zeiten zwischen Einschleusen und erstem Hautschnitt sowie letzter Naht und Ausschleusen.

Für das KH Hallein waren diesbezüglich keine auswertbaren Daten verfügbar (siehe TZ 25).

Tabelle 16: Verweildauer im OP-Saal

	Cholezystektomie	Appendektomie	Implantation einer Totalendoprothese Hüfte	Arthroskopie am Knie
	in Minuten ¹			
LKH Salzburg	72	54	113	73
KH Schwarzach	41	37	62	40

¹ Gewählt wurde der Medianwert aus mehreren Eingriffen.

Quellen: LKH Salzburg und KH Schwarzach; RH

23.2 Im Vergleich mit dem KH Schwarzach wies das LKH Salzburg teilweise deutlich längere Verweildauern im OP-Bereich auf. Der RH empfahl der SALK, die Gründe hierfür zu erheben und Maßnahmen zur Sicherstellung eines strafferen OP-Ablaufs zu treffen.

23.3 Die SALK teilte mit, der Vorstand habe zwischenzeitlich Maßnahmen zur Beschleunigung der OP-Zeiten gesetzt. Ergänzend habe der Vorstand eine Evaluierung der OP-Checkliste durch das OP-Management in Auftrag gegeben. Zusätzlich stehe ein Meldesystem für verzögerte OP-Beginnzeiten vor der Einführung; verspäteter OP-Beginn werde zukünftig konsequent sanktioniert. Ein monatliches Reporting des OP-Managers an den Vorstand sei eingeführt worden.

Sonstige Feststellungen

Zeitdauer Narkose und OP im LKH Salzburg

24.1 Nach dem OP-Statut des LKH Salzburg aus dem Jahr 2011 waren für den Operationsverlauf Zeitmarken zu setzen (Ein- und Ausschleusungszeit, Anästhesiepräsenz, Anästhesiebeginn und -ende, OP-Freigabe, OP-Maßnahmenbeginn und -ende sowie Schnitt-, Nahtzeit). Es konnten mehrere Zeitmarken dokumentiert werden, von denen jedoch nur vier (Ein- und Ausschleusen aus dem OP-Saal sowie Schnitt-, Nahtzeit) verpflichtend waren.

Die Möglichkeit zur automatisierten detaillierten Dokumentation des Zeitablaufs einer Operation wurde insofern nicht ausreichend genutzt, als von der freiwilligen Erfassung der nicht verpflichtenden Zeitmarken sehr unterschiedlich Gebrauch gemacht wurde. Um die Liegezeit der Patienten im OP-Saal unter Narkose erfassen zu können, verglich der RH bei bestimmten Eingriffen anhand der aufgezeichneten Daten die Zeiten des Anästhesiebeginns mit dem Zeitpunkt des Hautschnittes:

Sonstige Feststellungen

(1) Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase)

Den Eingriff zur Entnahme der Gallenblase⁵⁸ führte das LKH Salzburg im vierten Quartal 2011 insgesamt 47-mal⁵⁹ durch. Die verpflichtenden Zeitmarken waren bei allen Operationen dokumentiert. Die Zeitmarke „Beginn Anästhesie“, bei der der Patient in Narkose versetzt wurde, war bei rund der Hälfte der Operationen (24 Fälle) dokumentiert.

Tabelle 17: Anästhesiezeiten – Cholezystektomie			
	Minimum	Maximum	Median
	in Minuten		
Anästhesiebeginn – Schnitt	22	129	47
Schnitt-, Nahtzeit	42	195	69

Quellen: LKH Salzburg; RH

(2) Appendektomie (Entfernung des Blinddarms)

Blinddarmentfernungen wurden im vierten Quartal 2011 im LKH Salzburg insgesamt 66-mal durchgeführt, wovon bei 27 die Anästhesiezeiten nicht dokumentiert waren:

Tabelle 18: Anästhesiezeiten – Appendektomie			
	Minimum	Maximum	Median
	in Minuten		
Anästhesiebeginn – Schnitt	10	100	25
Schnitt-, Nahtzeit	10	169	46

Quellen: LKH Salzburg; RH

(3) Hüftimplantation

In der Chirurgie West (Unfallchirurgie) des LKH Salzburg wurden im vierten Quartal 2011 nur acht Operationen der Totalendoprothese einer Hüfte durchgeführt. Nur bei sechs Operationen waren Anästhesiebeginn und -ende dokumentiert:

⁵⁸ laparoskopische Cholezystektomie, konventionelle Cholezystektomie, Cholezystektomie mit Umstieg laparoskopisch auf konventionell

⁵⁹ Ausgewertet wurden jene Fälle, in denen Cholezystektomie als erster Eingriff dokumentiert war.

Tabelle 19: Anästhesiezeiten – Hüftimplantation			
	Minimum	Maximum	Median
	in Minuten		
Anästhesiebeginn – Schnitt	37	140	78
Schnitt-, Nahtzeit	55	180	116

Quellen: LKH Salzburg; RH

(4) Arthroskopie am Knie

Arthroskopien am Knie wurden im vierten Quartal 2011 am LKH Salzburg 21-mal durchgeführt. Eine Operation wies einen Dokumentationsfehler⁶⁰ auf; bei fünf Eingriffen war die Anästhesiezeit nicht dokumentiert.

Tabelle 20: Anästhesiezeiten – Arthroskopie			
	Minimum	Maximum	Median
	in Minuten		
Anästhesiebeginn – Schnitt	22	65	43
Schnitt-, Nahtzeit	11	95	31

Quellen: LKH Salzburg; RH

Aufgrund auffällig langer Zeitabstände zwischen Narkoseeinleitung und erstem Hautschnitt ließ der RH diese Einzelfälle von der SALK prüfen. Dabei kam es zu folgenden, aus Sicht des RII nachvollziehbaren Erklärungen:

- Umstellung der OP-Technik wegen vorher nicht bekannter Komplikationen (z.B. Inoperabilität)
- aufwendige Lagerungsmaßnahmen vor der OP unter Narkose (schmerzbedingt)
- erweiterte Anästhesiemaßnahmen (Kurznarkosen und Spinalanästhesie)

⁶⁰ Dauer 1 Minute, offenbar ein Dokumentationsfehler

Sonstige Feststellungen

- ausbildungsbedingte Verzögerungen (Ausbildungsassistenz)
- Zeitverzögerungen objektiv nur zum Teil nachvollziehbar (technisches Gebrechen von OP-Geräten)
- Auswertung einer zusätzlichen Zeitmarke „Anästhesiefreigabe“

24.2 Der RH wies darauf hin, dass die Definition für den Narkosebeginn- und das Narkoseende in den OP-Statuten eindeutig war und keinen Interpretationsspielraum zuließ. Er sah es im Sinne der Überwachung einer qualitativen Patientenversorgung als Mangel an, wenn die Verpflichtung zur OP-Dokumentation ungenügend war (nur vier Zeitmarken und nicht bei allen OP erfasst) und von den Zeitmarkenverantwortlichen frei interpretiert werden konnte.

Der RH empfahl der SALK, ehestens sicherzustellen, dass die Erfassung der Zeitmarken nach den Definitionen des OP-Statuts erfolgt. Zur Qualitätskontrolle wäre ein kontinuierliches OP-Monitoring mit einschlägigen Kennzahlen zu entwickeln und auf die Einhaltung einer lückenlosen Dokumentation zu achten. In regelmäßigen Zeitabständen sollten die Ergebnisse den Abteilungsverantwortlichen sowie dem ärztlichen Leiter zur Kenntnis gebracht werden. Jedenfalls sollten zusätzlich die Zeiten für Ein- und Ausleitung der Narkose vollständig erfasst werden.

24.3 *Die SALK teilte mit, die Zeitmarken seien einheitlich neu festgelegt worden und verbindlich einzuhalten. Ein Abschluss der OP-Dokumentation ohne die Pflichteingaben sei nicht möglich. Die in der Dokumentation zu erfassenden Zeitmarken seien Ein- und Ausschleusung, OP-Freigabe durch die OP-Pflege und die Schnitt-Naht-Zeit.*

Zeiterfassung/OP im
KH Hallein

25.1 Das KH Hallein hatte mangels einer IT-Schnittstelle zwischen den verwendeten IT-Systemen keine Möglichkeit, die während der Operationen erfassten Zeiten elektronisch auszuwerten bzw. mit anderen spitalsspezifischen IT-Netzwerken zu verknüpfen. Die vom RH im Zuge der Gebarungsüberprüfung benötigten Auswertungen mussten daher manuell erstellt werden. Aussagen über die Ablaufprozesse und damit über die Prozessqualität waren für den OP-Bereich daher nur eingeschränkt möglich.

25.2 Der RH erachtete es im Sinne eines wirkungsvollen Qualitätsmanagements für wesentlich, die einzelnen OP-Schritte während der OP zeitlich zu erfassen. Es sollten dabei zumindest die Zeiten für Einschleusen in den OP-Saal, Einleitung der Narkose, erster Hautschnitt, letzte Naht, Ausleiten der Narkose und Ausschleusen aus dem OP-Saal dokumen-

tiert werden. Die technischen sowie die personellen Voraussetzungen hierfür waren im KH Hallein vorhanden und sollten nach Ansicht des RH genutzt werden.

25.3 *Die Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H. teilte dazu mit, dass der Empfehlung des RH gefolgt werde und zukünftig die entsprechenden operativen Zeiten dokumentiert würden sowie eine entsprechende Auswertung der Kennziffern erfolge.*

Organisation des
medizinischen Qualitätsmanagements in
der SALK

26.1 Laut Organigramm der SALK vom 1. Jänner 2012 waren drei Verwaltungsebenen eingerichtet, nämlich die Servicebereiche, die Stabstellen und der Bereich der Medizinischen Prokura (siehe Anhang 12: Organigramm der SALK).

Wie aus der Grafik ersichtlich ist, war das medizinische Qualitätsmanagement in der SALK stark zersplittert. Die Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, die zum Qualitäts- und Riskmanagement in einem wichtigen Konnex steht, war fachlich und organisatorisch der medizinischen Prokuristin unterstellt. Der Vorstand⁶¹ hatte zur Erfüllung seiner Aufgaben, u.a. der Sicherstellung der Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen, mehrere Ansprechpartner.

26.2 Der RH hielt ein umfassendes, einheitliches Qualitätsmanagement insbesondere im Interesse der Absicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Behandlungsqualität für unerlässlich. Er empfahl daher der SALK, alle Aufgaben, die das medizinische Qualitätsmanagement betreffen, in einer Organisationseinheit zu bündeln und die Kompetenzabgrenzung zwischen Geschäftsführung, Vorstand und Qualitätsmanagement im Rahmen der Anstaltsordnung festzulegen. Das wären insbesondere die Stabstelle für Qualitäts- und Riskmanagement, Aufgaben der Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, des Strahlenschutzdienstes und des Arbeitsmedizinischen Dienstes. Die Aufgaben des sicherheitstechnischen Dienstes wären zweckmäßigerweise in den Servicebereich für Technik und Bau zu transferieren. Der Aufgabenbereich des Abfall- und Gefahrguts sollte aus Gründen der Zweckmäßigkeit in den Servicebereich für Einkauf, Logistik und Dienstleistungsmanagement verlagert werden.

26.3 *Laut der Stellungnahme des Landes Salzburg und der SALK werde eine organisatorische Neuordnung für die Zukunft ins Auge gefasst, aber noch gesondert evaluiert werden.*

⁶¹ Mitglieder der kollegialen Krankenanstaltenführung

Sonstige Feststellungen

26.4 Der RH wies im Interesse der Absicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Behandlungsqualität erneut auf die Zweckmäßigkeit der Bündelung der Kompetenzen für das Qualitätsmanagement hin.

Simulatoren

27.1 Die SALK und die Paracelsus Medizinische Privatuniversität hatten im Jahr 2007 die Clinical Research Center Salzburg GmbH gegründet, an der sie mit jeweils 50 % beteiligt waren. Eine der Aufgaben dieser Gesellschaft war die Aus- und Fortbildung durch ein sogenanntes Skills Lab, das chirurgische Simulation sowie Simulation in den Bereichen der Anästhesie und Intensivmedizin ermöglichte. Dabei sollte ein realitätsnahes Training in einer geschützten Trainingsatmosphäre und in einem interdisziplinären Team erfolgen, um die Patientensicherheit zu erhöhen.

Im Skills Lab sollen Untersuchungstechniken und einfache Eingriffe durch Studenten, Pflegekräfte und Ärzte trainiert werden. Für die Simulation von Laparoskopie und Endoskopie können Studenten und Ärzte Grundfertigkeiten bis zu komplexen Operationen trainieren. Haupttrainingsfelder sind die Schlüssellochchirurgie und Magen- bzw. Darmspiegelungen.

Die Kommunikation und Zusammenarbeit innerhalb eines Teams konnte durch Anästhesie- und Intensivmedizinisches Teamtraining in einem Simulatorraum geübt werden. Die Möglichkeiten dazu wurden nicht ausreichend genutzt. Die Kosten für die Geräte des Skills Lab, für die Simulation von Laparoskopie und Endoskopie und den Human Patient Simulator beliefen sich auf rd. 390.000 EUR.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestand noch keine Vereinbarung zwischen SALK und der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, welche die Benützungsdauer dieser Simulatoren regelte.

27.2 Der RH anerkannte die Bedeutung von Simulatoren für die Ausbildung und das **Training der Fähigkeiten** der Ärzte und des Pflegepersonals. Er **empfahl der SALK**, eine Vereinbarung über die Nutzung dieser Geräte abzuschließen und Übungen am Simulator zur Weiterbildung des Personals **besser zu nützen**.

27.3 *Die SALK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass auch ohne gesonderte Vereinbarung alle wesentlichen Parameter verbindlich fixiert seien.*

27.4 Der RH erachtete insbesondere im Interesse der Rechtssicherheit und Transparenz **den Abschluss** einer Nutzungsvereinbarung für wesentlich und hielt **seine Empfehlung** aufrecht.

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

28 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

Gemeinnützige
Salzburger Landeskli-
niken Betriebsgesell-
schaft mbH, Kardinal
Schwarzenberg'sches
Krankenhaus
Betriebsgesell-
schaft m.b.H. und
Halleiner Kranken-
anstalten Betriebsge-
sellschaft m.b.H.

(1) Entsprechend den Vorgaben des BMG wären die Hygieneteams zu ergänzen. (TZ 11)

(2) In Zusammenarbeit mit den Leitungsorganen jeder Fachabteilung wäre eine systematische Erfassung von ausgewählten Komplikationen, die im Rahmen des angebotenen Leistungsspektrums potenziell auftreten können, durchzuführen. Die Auswertungen wären **an die** kollegiale Führung bzw. das Qualitätsmanagement zu melden. (TZ 13)

(3) Es **wären** zur Verbesserung der Patientensicherheit interne Fehlermeldesysteme zu installieren. (TZ 15)

(4) Im **Interesse** der Patientenbehandlungssicherheit bzw. auch aus forensischen Gründen wären alle entnommenen Gewebeproben – soweit medizinisch indiziert und ökonomisch vertretbar – histologisch zu untersuchen. (TZ 14)

Land Salzburg und
Halleiner Kranken-
anstalten Betriebs-
gesellschaft m.b.H.

(5) Es wäre im Bereich der elektiven unfallchirurgischen und orthopädischen Leistungen eine Bereinigung des Leistungsangebots im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit vorzunehmen und damit ein rechtskonformer Zustand herzustellen. (TZ 21)

BMG

(6) Es wären verbindliche Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Form von Bundesqualitätsrichtlinien entsprechend den Vorgaben im Gesundheitsqualitätsgesetz 2005 zu erlassen. (TZ 3)

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

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

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

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

Land Salzburg

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

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

Gemeinnützige
Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH

(12) Es wären die Gründe für eine im Vergleich mit anderen Krankenanstalten teilweise deutlich längere Verweildauer im OP-Bereich zu erheben und Maßnahmen zur Sicherstellung eines strafferen OP-Ablaufs zu treffen. (TZ 23)

(13) Es wären für den OP-Bereich Maßnahmen zu treffen, dass die Erfassung der Zeitmarken nach den Definitionen des OP-Statuts erfolgt. Zur Qualitätskontrolle wäre ein kontinuierliches OP-Monitoring mit einschlägigen Kennzahlen zu entwickeln und auf die Einhaltung einer lückenlosen Dokumentation zu achten. In regelmäßigen Zeitabständen sollten die Ergebnisse den Abteilungsverantwortlichen sowie dem ärztlichen Leiter zur Kenntnis gebracht werden. Jedenfalls sollten zusätzlich die Zeiten für Ein- und Ausleitung der Narkose vollständig erfasst werden. (TZ 24)

(14) Alle Aufgaben, die das medizinische Qualitätsmanagement betreffen, wären in einer Organisationseinheit zu bündeln und die Kompetenzabgrenzung zwischen Geschäftsführung, Vorstand und Qualitätsmanagement im Rahmen der Anstaltsordnung festzulegen. (TZ 26)

(15) Es wäre mit der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität eine Vereinbarung über die Nutzung der OP-Simulatoren abzuschließen und Übungen am Simulator zur Weiterbildung des Personals besser zu nutzen. (TZ 27)

Kardinal
Schwarzenberg'sches
Krankenhaus
Betriebsgesell-
schaft m.b.H.

(16) Es sollte mittelfristig eine eigene Facharztstelle für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) im Ausmaß eines Vollzeit-äquivalents geschaffen werden. (TZ 11)

(17) Infektionen wären auch an der neonatologischen Intensivstation zu erfassen, wie das im LKH Salzburg seit 1998 der Fall war. Ebenso sollten in der Fachabteilung für Chirurgie neben den Schilddrüsen-Eingriffen Infektionsraten auch bei Eingriffen am Kolon erfasst werden. (TZ 12)

(18) Die empirisch bestätigte OP-Checklist der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wäre zu verwenden. (TZ 17)

(19) Zwecks geregelter Verfahrensabläufe für das Tumorboard wären eindeutige Anweisungen (etwa, dass jeder Patient mit malignen Neuerkrankungen dem Tumorboard vorzustellen ist) zu verfügen. (TZ 18)

(20) Da die Anzahl der Teil-/Entfernungen der Bauchspeicheldrüse im mehrjährigen Durchschnitt nur etwa halb so hoch war wie die in der Leistungsmatrix enthaltene Mindestfrequenz, wäre diese Operationsart im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien einzustellen. (TZ 20)

Halleiner Kranken-
anstalten Betriebs-
gesellschaft m.b.H.

(21) Ein Hygienebeauftragter wäre zu ernennen. (TZ 11)

(22) Es wäre ehestens ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes System zur Infektionsüberwachung einzuführen. (TZ 12)

(23) Die Schilddrüsen-, Brustkrebs- und Knieoperationen wären im Hinblick auf die strukturbezogenen und fachbezogenen Qualitätskriterien in Zukunft nicht mehr durchzuführen. (TZ 20)

(24) Im Bereich der orthopädischen Chirurgie wäre die Zusammenarbeit mit den drei externen Fachärzten ehestmöglich zu beenden. (TZ 21)

(25) Es wäre für eine ausreichende neonatologische Versorgung bei Kaiserschnittgeburten zu sorgen. (TZ 22)

(26) Es wären zumindest die Zeiten für Einschleusen in den OP-Saal, Einleitung der Narkose, erster Hautschnitt, letzte Naht, Ausleiten der Narkose und Ausschleusen aus dem OP-Saal zu erfassen und IT-mäßig auszuwerten. (TZ 25)



ANHANG

- Anhang 1: Hals–Nasen–Ohren–Operationen**
- Anhang 2: Mastektomie und Mammateilresektion**
- Anhang 3: Appendektomie (OP am Blinddarm)**
- Anhang 4: Hemikolon (OP am Mastdarm)**
- Anhang 5: Cholezystektomie (OP der Gallenblase)**
- Anhang 6: Thyreoidektomie (OP an der Schilddrüse)**
- Anhang 7: Pankreatektomie (OP an der Bauchspeicheldrüse)**
- Anhang 8: Sectio caesarea (Kaiserschnitt)**
- Anhang 9: Arthroskopie**
- Anhang 10: Totalendoprothetik der Hüfte**
- Anhang 11: Totalendoprothetik des Kniegelenks**
- Anhang 12: Organigramm der Gemeinnützigen Salzburger Landes-
kliniken Betriebsgesellschaft mbH (SALK)**
- Anhang 13: Entscheidungsträger**

ANHANG 1: Hals-Nasen-Ohren-Operationen													
	Anzahl OP	durchschnittliche			OP-Anzahl je Arzt			durchschnittliche			Verweildauer in Tagen		
		minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	
Adenotomie (Leistungseinheit je Sitzung)													
LKH Salzburg	490	35,0	5	95	27,3	3	157	2,6	-	14			
KH Schwarzach	382	76,4	33	195	21,1	4	98	2,7	1	15			
operative Blutstillung einer Nachblutung nach Tonsillektomie/Adenotomie (Leistungseinheit je Sitzung)													
LKH Salzburg	20	2,5	1	5	27,5	6	97	4,8	1	12			
KH Schwarzach	9	1,8	1	4	47,2	1	326	5,1	3	18			
Tonsillektomie (Leistungseinheit je Sitzung)													
LKH Salzburg	396	26,4	1	55	39,1	3	443	4,0	2	54			
KH Schwarzach	211	42,2	17	98	24,1	4	96	3,5	2	18			
Tonsillotomie (Leistungseinheit je Sitzung)													
LKH Salzburg	137	9,8	1	27	27,8	7	121	3,1	2	14			
KH Schwarzach	151	30,2	14	77	22,9	6	57	3,1	2	6			

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 2

ANHANG 2: Mastektomie und Mammeilektomie											
Anzahl OP	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	Verweildauer in Tagen	
										OP-Anzahl je Arzt	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten
Mammeilektomie mit axillärer Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)											
LKH Salzburg	185	23,1	1	52	113,4	20	269	9,9	3	33	
KH Schwarzach	26	13,0	4	22	90,2	52	154	9,2	4	15	
Mammeilektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)											
LKH Salzburg	167	20,9	1	51	99,0	7	234	10,9	2	28	
KH Schwarzach	11	2,8	1	8	54,4	12	85	6,5	4	11	
totale Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)											
LKH Salzburg	42	10,5	3	18	124,0	65	211	11,8	5	25	
KH Schwarzach	13	6,5	2	11	89,5	60	124	9,6	4	17	
totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)											
LKH Salzburg	73	14,6	4	26	101,5	39	228	13,5	4	79	
KH Schwarzach	2	1,0	1	1	83,0	42	124	6,5	6	7	

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 3: Appendektomie (OP am Blinddarm)												
	Anzahl OP	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			Mittelwert Intensiv ²	
		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale		
Appendektomie laparoskopisch												
LKH Salzburg	132	6,6	1	27	44,7	19	98	3,4	1	17	6,0	
KH Schwarzach	21	3,0	1	7	55,1	32	156	5,9	3	17	1,0	
KH Hallein ¹												
Appendektomie offen												
LKH Salzburg	179	7,8	1	29	41,6	16	172	4,8	1	54	11,6	
KH Schwarzach	173	21,6	12	37	45,2	14	328	5,3	-	32	6,6	
KH Hallein ¹												

¹ Daten nicht vollständig vorhanden

² LKH Salzburg erfüllt Zentralversorgungsfunktion für das Bundesland Salzburg.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 4

ANHANG 4: Hemikolon (OP am Mastdarm)													
Anzahl OP	durchschnittliche	minimale		maximale	durchschnittliche	minimale		maximale	durchschnittliche	minimale		maximale	Mittelwert Intensiv ²
		OP-Anzahl je Arzt	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten	Verweildauer in Tagen						
Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose laparoskopisch (Leistungseinheit je Sitzung)													
LKH Salzburg	17	3,4	1	8	165,1	89	292	12,4	5	34	6,8		
KH Schwarzach	6	1,5	1	2	156,5	115	199	12,5	11	18	1,6		
KH Hallein ¹	5	2,5	1	4	152,8	119	187	8,0	6	11	1,0		
Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose offen													
LKH Salzburg	40	2,9	1	12	138,0	43	355	27,9	8	121	10,3		
KH Schwarzach	15	2,5	2	3	130,3	69	283	25,1	10	86	6,1		
KH Hallein ¹	7	3,5	1	6	168,7	107	334	13,6	2	24	2,4		
Resektion des linken Hemikolon ohne primäre Anastomose													
LKH Salzburg	6	1,5	1	3	98,0	58	120	33,2	8	66	8,6		
KH Schwarzach	6	1,5	1	2	119,0	56	191	28,5	1	57	7,3		
KH Hallein ¹	3	3,0	1	1	126,7	99	144	37,3	24	50	1,7		
Resektion des rechten Hemikolon offen													
LKH Salzburg	48	2,7	1	11	135,5	63	428	28,9	2	119	9,0		
KH Schwarzach	10	2,5	2	3	103,8	39	147	33,0	11	71	9,6		
KH Hallein ¹													

¹ Daten nicht vollständig vorhanden

² LKH Salzburg erfüllt Zentralversorgungsfunktion für das Bundesland Salzburg.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 5: Cholezystektomie (OP der Gallenblase)												
	Anzahl OP	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			Mittelwert Intensiv ²	
		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale		
Cholezystektomie laparoskopisch												
LKH Salzburg	268	13,4	2	44	69,2	31	259	5,0	1	26	2,7	
KH Schwarzach	192	24,0	3	40	70,6	6	311	8,3	1	74	11,6	
KH Hallein ¹	55	7,9	2	14	74,9	12	183	7,0	3	21	1,1	
Cholezystektomie offen												
LKH Salzburg	35	2,9	1	9	118,7	33	349	17,6	2	70	8,2	
KH Schwarzach	21	4,2	3	7	139,3	52	333	19,7	5	39	5,9	
Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)												
KH Schwarzach	3	1,5	1	2	41,7	5	65	20,0	2	55	23,0	
Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP												
KH Schwarzach	3	3,0	3	3	38,7	23	52	26,0	7	55	23,0	
Gallengangsrevision offen												
LKH Salzburg	10	3,3	1	6	190,6	53	440	49,7	10	136	19,2	
KH Schwarzach	2	2,0	2	2	115,0	87	143	29,0	27	31	22,0	

¹ Daten nicht vollständig vorhanden

² LKH Salzburg erfüllt Zentralversorgungsfunktion für das Bundesland Salzburg.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 6

ANHANG 6: Thyreoidektomie (OP an der Schilddrüse)													
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten				Verweildauer in Tagen				Mittelwert Intensiv ²
		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale			
partielle Thyreoidektomie													
LKH Salzburg	84	16,8	1	45	101,1	48	200	3,2	2	9			
KH Schwarzach	185	20,6	2	46	81,0	32	210	4,6	2	14			5,5
KH Hallein ¹	1	1,0	1	1	92,0	92	92	4,0	4	4			
totale Thyreoidektomie													
LKH Salzburg	165	23,6	1	79	142,1	19	384	3,8	2	23			1,8
KH Schwarzach	160	20,0	4	28	110,9	11	239	4,9	3	15			1,0
KH Hallein ¹	1	1,0	1	1	116,0	116	116	5,0	5	5			1,0
totale Thyreoidektomie mit Lymphadenektomie													
LKH Salzburg													
KH Schwarzach	9	1,8	1	4	137,2	52	206	6,6	4	11			1,0

¹ Daten nicht vollständig vorhanden

² LKH Salzburg erfüllt Zentralversorgungsfunktion für das Bundesland Salzburg.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 7: Pankreatektomie (OP an der Bauchspeicheldrüse)												
Anzahl OP	durchschnittliche			minimale			maximale			Verweildauer in Tagen		
	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale
OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten									
Pankreasteilresektion links offen												
LKH Salzburg	12	3,0	1	5	191,9	88	277	20,8	9	50	4,4	
KH Schwarzach	1	1,0	1	1	233,0	233	233	14,0	14	14	1,0	
partielle Duodenopankreatektomie												
LKH Salzburg	9	3,0	3	3	347,9	251	563	41,7	11	135	7,9	
KH Schwarzach	5	2,5	1	4	271,8	170	336	25,2	12	45	5,4	

! LKH Salzburg erfüllt Zentralversorgungsfunktion für das Bundesland Salzburg.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 8

ANHANG 8: Sectio caesarea (Kaiserschnitt)												
	Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			Mittelwert Intensiv ²
			minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	
LKH Salzburg	542	27,1	1	88	43,1	14	228	9,7	1	9,7	5,7	
KH Schwarzach	189	17,2	1	47	40,6	19	225	7,7	-	47	1,2	
KH Mallein ¹	91	9,1	1	27	36,3	7	94	5,9	1	16		

¹ Daten nicht vollständig vorhanden

² LKH Salzburg erfüllt Zentralversorgungsfunktion für das Bundesland Salzburg.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 9: Arthroskopie													
Anzahl OP	durchschnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv ³									
Arthroskopische Operation des Kniegelenks													
LKH Salzburg ¹	155	9,7	1	38	36,8	10	128	3,8	1	45			
KH Schwarzach	805	35,0	2	124	29,6	3	154	4,2	1	31			5,5
KH Hallein ²	67	16,8	2	31	33,7	14	97	3,1	1	6			
Arthroskopische Operation des Schultergelenks													
LKH Salzburg ¹	37	9,3	1	29	63,4	20	170	6,0	3	13			
KH Schwarzach	161	26,8	4	69	44,0	15	123	4,5	2	24			
KH Hallein ²	1	1,0	1	1	86,0	86	86	4,0	4	4			
diagnostische Arthroskopie des Kniegelenks													
LKH Salzburg ¹	21	1,8	1	4	55,2	15	310	4,4	2	14			2,0
KH Schwarzach	42	3,2	1	11	27,5	7	93	4,5	2	11			1,0
KH Hallein ²	1	1,0	1	1	26,0	26	26	4,0	4	4			

¹ nur Leistungen von Univ-Klinik für Orthopädie und chirurgische Orthopädie

² Daten nicht vollständig vorhanden

³ LKH Salzburg erfüllt Zentralversorgungsfunktion für das Bundesland Salzburg.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 10

ANHANG 10: Totalendoprothetik der Hüfte													
Anzahl OP	durchschnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv									
Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks													
LKH Salzburg ^{1,2}	33	4,7	1	14	148,2	1	385	28,4	6	125			4,8
KH Schwarzach ³	30	7,5	5	13	140,3	40	359	22,3	9	106			2,6
Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks													
LKH Salzburg ¹	337	21,1	7	52	104,2	1	365	13,8	6	41			2,8
KH Schwarzach	261	29,0	1	65	80,6	31	223	12,1	2	29			1,0
KH Hallein ⁴	22	4,4	1	9	95,2	64	286	18,5	3	67			1,1
Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks													
LKH Salzburg ¹	7	1,8	1	12	167,1	80	335	25,4	9	59			
KH Schwarzach	3	1,5	1	2	100,7	84	122	18,3	12	22			1,7

¹ nur Leistungen von Univ-Klinik für Orthopädie und chirurgische Orthopädie

² inkl. 17 Reimplantationen

³ inkl. 26 Reimplantationen

⁴ Nur für diese OP-Anzahl waren statistische Auswertungen möglich.

⁵ LKH Salzburg erfüllt Zentralversorgungsfunktion für das Bundesland Salzburg.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 11: Totalendoprothetik des Kniegelenks													
Anzahl OP	durchschnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv ⁵									
Explantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks													
LKH Salzburg ^{1,2}	29	4,8	1	12	152,9	70	330	21,4	7	153			2,0
KH Schwarzach ³	17	4,3	2	9	144,1	62	218	14,2	11	38			1,5
Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks													
LKH Salzburg ¹	347	20,4	7	51	131,0	65	385	14,7	6	78			3,3
KH Schwarzach	278	30,9	1	55	91,1	31	167	12,6	2	114			1,0
KH Hallein ⁴	13	2,6	1	4	108,2	77	137	14,8	10	22			1,0
Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks													
LKH Salzburg ¹	5	1,7	1	3	192,0	125	340	21,2	11	47			
KH Schwarzach	1	1,0	1	1	88,0	88	88	16,0	16	16			1,0

¹ nur Leistungen von Univ-Klinik für Orthopädie und chirurgische Orthopädie

² inkl. 22 Reimplantationen

³ inkl. 14 Reimplantationen

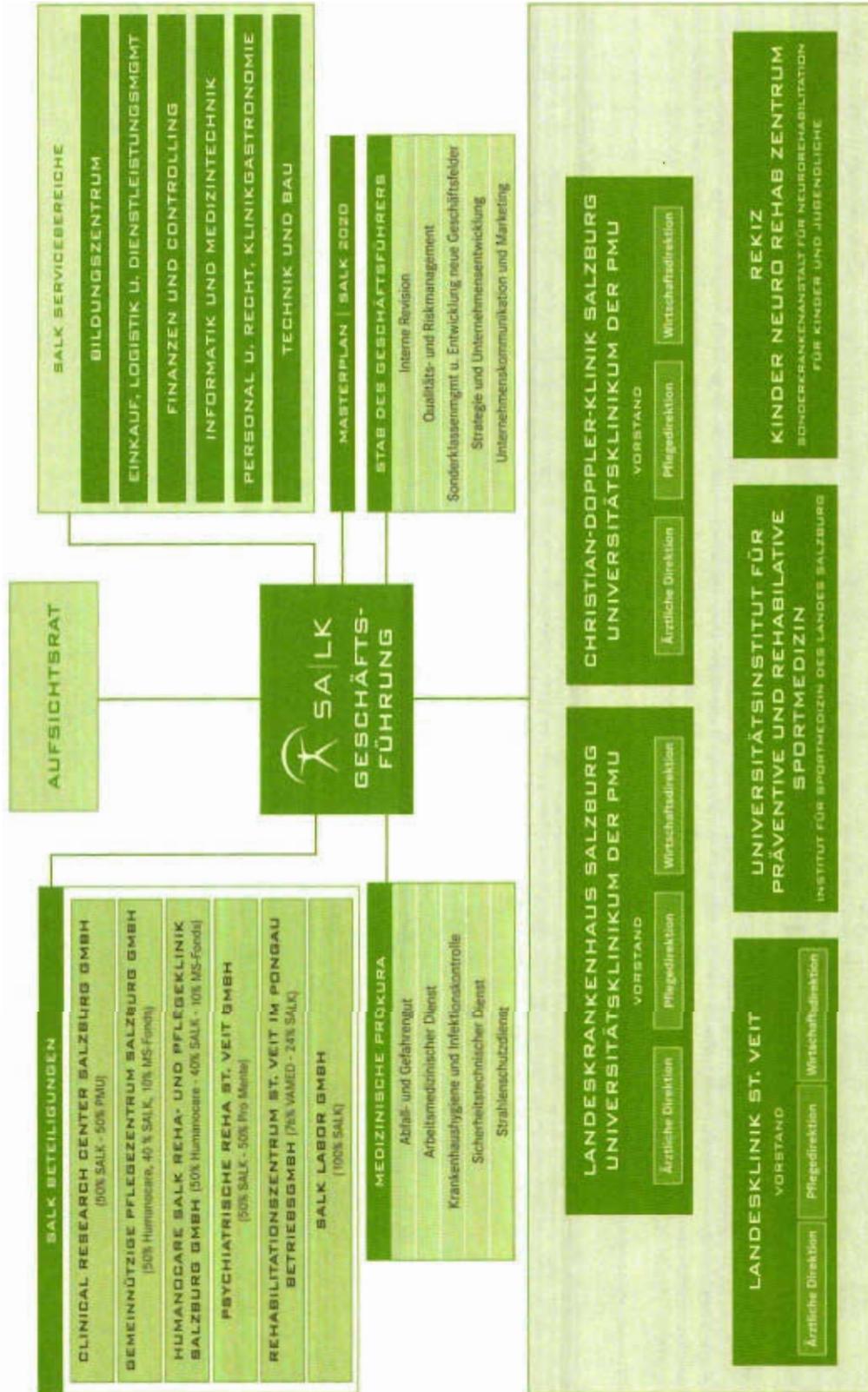
⁴ Nur für diese OP-Anzahl waren statistische Auswertungen möglich.

⁵ LKH Salzburg erfüllt Zentralversorgungsfunktion für das Bundesland Salzburg.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 12

Organigramm der Gemeinnützigen Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (SALK), Stand: Jänner 2012



Quelle: SALK Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH

**Entscheidungsträger
der überprüften Unternehmen**

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in Blaudruck

ANHANG 13
Entscheidungsträger**Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft m.b.H.****Aufsichtsrat**

Vorsitzender

Dr. Christian STÖCKL
(seit 1. Juni 1999)

Stellvertreter des
Vorsitzenden

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

Gerhard ANZENGRUBER
(seit 28. April 2009)

Geschäftsführung

Mag. Gerald HEITZENBERGER
(seit 31. **D**ezember 1992)

**Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebs-
gesellschaft mbH (SALK)****Aufsichtsrat**

Vorsitzender

Hubert KUPRIAN
(seit 4. März 2004)

Stellvertreter des
Vorsitzenden

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

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

Dr. Roland FRIEDLMEIER
(seit 11. September 2012)

Geschäftsführung

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

Burkhard VAN DER VORST
(seit 1. Dezember 2008)

R
H



Bericht des Rechnungshofes

**Schulgemeindeverbände als Erhalter
allgemein bildender Pflichtschulen**

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	376
Abkürzungsverzeichnis	378

BMUKK

Wirkungsbereich des Bundesministeriums
für Unterricht, Kunst und KulturSchulgemeindeverbände als Erhalter allgemein
bildender Pflichtschulen

KURZFASSUNG	379
Prüfungsablauf und -gegenstand	389
Schulerhaltung Allgemein	389
Allgemein bildende Pflichtschulen	394
Kennzahlen	409
Schulgemeindeverbände	418
Ausgegliederte Rechtsträger	433
Gemeindeaufsicht	436
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen	441

Tabellen Abbildungen

R
H

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Schulwesen in Österreich _____	391
Abbildung 2:	Einfluss der Gebietskörperschaften auf die allgemein bildenden Pflichtschulen _____	395
Tabelle 1:	Gesetzliche Schulerhalter _____	398
Abbildung 3:	Anteile der jeweiligen gesetzlichen Schulerhalter der allgemein bildenden Pflichtschulen _____	399
Tabelle 2:	Voraussetzungen für die Errichtung einer allgemein bildenden Pflichtschule _____	402
Tabelle 3:	Mindestschülerzahlen für den Weiterbestand einer allgemein bildenden Pflichtschule _____	404
Tabelle 4:	Schülerzahlen der Volksschulen _____	405
Tabelle 5:	Übersicht Volksschulen _____	409
Tabelle 6:	Übersicht Hauptschulen _____	410
Tabelle 7:	Übersicht Polytechnische Schulen _____	411
Tabelle 8:	Übersicht Sonderschulen _____	412
Tabelle 9:	Schulen pro km ² im Schuljahr 2009/2010 _____	414
Tabelle 10:	Schulen pro 100 Schüler im Schuljahr 2009/2010 _____	414
Tabelle 11:	Schulen pro Gemeinde im Schuljahr 2009/2010 _____	415
Tabelle 12:	Ausgaben der Gemeinden für die Erhaltung der allgemein bildenden Pflichtschulen _____	416
Tabelle 13:	Ausgaben der Gemeinden je Schüler _____	417
Tabelle 14:	Schulgemeindeverbände in Kärnten – Überblick (Schuljahr 2009/2010) _____	420
Abbildung 4:	Schulgemeindeverbände in Kärnten _____	421

Tabellen Abbildungen

Tabelle 15:	Ausgaben der Kärntner Schulgemeindeverbände	422
Tabelle 16:	Schulgemeindeverbände in Vorarlberg - Überblick (Schuljahr 2009/2010)	426
Abbildung 5:	Schulgemeindeverbände in Vorarlberg	428
Tabelle 17:	Ausgaben der Vorarlberger Schulgemeindeverbände	429
Tabelle 18:	Eckdaten der Schulgemeindeverbände in Kärnten und Vorarlberg	432
Abbildung 6:	Immobilienverwaltungs - KG	434

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
B-VG	Bundes- Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
EUR	Euro
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
KG	Kommandit gesellschaft
LGBl.	Landesgesetzblatt
Mill.	Million(en)
Nr.	Nummer
rd.	rund
RH	Rechnungshof
TZ	Textzahl(en)
v.a.	vor allem
VBÄ	Vollbeschäftigungsäquivalente
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur

Schulgemeindeverbände als Erhalter allgemein bildender Pflichtschulen

Für die allgemein bildenden Pflichtschulen lag die Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung bezüglich der Schulerhaltung insbesondere in der Hand der Gemeinden bzw. Gemeindeverbände. Bei gesamthafter Betrachtung unterlagen diese Schulen jedoch dem Einfluss sämtlicher Gebietskörperschaften.

Die Schulgemeindeverbände übernahmen in Kärnten und Vorarlberg einen Teil der ansonsten fast ausschließlich – im Burgenland zur Gänze – den Gemeinden zugewiesenen Aufgabe der Erhaltung der allgemein bildenden Pflichtschulen. Sie waren gesetzliche Schulerhalter von rd. 17 % (Kärnten) bzw. rd. 7 % (Vorarlberg) dieser Schulen und wendeten dafür im Durchschnitt der Jahre 2006 bis 2009 rd. 24,64 Mill. EUR (Kärnten) bzw. rd. 4,43 Mill. EUR (Vorarlberg) auf.

Die Aufsicht der Länder über das wirtschaftliche Handeln der Schulgemeindeverbände sowie der Gemeinden als Schulerhalter wies Lücken auf.

KURZFASSUNG

Prüfungsziele

Ziele der Gebarungsüberprüfung waren die Darstellung und die Beurteilung der unterschiedlichen landesgesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Errichtung, Erhaltung und Auflassung öffentlicher allgemein bildender Pflichtschulen, die Beurteilung der Aufgabenerfüllung der Schulgemeindeverbände, der Vor- und Nachteile der Errichtung von Schulgemeindeverbänden sowie der Kompetenzabgrenzung zwischen Schulgemeindeverbänden und den für die Schule zuständigen Behörden. Weiters überprüfte der RH die Wahrnehmung der Gemeindeaufsicht, der auch die Schulgemeindeverbände unterlagen, seitens der Länder. (TZ 1)

Kurzfassung**Schulerhaltung allgemein**

Der Begriff „Schulerhaltung“ umfasste die Errichtung, Erhaltung und Auflassung von Schulen. (TZ 2)

Für die öffentlichen Pflichtschulen bestand hinsichtlich der Schulerhaltung – anders als für die mittleren und höheren Schulen – nur eine Grundsatzgesetzgebungskompetenz des Bundes. Die unmittelbar anwendbaren Vorschriften waren der Ausführungsgesetzgebungskompetenz der Länder vorbehalten. Die Ausführungsgesetze legten das Land, die Gemeinden oder Gemeindeverbände als gesetzliche Schulerhalter fest. (TZ 2, 5)

Gesetzliche Schulerhalter

Die Vielschichtigkeit der Schulverwaltung kam unter anderem auch darin zum Ausdruck, dass alle Gebietskörperschaften gesetzliche Schulerhalter waren. Dies erschwerte die schulartenübergreifende Nutzung von Schulraum. (TZ 3)

Gesetzlicher Schulerhalter der mittleren und höheren Schulen – das waren die allgemein bildenden höheren Schulen sowie die mittleren und höheren berufsbildenden Schulen – war grundsätzlich der Bund. (TZ 3)

Für die allgemein bildenden Pflichtschulen – Volksschulen, Hauptschulen, Sonderschulen sowie Polytechnische Schulen – waren grundsätzlich die Gemeinden und Gemeindeverbände gesetzliche Schulerhalter. (TZ 3)

Gemeindeverbände waren ausschließlich aus Gemeinden zusammengesetzte Verwaltungsträger. Mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet, erfüllten sie einzelne Aufgaben der beteiligten Gemeinden an deren Stelle und in eigener Verantwortung. Bei Schulgemeindeverbänden waren diese Aufgaben die Errichtung, Erhaltung und Auflassung allgemein bildender Pflichtschulen. (TZ 3)

Gesetzliche Schulerhalter der Berufsschulen sowie der land- und forstwirtschaftlichen Fachschulen waren die Länder. (TZ 3)

Schulgemeindeverbände als Erhalter allgemein bildender Pflichtschulen

Kompetenzzersplitterung

Für die allgemein bildenden Pflichtschulen ergab sich aus der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Rechtslage die – Spannungsfelder begünstigende – Situation, dass einerseits die Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung – soweit sie die Schulerhaltung betraf – insbesondere in der Hand der Gemeinden bzw. Gemeindeverbände lag, andererseits die Schulen bei gesamthafter Betrachtung dem Einfluss aller Gebietskörperschaften unterlagen. Die Vielfalt an Einflussgrößen und unterschiedlichen Interessenlagen erschwerte den koordinierten Mitteleinsatz von Bund, Ländern und Gemeinden (bzw. Gemeindeverbänden). (TZ 4)

Aufgabe der Schulgemeindeverbände als gesetzliche Schulerhalter war die Errichtung, Erhaltung und Auflassung der öffentlichen Pflichtschulen. Zur Schulerhaltung zählte auch die Beistellung von Schulwarten und Reinigungskräften. Das an einer allgemein bildenden Pflichtschule tätige pädagogische und nichtpädagogische Personal hatte daher unterschiedliche Dienstgeber: Lehrer das Land (finanziert vom Bund), Schulwarte, Reinigungskräfte und sonstiges Hilfspersonal die Gemeinde bzw. den Schulgemeindeverband. (TZ 4)

Mit der Errichtung, Erhaltung und Auflassung der öffentlichen Pflichtschulen waren alle Gebietskörperschaften befasst. Die Länder übten überdies durch die Definition der Schulsprengel maßgeblichen Einfluss auf die personellen und infrastrukturellen Ressourcen aus. Flächendeckende Schulstandortkonzepte der Regionen (unter Berücksichtigung von Synergien mit angrenzenden Regionen) wurden dadurch erschwert. (TZ 4)

Die Aufsicht über Gemeinden und Schulgemeindeverbände oblag dem Land. Die Sicherstellung der Unterrichtsqualität fiel in den Verantwortungsbereich des Schulleiters. Die Aufsicht über die Qualität des Unterrichts war Aufgabe des örtlich zuständigen Bezirksschulinspektors, einem Schulaufsichtsorgan des Bundes. (TZ 4)

Schulerhaltung allgemein bildender Pflichtschulen

In allen drei in die Gebarungsüberprüfung einbezogenen Ländern waren überwiegend (im Burgenland zur Gänze) die Gemeinden gesetzliche Schulerhalter der allgemein bildenden Pflichtschulen. Die Schulgemeindeverbände als Zusammenschluss von Gemeinden waren dies für 17 % (Kärnten) bzw. 7 % (Vorarlberg) dieser Schulen.

Kurzfassung

Das Land trat als gesetzlicher Schulerhalter nur bei Sonderschulen in Kärnten und in Vorarlberg (jeweils 1 %) in Erscheinung. (TZ 5)

Die Bildung von Schulgemeindeverbänden als gesetzliche Schulerhalter der allgemein bildenden Pflichtschulen war unterschiedlich geregelt. In Kärnten waren die Gemeinden – mit Ausnahme der Städte mit eigenem Statut – bezirkweise zu Pflichtverbänden für die Erhaltung der Hauptschulen und Polytechnischen Schulen zusammengefasst. In Vorarlberg und im Burgenland war die Bildung von Schulgemeindeverbänden für alle Arten von allgemein bildenden Pflichtschulen unter bestimmten Voraussetzungen möglich. (TZ 5)

Als Folge der Regelungskompetenz der Landesgesetzgeber bestanden im Einzelnen unterschiedliche Regelungen. Das Auseinanderklaffen von Basisanforderungen erschwerte Verwaltungsreformbemühungen und verstärkte die Intransparenz. (TZ 6)

In den Ländern Burgenland, Kärnten und Vorarlberg war die Errichtung allgemein bildender Pflichtschulen unterschiedlich geregelt. In Vorarlberg bestanden vergleichsweise deutlich geringere Anforderungen (Mindestschülerzahl) für die Errichtung von Volksschulen. (TZ 6)

Die Regelungen für die Erhaltung der allgemein bildenden Pflichtschulen waren in allen drei Ländern im Wesentlichen gleichlautend. (TZ 7)

In den überprüften Ländern war die Auflassung allgemein bildender Pflichtschulen im Einzelnen unterschiedlich geregelt. Es bestand im Wesentlichen keine rechtliche Verpflichtung zur Schließung einer Schule bei Unterschreiten der erforderlichen Mindestschülerzahlen. Die Auflassung einer allgemein bildenden Pflichtschule war wegen der erforderlichen Befassung sämtlicher Gebietskörperschaften, die jeweils unterschiedliche Interessen verfolgten, kompliziert (Entscheidung der Gemeinde bzw. des Schulgemeindeverbands, Anhörung des Landesschulrats als Schulbehörde des Bundes, Bewilligung der Landesregierung). (TZ 8)

Die Mindestschülerzahlen für den Weiterbestand einer Volksschule wurden oft deutlich unterschritten. Am höchsten war der Anteil der Volksschulen mit weniger als 25 Schülern im Burgenland (fast ein Drittel), gefolgt von Vorarlberg (fast ein Fünftel) und Kärnten (fast ein Zehntel). Der Anteil der Volksschulen mit weniger als zehn Schülern war in Vorarlberg am höchsten (4 %). (TZ 8)

Schulgemeindeverbände als Erhalter allgemein bildender Pflichtschulen**Kostentragung**

Das Pflichtschulerhaltungs-Grundsatzgesetz normierte, dass die gesetzlichen Schulerhalter für die Kosten der Errichtung, Erhaltung und Auflassung der öffentlichen Pflichtschulen aufzukommen hatten. Zu diesen Kosten zählten beispielsweise jene für Zu- und Umbauten, Gebäudesanierungen, Beleuchtung und Beheizung sowie das Hilfspersonal. (TZ 9)

Im Falle der Bildung von Schulgemeindeverbänden hatten die verbandsangehörigen Gemeinden bei Fragen der Schulerhaltung (insbesondere bei Investitionsentscheidungen) ein Mitspracherecht. Ohne Errichtung von Schulgemeindeverbänden schrieb die Schulstandortgemeinde den sprengelangehörigen Gemeinden Schulerhaltungsbeiträge vor. Dadurch konnte die Finanzierungsverantwortung der Gemeinden ihre Ausgaben- und Aufgabenverantwortung übersteigen. Sie trugen grundsätzlich durch die Schulerhaltungsbeiträge zur Kostentragung bei, ohne jedoch maßgeblich in den Vollzug eingebunden zu sein. (TZ 9)

Schulorganisation

Im Zeitraum 2006/2007 bis 2009/2010 sank in allen drei in die Gebärungsüberprüfung einbezogenen Ländern die Anzahl der allgemein bildenden Pflichtschulen insgesamt wie folgt: Burgenland minus fünf Schulen, Kärnten minus 16 Schulen und Vorarlberg minus vier Schulen. Der Rückgang betraf mit Ausnahme der Polytechnischen Schulen (Burgenland, Kärnten) sowie der Sonderschulen (Burgenland, Vorarlberg) alle Formen der allgemein bildenden Pflichtschulen. (TZ 10)

Mit zwei Ausnahmen (Polytechnische Schulen in Vorarlberg, Sonderschulen im Burgenland) sank die Schülerzahl im Beobachtungszeitraum an allen Arten der allgemein bildenden Pflichtschulen. Am höchsten war der Schülerrückgang an den Hauptschulen in Kärnten (minus 11 %). Die Anzahl der Klassen stieg im Burgenland um 6 %, in Kärnten und in Vorarlberg sank sie um jeweils 1 %. (TZ 10)

Die Anzahl der Schüler je Klasse lag in den drei in die Gebärungsüberprüfung einbezogenen Ländern im Durchschnitt unter 25. Zwischen den Schulen, deren Erhalter Schulgemeindeverbände waren, und den übrigen Schulen bestanden hinsichtlich der durchschnittlichen Klassenschülerzahlen keine wesentlichen Unterschiede. (TZ 10)

Kurzfassung

Schulstruktur

Verschiedene Maßzahlen (Schulen pro Gemeinde, Schulen pro km², Schüler pro Schule, Anteil der Volksschulen mit weniger als 25 Schülern) zeigten in den Ländern Burgenland, Kärnten und Vorarlberg Unterschiede in der Schulstruktur auf. (TZ 11)

Auf die Fläche der jeweiligen Länder bezogen war die Schuldichte bei allen Arten der allgemein bildenden Pflichtschulen in Vorarlberg am höchsten, in Kärnten am geringsten. (TZ 11)

Bezogen auf die Anzahl der Schulen pro 100 Schüler traten bei den Hauptschulen kaum Unterschiede zwischen den Ländern auf. Die Anzahl der Volksschulen (bezogen auf 100 Schüler) war im Burgenland fast doppelt so hoch wie in Vorarlberg. Auch die Anzahl der Polytechnischen Schulen und der Sonderschulen war (bezogen auf 100 Schüler) im Burgenland weitaus höher als in Kärnten und in Vorarlberg. (TZ 11)

Im Ländervergleich war die Schuldichte bezogen auf die Anzahl der Gemeinden bei den Hauptschulen, Polytechnischen Schulen und Sonderschulen in Vorarlberg am größten, bei den Volksschulen in Kärnten. (TZ 11)

Ausgaben der Gemeinden

Die Gemeinden waren für einen Großteil der allgemein bildenden Pflichtschulen gesetzliche Schulerhalter und hatten daher die daraus erwachsenden Kosten zu tragen. Auch im Falle der Bildung von Schulgemeindev Verbänden trugen letztlich die Gemeinden die Kosten der Schulerhaltung, weil diese anteilig auf die Gemeinden umgelegt wurden. Eine exakte Trennung von Schulerhaltungsbeiträgen und Umlagen war nicht durchführbar; ebenso war die Verteilung der Ausgaben auf die einzelnen Arten der allgemein bildenden Pflichtschulen nicht in allen Fällen möglich. (TZ 12)

Im Jahr 2009 wendeten die Kärntner Gemeinden für die Erhaltung der allgemein bildenden **Pflichtschulen rd. 79,70 Mill. EUR** auf, die Vorarlberger Gemeinden rd. 58,39 Mill. EUR und die Gemeinden des Burgenlands rd. 38,85 Mill. EUR. (TZ 12)

Schulgemeindeverbände als Erhalter allgemein bildender Pflichtschulen**Schulgemeindeverbände**

Im Burgenland gab es 171 Gemeinden. Diese waren nicht zu Schulgemeindeverbänden zusammengeschlossen, sondern selbst gesetzliche Schulerhalter der allgemein bildenden Pflichtschulen. Die Gründe für das Fehlen von Schulgemeindeverbänden waren dem Amt der Burgenländischen Landesregierung nicht bekannt. (TZ 14)

In Kärnten bildeten die Gemeinden jedes politischen Bezirks gemäß dem Kärntner Schulgesetz ex lege je einen Schulgemeindeverband für Hauptschulen und Polytechnische Schulen. Die Städte mit eigenem Statut (Klagenfurt am Wörthersee und Villach) waren von dieser Regelung ausgenommen. Dementsprechend gab es in Kärnten acht Schulgemeindeverbände, denen 130 der 132 Gemeinden angehörten. Im Durchschnitt der Jahre 2006 bis 2009 betrug die Ausgaben aller Kärntner Schulgemeindeverbände rd. 24,64 Mill. EUR. Auf einen Schüler entfielen in diesem Zeitraum jährlich 1.933 EUR. (TZ 15 bis 18)

In Vorarlberg war die Bildung von Schulgemeindeverbänden für alle Arten von allgemein bildenden Pflichtschulen möglich. Sie erfolgte durch Verordnung der Landesregierung. Von den 96 Vorarlberger Gemeinden gehörten 71 zumindest einem der 14 Schulgemeindeverbände an. Im Durchschnitt der Jahre 2006 bis 2009 betrug die Ausgaben der Vorarlberger Schulgemeindeverbände rd. 4,42 Mill. EUR. Auf einen Schüler entfielen in diesem Zeitraum 1.429 EUR pro Jahr. (TZ 19 bis 22)

Die Schulgemeindeverbände in Vorarlberg waren verglichen mit jenen in Kärnten kleiner strukturiert. (TZ 23)

Vorteile der Errichtung von Schulgemeindeverbänden waren ein Mitspracherecht der verbandsangehörigen Gemeinden in Angelegenheiten der Schulerhaltung – im Verbandsrat (Kärnten) bzw. im Verwaltungsausschuss (Vorarlberg) waren alle verbandsangehörigen Gemeinden vertreten – sowie ein Interessenausgleich zwischen der jeweiligen Schulstandortgemeinde und den übrigen verbandsangehörigen Gemeinden hinsichtlich der finanziellen Lasten der Schulerhaltung. (TZ 23)

Kurzfassung

Ausgegliederte Rechtsträger

Im Burgenland gab es keine Schulgemeindeverbände und daher auch keine von diesen errichtete ausgegliederten Rechtsträger. (TZ 24)

Die Gründung ausgegliederter Rechtsträger durch Gemeindeverbände zum Zweck des Vorsteuerabzugs entsprach einer zunehmend verbreiteten Praxis. Mit den ausgegliederten Rechtsträgern waren eine zunehmende Komplexität und erhebliche Transaktionskosten verbunden, welche die Wirtschaftlichkeit der Vorhaben und die Transparenz des Gebarungshandelns beeinträchtigten. (TZ 25)

Sieben Kärntner Schulgemeindeverbände hatten ausgegliederte Rechtsträger zur Abwicklung von Schulbauvorhaben (Generalsanierungen, größere Instandhaltungen) gegründet. Fünf Schulgemeindeverbände wählten hierzu die Rechtsform der Kommanditgesellschaft, zwei jene der Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Die Gründung einer Kommanditgesellschaft bedurfte im Gegensatz zu jener einer Kapitalgesellschaft nicht der Genehmigung der Landesregierung. (TZ 25)

Ende 2008 wiesen die damals bestehenden sechs ausgegliederten Rechtsträger der Kärntner Schulgemeindeverbände Verbindlichkeiten von rd. 3,98 Mill. EUR aus. Diese schienen in den Haushalten der Schulgemeindeverbände nicht mehr auf. (TZ 25)

In Vorarlberg hatte nur ein Schulgemeindeverband einen ausgegliederten Rechtsträger, und zwar als Kommanditgesellschaft, gegründet. Die Landesregierung erteilte die erforderliche Genehmigung. Ende 2008 wies diese Kommanditgesellschaft Verbindlichkeiten von rd. 1,53 Mill. EUR auf, die im Haushalt des betreffenden Schulgemeindeverbands nicht mehr aufschienen. (TZ 26)

Gemeindeaufsicht

Die landesgesetzlichen Vorschriften wiesen die Aufgaben der Gemeinden und Schulgemeindeverbände als gesetzliche Schulerhalter deren eigenem Wirkungsbereich zu. Die Einflussmöglichkeiten des Landes waren daher auf ein verfassungsmäßig umschriebenes Aufsichtsrecht beschränkt. Die Aufsicht über das wirtschaftliche Handeln der Gemeinden und Gemeindeverbände war von der Landesregierung auszuüben. (TZ 27)

Schulgemeindeverbände als Erhalter allgemein bildender Pflichtschulen

Im Burgenland führte die Gemeindeaufsicht bis zum Jahr 2009 nur wenige Prüfungen an Ort und Stelle durch. Aufgrund der diesbezüglichen Bemängelungen des Burgenländischen Landesrechnungshofs gab es 2010 bereits 27 umfassende Gebarungsüberprüfungen und drei Nachkontrollen an Ort und Stelle; diese nahmen jedoch nicht Bezug auf Fragen der Schulerhaltung. Für die Zukunft war die Prüfung von etwa 35 Gemeinden pro Jahr geplant. (TZ 29)

In Kärnten kam es wegen Unklarheiten in der Auslegung der Geschäftseinteilung des Amtes der Landesregierung zu einer Kontrollücke; dies hatte der RH bereits anlässlich einer früheren Gebarungsüberprüfung (Reihe Kärnten 2010/2) kritisiert. Die Landesamtsdirektion stellte bereits damals klar, welche Abteilung für die finanzielle Aufsicht zuständig war. In der Zwischenzeit wurde auch die Geschäftseinteilung entsprechend geändert. (TZ 28)

Die nunmehr zuständige Abteilung beauftragte im Jahr 2009 ein externes Beratungsunternehmen mit der Erfassung und Auswertung grundlegender Daten der Kärntner Schulgemeindeverbände. Die Abteilung schrieb die Kennzahlen fort und nahm auf dieser Basis ihre Aufsicht wahr. Weiters waren Stichprobenprüfungen nach dem Zufallsprinzip beabsichtigt. (TZ 29)

In Vorarlberg prüfte die zuständige Abteilung des Amtes der Landesregierung die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse aller Gemeinden und Gemeindeverbände. Für Überprüfungen an Ort und Stelle erstellte sie jährlich einen risikoorientierten Prüfungsplan. Die Schulgemeindeverbände wurden aufgrund ihres geringen Gebarungsvolumens und des Fehlens von Risikoindikatoren in den letzten Jahren nicht für eine Überprüfung ausgewählt. (TZ 29)

Kenndaten zur Schulerhaltung

Rechtsgrundlagen		Bund									
		<ul style="list-style-type: none"> - Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F. - Pflichtschulerhaltungs-Grundsatzgesetz, BGBl. Nr. 163/1955 i.d.g.F. 									
		Länder									
		<ul style="list-style-type: none"> - Burgenländisches Pflichtschulgesetz 1995, LGBL. 36/1995 i.d.g.F.¹ - Burgenländische Gemeindeordnung, LGBL. 55/2003 i.d.g.F. - Burgenländisches Gemeindeverbandsgesetz, LGBL. Nr. 20/1987 - Kärntner Schulgesetz, LGBL. Nr. 58/2000 i.d.g.F.¹ - Kärntner Schulbaufondsgesetz, LGBL. Nr. 7/2009 i.d.g.F. - Kärntner Allgemeine Gemeindeordnung, LGBL. 66/1998 i.d.g.F. - (Vorarlberger) Gesetz über die Errichtung, Erhaltung und Auflassung der öffentlichen Pflichtschulen und der öffentlichen Schülerheime (Schulerhaltungsgesetz), LGBL. Nr. 32/1998 i.d.g.F.¹ - (Vorarlberger) Gemeindegesetz, LGBL. Nr. 40/1985, i.d.g.F. - Verordnungen der Vorarlberger Landesregierung über die Bildung der einzelnen Schulgemeinverbände 									
Schulgemeindeverbände (SGV)	Anzahl	2006	2007	2008	2009	Veränderung 2006 bis 2009					
		Ausgaben in Mill. EUR					in %				
Burgenland	-	-	-	-	-	-					
Kärnten	8	24,02	23,03	23,26	28,23	+ 18					
Vorarlberg	14	3,51	3,52	5,04	5,66	+ 61					
allgemein bildende Pflichtschulen	2006/2007		2007/2008		2008/2009		2009/2010		Veränderung 2006/2007 bis 2009/2010		
	Anzahl	davon in SGV	Anzahl	davon in SGV	Anzahl	davon in SGV	Anzahl	davon in SGV	Schulen in %	davon in SGV in %	
	Burgenland	255	-	253	-	251	-	250	-	- 2	-
Kärnten	360	62	353	60	347	60	344	59	- 4	- 5	
Vorarlberg	248	18	248	18	246	18	244	18	- 2	-	

¹ Diese drei Gesetze sind die Landes-Ausführungsgesetze zum Pflichtschulerhaltungs-Grundsatzgesetz des Bundes.

Schulgemeindeverbände als Erhalter allgemein bildender Pflichtschulen

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 Der RH überprüfte von Jänner bis April 2011 in den Ländern Kärnten und Vorarlberg die Schulgemeindeverbände als Erhalter allgemein bildender Pflichtschulen sowie im Burgenland die Auswirkungen des Fehlens von Schulgemeindeverbänden. Die Gebarungsüberprüfung erfolgte beim jeweiligen Amt der Landesregierung; einzelne Schulgemeindeverbände wurden nicht überprüft.

Ziele der Gebarungsüberprüfung waren die Darstellung und Beurteilung der unterschiedlichen landesgesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Errichtung, Erhaltung und Auflassung öffentlicher allgemeinbildender Pflichtschulen, die Beurteilung der Aufgabenerfüllung der Schulgemeindeverbände, der Vor- und Nachteile der Errichtung von Schulgemeindeverbänden sowie der Kompetenzabgrenzung zwischen Schulgemeindeverbänden und den für die Schulen zuständigen Behörden. Weiters überprüfte der RH die Wahrnehmung der Gemeindeaufsicht, der auch die Schulgemeindeverbände unterlagen, seitens der Länder.

Zu dem im Mai 2012 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Land Vorarlberg im Juni 2012, das BMUKK und das Land Burgenland im Juli 2012 sowie das Land Kärnten – verspätet – im Oktober 2012 Stellung. Der RH erstattete gegenüber dem Land Burgenland, dem Land Kärnten und dem Land Vorarlberg im November 2012 Gegenäußerungen.

Schulerhaltung Allgemein

Begriff

2 Der Begriff „Schulerhaltung“ umfasste die Errichtung, Erhaltung und Auflassung von Schulen. Unter Errichtung einer Schule war ihre Gründung und die Festsetzung ihrer örtlichen Lage – also ein Rechtsakt und nicht der Bau eines Schulgebäudes – zu verstehen.

Die Erhaltung einer Schule betraf folgende wirtschaftliche Belange:¹

- Bereitstellung und Instandhaltung des Schulgebäudes und der übrigen Schulliegenschaften,
- Reinigung, Beleuchtung und Beheizung,
- Anschaffung und Instandhaltung der Einrichtung und Lehrmittel,
- Deckung des sonstigen Sachaufwands (z.B. Zeugnisformulare, Bücher für die Lehrer- und Schülerbüchereien),

¹ § 10 Pflichtschulerhaltungs-Grundsatzgesetz

Schulerhaltung Allgemein

- Beistellung des erforderlichen Hilfspersonals (z.B. Schulwarte und Reinigungskräfte) sowie
- Unterstützung der Schulleitung bei administrativen Tätigkeiten.

Unter Auflassung einer Schule war ihre Schließung zu verstehen.

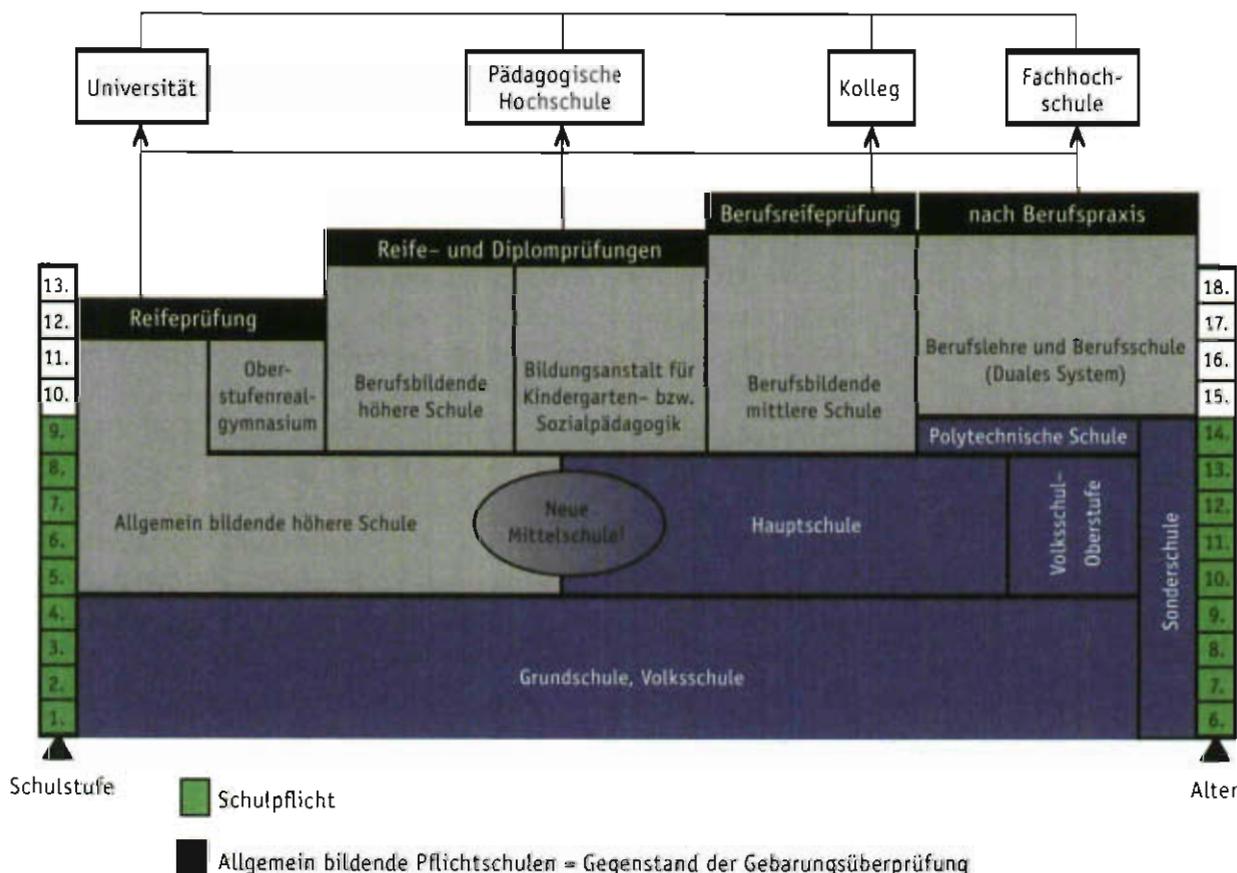
Die einschlägigen Regelungen für die öffentlichen mittleren und höheren Schulen waren entsprechend der bundesstaatlichen Kompetenzverteilung (Art. 14 B-VG) durch Bundesgesetz zu treffen. Ein solches „Bundes-Schulerhaltungsgesetz“ wurde jedoch nicht erlassen; daher war der Schulerhalter Bund bei den Bundesschulen für alle Aspekte der Schulerhaltung verantwortlich.

Für die öffentlichen Pflichtschulen bestand hinsichtlich der Schulerhaltung – anders als für die mittleren und höheren Schulen – nur eine Grundsatzgesetzgebungskompetenz des Bundes. Die unmittelbar anwendbaren Vorschriften waren neun unterschiedlichen Ausführungsgesetzen der Länder vorbehalten.

Gesetzliche Schulerhalter

3.1 (1) Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über das österreichische Schulwesen:

Abbildung 1: Schulwesen in Österreich



¹ Mit Beginn des Schuljahres 2018/2019 wird dieser Modellversuch flächendeckend in das Regelschulwesen (an Stelle der Hauptschulen) überführt worden sein.

Quelle: BMUKK

(2) Gesetzlicher Schulerhalter der mittleren und höheren Schulen – das waren die allgemein bildenden höheren Schulen sowie die mittleren und höheren berufsbildenden Schulen – war der Bund.¹

Für die allgemein bildenden Pflichtschulen – Volksschulen, Hauptschulen, Sonderschulen sowie Polytechnische Schulen – waren grundsätzlich die Gemeinden und Gemeindeverbände gesetzliche Schulerhalter.

¹ mit Ausnahme der land- und forstwirtschaftlichen Fachschulen

Schulerhaltung Allgemein

Gemeindeverbände waren ausschließlich aus Gemeinden zusammengesetzte Verwaltungsträger. Mit eigener **Rechtspersönlichkeit** ausgestattet, erfüllten sie einzelne Aufgaben der beteiligten Gemeinden an deren Stelle und in eigener **Verantwortung**. Bei Schulgemeindeverbänden waren diese Aufgaben die Errichtung, Erhaltung und Auflassung allgemein bildender Pflichtschulen.

Gesetzliche Schulerhalter der Berufsschulen sowie der land- und forstwirtschaftlichen Fachschulen waren die Länder.

(3) Der RH befasste sich bereits im Jahr 2009 mit **grundlegenden** Reformüberlegungen zur Schulverwaltung. Im Rahmen der Arbeitsgruppe „Verwaltung Neu“ führte er zusammen mit Experten des Instituts für Höhere Studien, des Staatsschuldenausschusses, des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung und des Zentrums für Verwaltungsforschung eine strukturierte Analyse der bestehenden Probleme und der damit verbundenen Folgewirkungen durch. Die Ergebnisse der Analyse sahen die Probleme vor allem in der verfassungsrechtlich komplexen Kompetenzverteilung und der fehlenden Übereinstimmung von Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Ländern begründet.

3.2 Die Vielschichtigkeit der Schulverwaltung kam nach Ansicht des RH unter anderem auch darin zum Ausdruck, dass alle Gebietskörperschaften **gesetzliche Schulerhalter** waren. Dies **erschwerte** nach Ansicht des RH die **schulartenübergreifende** Nutzung von **Schulraum**. Für die Sekundarstufe I (Schule der 10- bis 14-Jährigen) **bestand** eine Konkurrenz zwischen den Gemeinden bzw. Gemeindeverbänden als **gesetzliche Schulerhalter** der Hauptschulen (bzw. der in das Regelschulwesen überführten Neuen Mittelschulen) und dem Bund als Erhalter der allgemein bildenden höheren Schulen (Unterstufe), einschließlich jener, an denen die Neue Mittelschule als Schulversuch **geführt wurde**. Der RH empfahl den überprüften Ländern, in Abstimmung mit dem BMUKK – wie in den Lösungsvorschlägen der Expertengruppe Schulverwaltung (Arbeitspaket 3, Seite 30) ausgeführt – eine schulartenübergreifende Nutzung von Schulraum anzustreben.

3.3 (1) *Laut Stellungnahme des BMUKK sei die gemeinsame Nutzung von Schulraum durch unterschiedliche Schulerhalter im Rahmen des Modells der kooperativen Schulraumbeschaffung für das weiterführende Schulwesen erfolgreich angewendet worden. Beispielsweise sei das neu gegründete Oberstufenrealgymnasium Deutsch-Wagram gemeinsam mit der Neuen Mittelschule in einem von Stadt, Land und Bund errichteten neuen Schulgebäude untergebracht. Weiters seien leer gewordene Pflichtschulgebäude durch weiterführende Schulen übernommen wor-*

Schulgemeindeverbände als Erhalter allgemein bildender Pflichtschulen

den bzw. Pflichtschulräume zur vorübergehenden Behebung von Raumnot einer weiterführenden Schule befristet angemietet worden.

Besonders ausgeprägt sei die Kooperation von verschiedenen Schulerhaltern bei der Nutzung von Sportstätten, die sowohl dem schulischen als auch dem außerschulischen Sport zur Verfügung stünden. Die dargestellte Kooperation zwischen den Gebietskörperschaften und die dadurch gegebene Flexibilität der gemeinsamen Nutzung schulischer Infrastruktur gelinge bei jenen Gebäuden, die der Bund von Gemeinden bzw. privaten Rechtsträgern angemietet habe, leichter als bei jenen, die dem Bund von der Bundesimmobiliengesellschaft GmbH vermietet würden.

(2) Laut Stellungnahme der Burgenländischen Landesregierung gebe es bereits einige sinnvolle Kooperationen zur schulartenübergreifenden Nutzung von Schulräumlichkeiten, z.B. Frauenkirchen, Neusiedl am See und Mattersburg. Ein darüber hinausgehendes Einsparungspotenzial werde als eher gering angesehen.

(3) Laut Stellungnahme der Kärntner Landesregierung sei in der Sekundarstufe I hinsichtlich einer schulartenübergreifenden Nutzung von Schulraum keine Konkurrenz zwischen den Gemeindeverbänden als Schulerhalter der Hauptschulen und Neuen Mittelschulen sowie dem Bund als Schulerhalter der allgemein bildenden höheren Schulen (Unterstufe) erkennbar, zumal es in der Praxis kaum Schulgebäude gebe, in denen sowohl Pflichtschulen als auch allgemein bildende höhere Schulen unter einem Dach untergebracht seien. Der Kärntner Schulbaufonds fördere jedoch vorrangig jene Projekte, die eine Konzentration von Schul- und Betreuungseinrichtungen zum Gegenstand hätten. Mit der Schaffung von regionalen Bildungszentren im Pflichtschulbereich würden räumliche Synergien zwischen Volksschule und Hauptschule genutzt und dabei auch die Mitnutzung von Schulraum durch Kinderbetreuungseinrichtungen ermöglicht.

- 3.4 Der RH entgegnete dem Land Kärnten, im Rahmen der Festlegung zukünftiger Schulstandortstrategien verstärkt die schulartenübergreifende Nutzung von Schulraum der unterschiedlichen Schulerhalter (Gemeinden, Gemeindeverbände, Bund) anzustreben.

Allgemein bildende Pflichtschulen

Kompetenzzersplitterung

4.1 (1) Für die allgemein bildenden Pflichtschulen ergab sich aus der zur Zeit der Gebarungüberprüfung geltenden Rechtslage die – Spannungsfelder begünstigende – Situation, dass einerseits die Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung – soweit sie die Schulerhaltung betraf – insbesondere in der Hand der Gemeinden bzw. Gemeindeverbände lag, andererseits die Schulen bei gesamthafter Betrachtung dem Einfluss aller Gebietskörperschaften unterlagen.

(2) Den gesetzlichen Schulerhaltern oblag die Errichtung, Erhaltung und Auflassung der öffentlichen Pflichtschulen. Die Errichtung und Auflassung einer Schule bedurfte überdies der Anhörung des Landes- schulrats als Schulbehörde des Bundes und der Bewilligung der Landesregierung.

(3) Die Festsetzung der Schulsprengel³ erfolgte durch Verordnung der Landesregierung unter Mitwirkung des Landes- oder Bezirksschulrats nach Anhörung aller betroffenen gesetzlichen Schulerhalter und Gebietskörperschaften.⁴

(4) Die Beistellung der erforderlichen Lehrer oblag den Ländern als Dienstgeber der Landeslehrer.⁵ Der Bund refundierte den Ländern die Kosten der Besoldung der Lehrer an allgemein bildenden Pflichtschulen im Rahmen der genehmigten Stellenpläne.⁶ Die Kosten allfälliger darüber hinausgehender Planstellen hatten die Länder dem Bund zu refundieren (siehe Reihe Bund 2012/4 – Finanzierung der Landeslehrer).

(5) Die Aufsicht über Gemeinden und Schulgemeindevverbände oblag dem Land.

³ Der Schulsprengel ist das rechtlich umschriebene Einzugsgebiet der Schule. Die Sprengelteilung dient zum einem einer geordneten und möglichst gleichmäßigen Zuweisung der schulpflichtigen Kinder an die einzelnen öffentlichen Pflichtschulen der betreffenden Schulart. Zum anderen bestimmt die Sprengelteilung die Grenzen der dem gesetzlichen Schulerhalter auferlegten Vorsorge für die Schule, insbesondere auch in finanzieller Hinsicht.

⁴ § 13 Abs. 5 Pflichtschulerhaltungs-Grundsatzgesetz

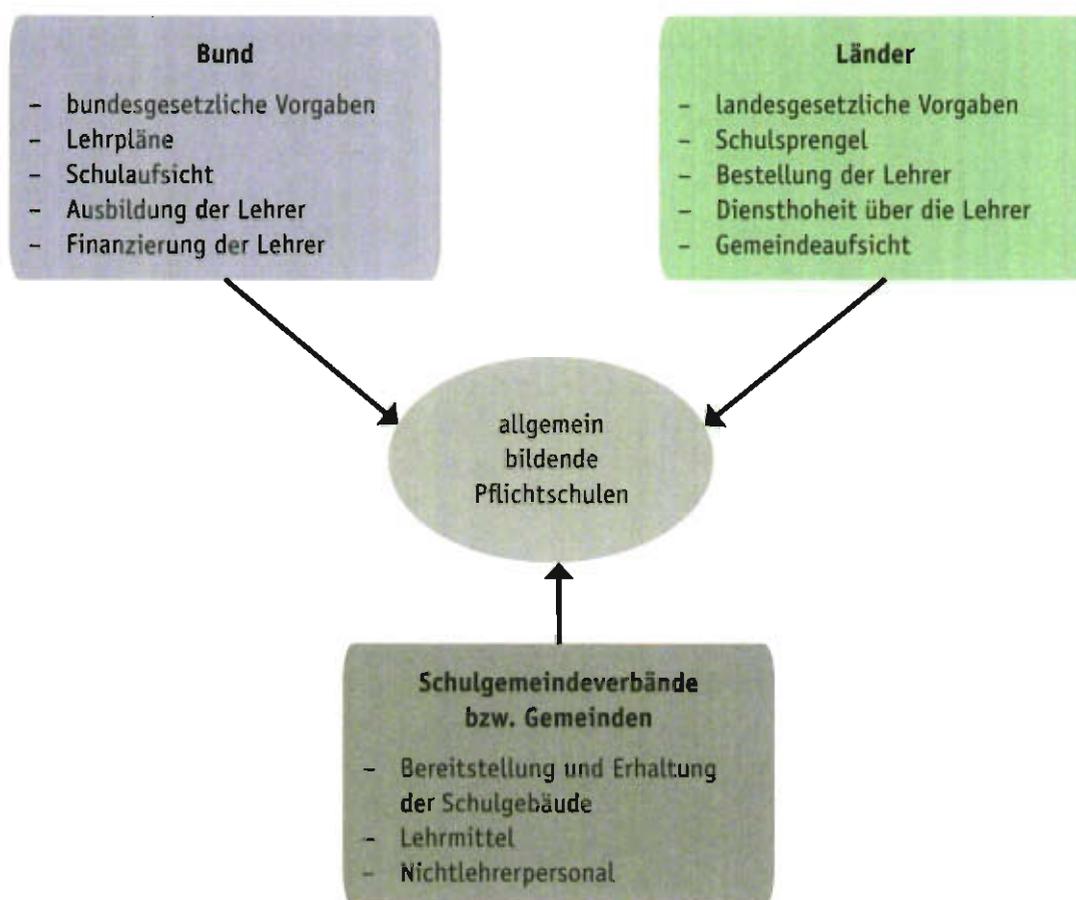
⁵ § 10 Pflichtschulerhaltungs-Grundsatzgesetz

⁶ § 4 Finanzausgleichsgesetz 2008

(6) Die Sicherstellung der Unterrichtsqualität fiel in den Verantwortungsbereich des Schulleiters.⁷ Die Aufsicht über die Qualität des Unterrichts war Aufgabe des örtlich zuständigen Bezirksschulinspektors, einem Schulaufsichtsorgan des Bundes.⁸

(7) Die folgende Abbildung verdeutlicht die Kompetenzlage:

Abbildung 2: Einfluss der Gebietskörperschaften auf die allgemein bildenden Pflichtschulen



Quelle: RH

⁷ § 56 Abs. 3 Schulunterrichtsgesetz

⁸ Aufgabenprofil der Schulaufsicht, Abschnitt III Z. 21 lit. c

Allgemein bildende Pflichtschulen

4.2 (1) Der RH hielt kritisch fest, dass die Vielfalt an Einflussgrößen und unterschiedlichen Interessenlagen den koordinierten Mitteleinsatz von Bund, Ländern und Gemeinden (bzw. Gemeindeverbänden) erschwerte. Mit der Errichtung, Erhaltung und Auflassung der öffentlichen Pflichtschulen waren alle Gebietskörperschaften befasst. Die Länder übten überdies durch die Definition der Schulsprengel maßgeblichen Einfluss auf die personellen und infrastrukturellen Ressourcen aus. Flächendeckende Schulstandortkonzepte der Regionen (unter Berücksichtigung von Synergien mit angrenzenden Regionen) wurden dadurch erschwert.

(2) Im Bereich der Landeslehrer kam es zu einem Auseinanderfallen der Aufgaben- und Ausgabenverantwortung (Länder) und der Finanzierungsverantwortung (Bund). Überdies hatte das an einer allgemein bildenden Pflichtschule tätige pädagogische und nichtpädagogische Personal unterschiedliche Dienstgeber: Lehrer das Land (finanziert vom Bund), Schulwarte, Reinigungskräfte und sonstiges Hilfspersonal die Gemeinde bzw. den Schulgemeinerverband.

(3) Dem Bezirksschulinspektor als Schulaufsichtsorgan des Bundes oblag die Qualitätssicherung nur im pädagogischen Bereich. Allenfalls festgestellte Mängel, die das Schulgebäude oder dessen Ausstattung betrafen, konnte er nicht unmittelbar, sondern nur im Wege der Gemeinde bzw. des Schulgemeinerverbands und in weiterer Folge des Amtes der Landesregierung abstellen.

(4) Die bereits erwähnte Arbeitsgruppe „Verwaltung Neu“ (siehe TZ 3) formulierte Lösungsvorschläge für ein zukunftssicheres Schulsystem. Unter den Gesichtspunkten eines verantwortungsbewussten Umgangs mit öffentlichen Mitteln und bildungswissenschaftlichen Erwägungen, sind nach diesem Modell für eine Organisationsreform vier handlungsleitende Grundsätze wesentlich:

- Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung sowie interne Kontrolle der Schulgebarung in einer Hand,
- einheitliche Steuerung auf Basis strategischer Bildungsziele (Output-, Outcomeorientierung);
- Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle der Leistungserbringung der Schulen durch ein permanentes übergeordnetes Monitoring,
- weitgehende Autonomie der Schulen in Bezug auf Unterrichtsgestaltung und Personalauswahl unter einheitlichen Vorgaben, Zielen und rechtlichen Rahmenbedingungen.