



Qualitätssicherung

BMASK

Eingliederungsbeihilfe „Come Back“ des AMS

Auf Anregung des RH führte das AMS Österreich eine Auswertung für die Jahre 2008 bis 2012 durch. Das AMS Kärnten bewilligte zwischen rd. 19 % und rd. 22 % der Förderfälle zu spät im Sinne der Fachkontrolle. Das AMS Niederösterreich bewilligte zwischen rd. 22 % und rd. 24 % der Förderfälle zu spät. Das AMS Wien verbesserte sich von rd. 29 % im Jahr 2008 kontinuierlich auf rd. 16 % der zu spät genehmigten Förderfälle im Jahr 2012.

(2) Die Bundesrichtlinie verpflichtete nur den Förderwerber durch zeitliche Fristen, nicht jedoch das AMS. Eine Ausnahme stellte die Begehrensstellung mittels Online-Beantragung (eAMS-Konto) dar, welche innerhalb von fünf Arbeitstagen zu bearbeiten war²⁴.

Die Dienstanweisungen des AMS Kärnten und des AMS Wien enthielten Vorgaben für die Bearbeitungsdauer der Bewilligung und der Förderfallabrechnung. Im AMS Kärnten bestand die Vorgabe, dass Begehren innerhalb einer Woche ab Einbringen der Unterlagen zu bearbeiten waren. Im AMS Wien durfte der Zeitraum zwischen dem Tag der Begehrenseinbringung und der Bewilligung drei Wochen nicht überschreiten. Begehren, die mittels Online-Beantragung (eAMS-Konto) einlangten, waren binnen fünf Tagen zu bearbeiten, die endgültige Entscheidung war danach ebenfalls binnen drei Wochen zu treffen. Die Förderfallabrechnung musste innerhalb eines Zeitraums von drei Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen durchgeführt werden²⁵. Im AMS Niederösterreich fehlten solche Vorgaben.

(3) Im Zuge der Gebarungsüberprüfung zeigte sich, dass in den sechs überprüften RGS in der Zufallsstichprobe auf fast allen eingelangten Begehren ein Eingangsstempel zu finden war, jedoch nicht auf den ergänzenden Unterlagen zum Begehren (Arbeitsvertrag und gegebenenfalls Anmeldung zur Gebietskrankenkasse). Damit ließ sich nur bei einem Teil der Förderfälle ermitteln, wie viele Tage zwischen dem Einlangen der vollständigen Begehrens-Unterlagen und der Förderfallbewilligung lagen.

Im Hinblick auf eine zeitnahe Förderfallabrechnung zeigte die Zufallsstichprobe, dass bei allen überprüften RGS teilweise die Eingangsstempel auf den Abrechnungsunterlagen fehlten, wodurch weder das Einlangen der Unterlagen noch die Bearbeitungsdauer nachvollziehbar waren. In der RGS Wr. Neustadt und in der RGS St. Pölten fehlten bei

²⁴ Oder es war eine sonst erforderliche Veranlassung (z.B. Mahnschreiben wegen erforderlichen Unterlagen) zu treffen. Dies war in der Bundesrichtlinie „Kernprozess 1 – Service für Arbeitssuchende“ geregelt.

²⁵ Mussten Belege eingemahnt werden, verlängerte sich die maximale Bearbeitungszeit um die Dauer der gewährten Nachfrist (bis zu maximal sechs Wochen).

Qualitätssicherung

jeweils zehn Förderfällen bzw. rd. 33 % der Eingangsstempel auf den Abrechnungsunterlagen. In den anderen vier überprüften RGS fehlten bei zwischen fünf und sieben Förderfällen bzw. zwischen rd. 17 % bis rd. 23 % der Eingangsstempel auf den Abrechnungsunterlagen.

Für die Förderfälle mit Eingangsstempel auf den Unterlagen zeigt die folgende Tabelle die durchschnittliche Dauer zwischen dem Einlangen der Begehren und der Bewilligung bzw. zwischen dem Einlangen der Abrechnungsunterlagen und der Förderfallabrechnung in der Zufallsstichprobe der sechs vom RH überprüften RGS:

Tabelle 10: Durchschnittliche Dauer von Genehmigungsschritten im überprüften Zeitraum			
Bundesland	RGS	Begehrenseinbringung bis Bewilligung	Einlangen der Abrechnungsunterlagen bis Förderfallabrechnung
		Dauer in Tagen¹	
Kärnten			
	Klagenfurt	7	6
	St. Veit an der Glan	4	4
Niederösterreich			
	St. Pölten	8	3
	Wr. Neustadt	9	3
Wien			
	Dresdner Straße	12	10
	Hietzinger Kai	5	3

¹ Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: AMS, RH

In den beiden überprüften RGS des AMS Kärnten und in der RGS Hietzinger Kai gelang es, durchschnittlich innerhalb von maximal sieben Tagen sowohl die Begehrensbewilligung als auch die Förderfallabrechnung durchzuführen.

- 28.2** Nach Ansicht des RH war die Fachkontrolle ohne Zielvorgaben für die Genehmigungsdauer zu undifferenziert und daher als Steuerungsinstrument kaum geeignet. Der RH wertete die ausdrücklichen Vorgaben für die Dauer einzelner Bearbeitungsschritte in den Dienstabweisungen der LGS Wien und der LGS Kärnten positiv und hob die rasche Bearbeitungszeit in den beiden überprüften RGS des AMS Kärnten und der RGS Hietzinger Kai hervor. Der RH kritisierte die großzügige Frist-

Eingliederungsbeihilfe „Come Back“ des AMS

vorgabe von drei Wochen für die Bearbeitung von Online-Begehren durch das AMS Wien, die der bundesweiten Vorgabe von fünf Tagen widersprach.

Der RH empfahl dem AMS Österreich, im Zuge der Fachkontrolle eine einheitliche zeitliche Zielvorgabe für ein rasches Verwaltungshandeln hinsichtlich der Bearbeitungsschritte bei der Eingliederungsbeihilfe vorzugeben. Im Hinblick auf diese einheitliche Zielvorgabe empfahl der RH dem AMS Kärnten, dem AMS Niederösterreich und dem AMS Wien, darauf zu achten, dass die eingehenden Dokumente mit einem Eingangsstempel versehen werden, um Kennzahlen für rasches Verwaltungshandeln ermitteln zu können.

Darüber hinaus empfahl der RH dem AMS Österreich, die Möglichkeiten der IT verstärkt zu nutzen und auch systematisch Ordnungsmäßigkeitsabfragen in die Fachkontrolle einzubauen. Beispielsweise könnten standardmäßig Förderfälle, bei denen der maximale Normalfördersatz von 66,7 % überschritten wurde, abgefragt und inhaltlich kontrolliert werden.

28.3 Das AMS Österreich sagte die Umsetzung der Empfehlungen in seiner Stellungnahme zu. Zeitliche Vorgaben würden in die Richtlinie aufgenommen werden und die IT werde verstärkt für Ordnungsmäßigkeitsabfragen im Rahmen der Fachkontrolle genutzt werden.

Im Falle der Förderabwicklung im Wege des e-AMS-Kontos sei diese Empfehlung nicht mehr erforderlich, da sämtliche Kommunikationsschritte dokumentiert würden.

Korruptionsprävention und Fördermissbrauch

Allgemeines

29 Möglichkeiten für eventuellen Fördermissbrauch zeigte der RH in mehreren Bereichen auf. Dies betraf u.a. Mehrfachförderungen (TZ 13), die Künstlerförderung (TZ 14), Arbeitskräfteüberlasser (TZ 15), Interventionen der LGS (TZ 21) und die Anmeldung bei der Gebietskrankenkasse (TZ 23). Im Folgenden werden allgemeine Maßnahmen zur Korruptionsprävention und zur Verhinderung von Fördermissbrauch beleuchtet: Verhaltenskodex (TZ 30), Risiko- und Schwachstellenanalyse (TZ 31), Personenidentität in der Abwicklung der Eingliederungsbeihilfe (TZ 32) sowie Rotationselemente in der Eingliederungsbeihilfe (TZ 33).



Korruptionsprävention und
Fördermissbrauch



Eingliederungsbeihilfe „Come Back“ des AMS

Der RH empfahl dem AMS Österreich, die neuen Leitlinien zur Korruptionsprävention in flächendeckenden Schulungen aktiv zu kommunizieren und die AMS-Mitarbeiter regelmäßig für das Thema Korruptionsprävention zu sensibilisieren.

30.3 *Laut Stellungnahme werde das AMS Österreich die Empfehlung sinngemäß umsetzen, allerdings nicht durch flächendeckende Schulungen. Das Thema Korruption/Prävention sei bisher in der Organisation gut vermittelt worden und solle auch weiterhin in Form von Dienstbesprechungen, Informationsveranstaltungen etc. aktiv und regelmäßig thematisiert werden.*

30.4 Der RH erachtete die neuen Leitlinien als geeigneten Anlass für eine flächendeckende Schulungsmaßnahme zum Thema Korruptionsprävention.

Risiko- und Schwachstellenanalyse

31.1 (1) Für die Korruptionsprävention bedarf es einer Identifikation der besonders korruptionsgefährdeten Aufgabenbereiche und Entscheidungsprozesse. Eine Risiko- und Schwachstellenanalyse war geeignet, Risiken und mögliche daraus resultierende Schäden für eine Organisation zu identifizieren. Hierzu war es notwendig, die Eintrittswahrscheinlichkeiten eines Risikos einzustufen (gering, mittel und hoch) sowie den möglichen Schaden zu bewerten (gering, mittel und hoch). Im Anschluss waren Maßnahmen zu setzen, welche nicht tolerierbare Risiken (hohes Risiko und hoher Schaden) minimierten.

Im Falle der Eingliederungsbeihilfe wären folgende Risikofelder denkbar:

- Fingierung von Unterlagen zur Begründung eines Förderfalles (falsche Angaben und gefälschte Unterlagen zu Arbeitsverhältnissen),
- übermäßige Förderung einzelner Branchen und Unternehmen,
- Abhängigkeit der Förderbedingungen (Fördersatz, Förderdauer) vom Verhandlungsgeschick der Förderwerber,
- verstärkte Mitnahmeeffekte durch die falsche Priorisierung einer Zielgruppe oder
- unerwünschte Nebeneffekte durch die interne Zielsteuerung mittels Balanced Score Card im AMS.



Korruptionsprävention und
Fördermissbrauch



Eingliederungsbeihilfe „Come Back“ des AMS

furt erledigten vier verschiedene Personen die vier einzelnen Bearbeitungsschritte einer Eingliederungsbeihilfe.

- 32.2 Der RH bemerkte positiv, dass das AMS bei den einzelnen Bearbeitungsschritten der Eingliederungsbeihilfe ein Vier-Augen-Prinzip installierte. Darüber hinaus war nach Ansicht des RH eine personelle Trennung der einzelnen Bearbeitungsschritte der Eingliederungsbeihilfe, wie in der RGS Klagenfurt, zweckmäßig im Sinne der Korruptionsprävention.

Daher empfahl der RH dem AMS Österreich, die personelle Trennung zumindest bei den zwei Entscheidungen („Förderzusag“ und „Förderfallabrechnung“) im Zuge der Abwicklung einer Eingliederungsbeihilfe verpflichtend vorzusehen. Weiters empfahl er dem AMS Österreich, soweit es die personelle Situation zulässt, die personelle Trennung auch bei den Genehmigungen im Zuge der Abwicklung der Eingliederungsbeihilfe vorzusehen.

- 32.3 *In seiner Stellungnahme verwies das AMS Österreich auf die AMS-Anweisungsverordnung, BGBl. 120/2004, die die derzeitige Vorgangsweise vorgab. Diese vom BMASK erlassenen Verfahrensvorschriften würden keine personelle Trennung zwischen Bewilligung und Abrechnung erfordern. Für eine Umsetzung der Empfehlung müsste eine Anpassung der Verfahrensvorschriften durch das haushaltsleitende Organe erfolgen. Die Gebarungssicherheit werde durch mittels Zufalls-generator festgelegte Supervisionsfälle und durch verpflichtende ex-post-Prüfungen durch die BHAG erhöht. Aus fachlicher Sicht erachte das AMS Österreich eine derartige Trennung im Bereich der Arbeitsmarktförderung als nicht zweckmäßig.*

- 32.4 Nach Ansicht des RH definierte die geltende Verfahrensvorschrift die Mindestanforderungen. Der RH verwies auf die Notwendigkeit zur Verstärkung der Korruptionsprävention auch im öffentlichen Bereich und hielt aus dieser Perspektive eine personelle Trennung bei den Verfahrensschritten für notwendig.

Rotationselemente in
der Eingliederungs-
beihilfe

- 33.1 Bedingt durch den regionalen Aufbau des AMS waren die einzelnen RGS unterschiedlich groß. In größeren RGS bestanden zum Teil mehrere Abteilungen des Services für Arbeitsuchende, welche den selben Aufgabenbereich abdeckten. So hatte die RGS Klagenfurt drei Abteilungen, welche mit Agenden des Services für Arbeitsuchende betraut waren. In allen drei Abteilungen wurden unabhängig voneinander Förderfälle zur Eingliederungsbeihilfe entschieden und vom jeweiligen Abteilungsleiter bewilligt.

Korruptionsprävention und Fördermissbrauch

Im AMS waren bundesweit die arbeitslosen Personen nach Geburtsdatum bzw. Nachnamen gruppiert und an AMS-Mitarbeiter für die Betreuung zugeordnet. Dadurch ergab sich eine konstante Kundenbeziehung zu den arbeitslosen Personen. Eine regelmäßige Rotation dieser Zuordnungen war – u.a. um die Kundenbeziehung nicht zu gefährden – beim AMS nicht vorgesehen. Im Falle von Personalfluktuationen führten die RGS fallweise eine Neuordnung der Kunden durch.

Die RGS Klagenfurt nahm den Vorschlag des RH, im Sinne der Qualitätssicherung die Genehmiger der Förderbewilligung immer wieder zu wechseln, positiv auf. Die RGS Klagenfurt sah darin einen möglichen positiven Beitrag zur Qualitätssicherung im Sinne einer einheitlichen Abwicklung der Eingliederungsbeihilfe.

33.2 Der RH wies darauf hin, dass die Bemühungen des AMS auf Kontinuität in der Kundenbetreuung ausgerichtet waren. Er hielt aber fest, dass eine Rotation im Kundenstock etwa alle fünf bis sieben Jahre im Sinne der effizienten Korruptionsprävention angezeigt war. Der RH empfahl dem AMS Österreich, systematisch eine Rotation im Kundenstock alle fünf bis sieben Jahre einzuführen. Weiters empfahl er dem AMS Österreich, in größeren RGS Rotationselemente bei den Genehmigern der Eingliederungsbeihilfe einzuführen.

33.3 *In seiner Stellungnahme führte das AMS Österreich aus, dass beim Abwägen des Positiven und des Negativen an der Rotation des Kundenstocks für das AMS Österreich die negativen Folgewirkungen überwiegen würden. Ein Berater gewähre durchschnittlich rd. 22 Eingliederungsbeihilfen im Jahr, rund zwei im Monat. Das Argument der Kontinuität der Betreuung sei für das AMS sehr wesentlich.*

Das Einführen von Rotationselementen bei den Genehmigern der Eingliederungsbeihilfen in größeren RGS erachtete das AMS Österreich für sinnvoll, verwies jedoch in der Umsetzung auf die Landesorganisationen.

33.4 Der RH verwies auf die Notwendigkeit zur Verstärkung der Korruptionsprävention auch im öffentlichen Bereich und hielt aus dieser Perspektive die Einführung von Rotationselementen für notwendig.



Eingliederungsbeihilfe „Come Back“ des AMS

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

34 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

AMS Österreich

(1) Für eine wirtschaftliche und transparente Abwicklung der Eingliederungsbeihilfe wären zahlreiche Vereinheitlichungen bzw. Konkretisierungen der Bundesrichtlinie notwendig. (TZ 2)

(2) Die Förderstrategie wäre auf längere Förderdauern bei gleichbleibendem Einsatz der Fördermittel abzuändern, um nicht nur das Ziel der Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten zu verfolgen, sondern auch das Ziel der nachhaltigen Integration in den Arbeitsmarkt. (TZ 11)

(3) Eine wiederholte Inanspruchnahme der Eingliederungsbeihilfe beim selben Arbeitgeber innerhalb von zwei Jahren sollte, in Anlehnung an die Regelung in der RGS St. Pölten, im Sinne der Vermeidung von Mitnahmeeffekten und Wettbewerbsverzerrungen ausgeschlossen werden. (TZ 13)

(4) Die Arbeitskräfteüberlasser wären im Sinne der Vermeidung von Missbrauch und Mitnahmeeffekten bei der Begehrenseinbringung zur Offenlegung des tatsächlichen Beschäftigerbetriebs zu verpflichten. (TZ 15)

(5) Die Rückforderung von Überförderungen durch Überschreitung des maximal zulässigen Normalfördersatzes von 66,7 % wäre zu prüfen. Weiters sollte in der Förderzusage deutlich auf den maximalen Fördersatz sowie eine Rückforderungsmöglichkeit bei Überförderung hingewiesen werden. (TZ 18)

(6) Im schriftlichen Förderbegehren sollten die mündlich vereinbarten Förderbedingungen (Fördersatz und Förderdauer) mit dem einschränkenden Hinweis aufgenommen werden, dass die Bewilligung der Eingliederungsbeihilfe unter Maßgabe der budgetären Mittel erfolgt. (TZ 22)

(7) Auf die Verpflichtung einer Vorab-Vereinbarung mit den geförderten Personen wäre zu verzichten. Bei förderbaren Personen wäre die Möglichkeit zur Gewährung einer Eingliederungsbeihilfe in den jeweiligen Betreuungsplan aufzunehmen. (TZ 22)

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

(8) Die Prüfung der Anmeldung zur Gebietskrankenkasse für die Bewilligung eines Förderfalles sollte verpflichtend vorgesehen werden. (TZ 23)

(9) Die Frist für die Begehrenseinbringung wäre deutlich zu verkürzen, damit die Bewilligung zeitnah zum Beginn des geförderten Arbeitsverhältnisses erfolgt. (TZ 24)

(10) Es sollte nur eine einmalige zeitnahe Nachfrist zur Einbringung der Förderunterlagen ermöglicht werden, damit die Verantwortung für die Einbringung von Unterlagen beim Arbeitgeber als Förderempfänger bleibt. (TZ 24)

(11) Für die Förderfallabrechnung wäre in der Bundesrichtlinie anstatt der fehleranfälligen Arbeits- und Lohnbestätigung standardmäßig das wesentlich genauere Lohnkonto vorzusehen. (TZ 25)

(12) Es wären den für die Förderfallabrechnung zuständigen RGS-Mitarbeitern entsprechende Schulungen anzubieten. Der Leitfaden des AMS Wien wäre als Good-practice-Beispiel der Bundesrichtlinie beizulegen. (TZ 25)

(13) Im Zuge der Fachkontrolle wäre eine einheitliche zeitliche Zielvorgabe für ein rasches Verwaltungshandeln hinsichtlich der Bearbeitungsschritte bei der Eingliederungsbeihilfe vorzugeben. (TZ 28)

(14) Die Möglichkeiten der IT sollten verstärkt genutzt und systematisch Ordnungsmäßigkeitsabfragen in die Fachkontrolle eingebaut werden. (TZ 28)

(15) Die neuen Leitlinien zur Korruptionsprävention wären in flächendeckenden Schulungen aktiv zu kommunizieren und die AMS-Mitarbeiter regelmäßig für das Thema Korruptionsprävention zu sensibilisieren. (TZ 30)

(16) Eine Risiko- und Schwachstellenanalyse der Eingliederungsbeihilfe sollte durchgeführt werden, weil dies ein wichtiges Mittel zur Korruptionsprävention darstellt. (TZ 31)

(17) Die personelle Trennung bei den zwei Entscheidungen („Förderzusage“ und „Förderfallabrechnung“) im Zuge der Abwicklung einer Eingliederungsbeihilfe wäre verpflichtend vorzusehen. Soweit es die personelle Situation zulässt, wäre die personelle Trennung auch bei den Genehmigungen im Zuge der Abwicklung der Eingliederungsbeihilfe vorzusehen. (TZ 32)



Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen

Eingliederungsbeihilfe „Come Back“ des AMS

(18) Es wäre systematisch eine Rotation im Kundenstock alle fünf bis sieben Jahre einzuführen. (TZ 33)

(19) In größeren RGS wären Rotationselemente bei den Genehmigern der Eingliederungsbeihilfe einzuführen. (TZ 33)

AMS Kärnten,
AMS Niederösterreich
und AMS Wien

(20) Es wären Informationen über die Vertragspartner der Sondervereinbarung (Förderwerber) aktiv einzuholen, sodass sichergestellt wird, dass die Personalkosten nicht zusätzlich von anderen öffentlichen Stellen gefördert werden. (TZ 16)

(21) Im Hinblick auf einheitliche Zielvorgaben für rasches Verwaltungshandeln wäre darauf zu achten, dass die eingehenden Dokumente mit einem Eingangsstempel versehen werden, um Kennzahlen für die Dauer der Bearbeitungsschritte ermitteln zu können. (TZ 28)

AMS Kärnten und
AMS Niederösterreich

(22) Eine einheitliche Förderlinie für das gesamte Bundesland wäre festzulegen und lediglich die grundsätzliche Entscheidung, ob die Eingliederungsbeihilfe gewährt wird oder nicht, weiterhin bei den RGS zu belassen. (TZ 10)

(23) Für die Sachbearbeiter in den RGS sollten vermehrt Schulungen bezüglich der richtigen IT-Eintragungen der Fördersätze angeboten werden. (TZ 18)

(24) Es wäre darauf hinzuwirken, den maximalen Fördersatz mit Prozentwerten und nicht mit Fixbeträgen festzulegen, um Überschreitungen des maximal zulässigen Fördersatzes von 66,7 % zu vermeiden. (TZ 18)

(25) Von Interventionen in Form von faktisch zwingenden Vorentscheidungen der LGS bei der Eingliederungsbeihilfe wäre abzusehen. (TZ 21)

AMS Kärnten

(26) Für Personen mit besonderen Vermittlungseinschränkungen sollten anstelle der bisherigen Förderpraxis mehr Beschäftigungsmöglichkeiten in sozialökonomischen Betrieben und Gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten geschaffen werden, damit diese Zielgruppe die benötigte sozialarbeiterische Unterstützung erhält. (TZ 8)

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

(27) Die Gewährung der Probephase wäre bei auf den Förderzeitraum befristeten Arbeitsverhältnissen einzustellen sofern keine Absicht des Arbeitgebers erkennbar war, das Dienstverhältnis über die Befristung hinaus fortzusetzen. (TZ 17)

(28) Im Falle der Fördervereinbarungen mit einem weiteren Förderer sollte nur die eigene Förderzusage eingehalten und nicht der Ausfall eines anderen Fördergebers ersetzt werden. (TZ 18)

(29) Die im Widerspruch zur Bundesrichtlinie stehende Verwaltungspraxis der Anerkennung bestimmter Zulagen wäre einzustellen. (TZ 25)

(30) Die wirtschaftlich nicht nachvollziehbaren Eingriffe der LGS in die Zahlungsvereinbarung zwischen der RGS und dem Arbeitgeber sollten eingestellt werden. (TZ 26)

AMS Niederösterreich

(31) Sondervereinbarungen wären auf den maximal zulässigen Fördersatz laut Bundesrichtlinie zu beschränken. (TZ 18)

AMS Wien

(32) Die Rückforderung zu unrecht gewährter Förderungen im Bereich der Betreuung und Vermittlung von Künstlern wäre zu prüfen. (TZ 14)

(33) Die Sondervereinbarung mit der Beratungs- und Betreuungseinrichtung wäre auf die im AMS Wien durchschnittliche Förderhöhe der Eingliederungsbeihilfe pro Förderfall abzusenken und die Mehrfachförderungen auf die unter TZ 13 empfohlenen Einschränkungen anzupassen. (TZ 14)



Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten- behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

R
H



Inhalt

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	212
Abkürzungsverzeichnis	214
Glossar	216

BMG

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

ANHANG

Anhang 1 bis 12	341
-----------------	-----

Tabellen Abbildungen



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

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

Tabellen Abbildungen

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

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

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

Abkürzungen

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

Glossar



Glossar

Adenotomie

operative Entfernung der vergrößerten Rachenmandel

Appendektomie

operative Entfernung des Blinddarms

Arthroskopie

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

Benchmarking

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

Cholezystektomie

operative Entfernung der Gallenblase

chronische myeloische Leukämie (CML)

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

Clostridium Difficile

sporen- und toxinbildendes grampositives Stäbchenbakterium, eines der häufigsten Krankenhauskeime

Disease Management Programm

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

dislozierte Tagesklinik

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

elektiv

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

Endoskop(ie)

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

ERCP

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

Hämatologie

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

Hämatologie und Internistische Onkologie (Hämatoonkologie)

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

Glossar



Hernie

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

interdisziplinär

verschiedene medizinische Fachrichtungen umfassend

intraoperativ

während einer Operation

Konsiliararzt, konsiliarärztlich

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

laparoskopisch

Hineinsehen und Operieren in Körperhöhlen mit Hilfe von Endoskopen

Letalität

Sterblichkeit bei einer Erkrankung

maligne Erkrankung

bösartige Erkrankung

Mamma

Brust

Mammographie

spezielle Röntgenuntersuchung der Brust

Mikrobiologie

Lehre von krankheitserregenden Mikroorganismen (Bakterien, Pilze, Protozoen)

MRSA

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

Myokardinfarkt

Herzinfarkt

nosokomiale Infektionen

Infektionen, die sich ein Patient im Laufe des Spitalsaufenthalts zuzieht

onkologische Fälle (Onkologie)

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

Pankreatektomie

operative Entfernung der Bauchspeicheldrüse

Pneumonie

akute oder chronische Entzündung des Lungengewebes

Glossar



postoperativ

nach einer Operation

Sarkom

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

Satellitendepartment

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

Sectio Caesarea

Entbindung mittels Kaiserschnitt

(Strahlentherapie-)Radioonkologie

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

Telepathologie

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

Thyreoidektomie

operative Entfernung der Schilddrüse

Tonsillektomie

vollständige chirurgische Entfernung der Gaumenmandeln

Tonsillotomie

chirurgische Teilentfernung der Gaumenmandeln

Tumorboard

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

Zystektomie

operative Entfernung der Harnblase

zytopathologische bzw. histopathologische Untersuchung

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

**R
H**

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

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

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, im Krankenhaus Güssing (KH Güssing), im Ladislaus Batthyány-Strattmann Krankenhaus Kittsee (KH Kittsee), in den Krankenhäusern Oberpullendorf und Oberwart (KH Oberpullendorf und Oberwart) sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt (KH BBR Eisenstadt) die Umsetzung der im Gesundheitsqualitätsgesetz und in den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften des Bundes und des Landes Burgenland festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beurteilen. Anhand ausgewählter medizinischer Eingriffe überprüfte der RH in diesem Zusammenhang auch die Einhaltung der im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vorgegebenen Strukturqualitätskriterien. (TZ 1)

Grundlagen der Qualitätssicherung in den Krankenanstalten

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

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

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

**Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten**

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

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

Qualitätssicherung in
den fünf überprüften
Krankenanstalten

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

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

Kurzfassung

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

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

Die Erfassung von Komplikationen handhabten die überprüften Krankenanstalten je nach Abteilung und abhängig vom persönlichen Engagement des jeweiligen Abteilungsleiters unterschiedlich. Eine krankenhausübergreifende zentrale Auswertung war dadurch in keiner Krankenanstalt möglich. (TZ 15)

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

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

**Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten**

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

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

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

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

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

Kurzfassung

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

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

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

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

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

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Anhand ausgewählter Eingriffe beurteilte der RH in den fünf überprüften Krankenanstalten die Einhaltung der fach- und leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien des ÖSG. Er stellte fest, dass bei einigen Leistungen die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Abteilung unter den vom ÖSG geforderten Mindestwerten lag. (TZ 28, 29)

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

Thyreoidektomien in den KH Güssing und Oberpullendorf 2010 bis 2012

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

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KRAGES; RH

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

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

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

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KRAGES; KH BBR Eisenstadt; RH

Kurzfassung

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

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

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

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

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

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

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

Sonstige Feststellungen

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

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

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

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

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

Kenndaten zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

Krankenanstalten	Krankenhaus Güssing (KH Güssing), Krankenhaus Kittsee (KH Kittsee), Krankenhaus Oberpullendorf (KH Oberpullendorf), Krankenhaus Oberwart (KH Oberwart), Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt (KH BBR Eisenstadt)				
Rechtsträger	Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft m.b.H. (KRAGES), Konvent der Barmherzigen Brüder				
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F., Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten				
Bundesrecht	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.				
Landesrecht	Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000 – Bgld. KAG 2000, LGBl. Nr. 52/2000 i.d.g.F.				
Rechtsgrundlagen bezüglich Qualität	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.g.F. Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBl. I Nr. 132/2006				
Leistungsdaten 2012	KH Güssing	KH Kittsee	KH Oberpullendorf	KH Oberwart	KH BBR Eisenstadt
	Anzahl				
tatsächliche Betten	140	118	147	347	375
stationäre Aufenthalte	9.454	9.252	13.567	20.361	25.565
ambulante Frequenzen	66.609	51.309	84.143	203.315	278.713
	in %				
Auslastung nach Belagstagen	59,8	70,6	74,2	67,5	74,9
nach Pfl egetagen	68,7	84,0	85,7	79,3	93,1
	Anzahl				
durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	2,7	2,9	2,4	4,0	4,0
Personal in VZÄ	280,5	183,7	318,0	789,7	815,5
	in Mio. EUR				
Endkosten	25.126	16.889	30.213	73.394	78.312
	Anzahl in Mio.				
LKF-Punkte	16.217	13.080	18.982	47.538	58.783
	in EUR				
Kosten/LKF-Punkt	1,55	1,29	1,59	1,54	1,33

Quellen: Überprüfte Krankenanstalten; DIAG

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

Prüfungsablauf und -gegenstand

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

Ziel der Gebarungüberprüfung war es, in den fünf genannten Krankenanstalten die Umsetzung der im Gesundheitsqualitätsgesetz und in den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) sowie in den entsprechenden Landesausführungsgesetzen – konkret im Burgenländischen Krankenanstaltengesetz 2000 (Bgl. KAG 2000) – festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beurteilen. Anhand ausgewählter medizinischer Eingriffe (Mandel- und Nasenpolypentfernung, Bauchchirurgie, Schilddrüsenoperationen, Gallenblasenentfernung, Kaiserschnittgeburten, Brustentfernungen, Arthroskopien, Knie- und Hüftendoprothetik) überprüfte der RH in diesem Zusammenhang auch die Einhaltung der im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vorgegebenen Strukturqualitätskriterien.

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

Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2010 bis 2012.

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

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

² Rechtsträger ist der Konvent der Barmherzigen Brüder.

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

Allgemeines

2 Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitswesen dienen im Wesentlichen der Verbesserung der Versorgung der Patienten in organisatorischer, technischer bzw. pflegerischer und ärztlicher Hinsicht. Für Träger von Krankenanstalten sind derartige Maßnahmen mittlerweile unverzichtbar geworden; einerseits aufgrund der gesetzlichen Vorgaben und andererseits deshalb, weil Qualitätssicherung in der Regel auch zu einer optimierten Ressourcennutzung führt und daher dazu beitragen kann, Rationalisierungspotenziale besser auszuschöpfen.³

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

- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F. (KAKuG),
- Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004 (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG),
- Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung–Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013 (Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz – G–ZG),
- Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl. Nr. 52/2000 i.d.g.F. (Bgl. KAG 2000) sowie
- Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG).

Gesundheits- qualitätsgesetz

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

³ vgl. dazu: Tragl, Die Grundlagen der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung, in: Fischer/Tragl (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Medizin, Wien 2000, S. 9 und die Ausführungen in der Qualitätsstrategie des Bundes (S. 3 Z 5), abrufbar unter www.goeg.at/de/Bereich/Qualitaetsstrategie.html (Stand Juni 2013)

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

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

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

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

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

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

⁴ Laut den Erläuterungen sollte dadurch „einerseits die Flexibilität der Gesundheitsleister in der Qualitätsarbeit gestützt werden, andererseits auch die Weiterentwicklung von Qualitätsmanagementsystemen und -modellen und der Wettbewerb nicht behindert werden“.

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

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

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

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

Weiters hätten sich die Länder in der bislang geltenden Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ein Mitspracherecht insofern ausbedungen, als die Inhalte aller Verordnungen im Rahmen des GQG nur im Konsens zwischen Bund und Ländern festgelegt werden könnten. Nunmehr hätten sich Bund und Länder im Rahmen der Verhandlungen zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit gemeinsam mit der Sozialversicherung darauf geeinigt, dass die Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen im Rahmen der zukünftigen Zielsteuerung-Gesundheit einen sehr hohen Stellenwert einzunehmen habe. Weiters sei – insbesondere zur Sicherstellung bundesweit einheitlicher Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität – das genannte Mitspracherecht entfallen.

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



Grundlagen der Qualitätssicherung in
Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

- 3.4 Der RH entgegnete unter Verweis auf die Gesetzesmaterialien⁵, dass es gerade die Intention des Gesetzgebers war, mit dem GQG die Grundlage für ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem zu schaffen und die Einhaltung von Qualitätsvorgaben bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen verbindlich vorzuschreiben.

Zum Hinweis des BMG auf das Mitspracherecht der Länder hielt der RH fest, dass ein solches am gesetzlichen Auftrag des Bundesministers zur Erlassung verbindlicher Qualitätsvorgaben nichts ändert. Er kritisierte, dass Qualitätsanordnungen im Sinne des Patienten aufgrund des in der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vereinbarten Mitspracherechts nicht ausreichend umgesetzt wurden.

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

Bundesinstitut
für Qualität im
Gesundheitswesen

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

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

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

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

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

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

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

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

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

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

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

⁶ Programm zur Behandlung von Zuckerkrankheiten Typ 2

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

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

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

Vorgaben im
Krankenanstaltenrecht

5 (1) Im Bereich „Heil- und Pflegeanstalten“ (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) liegt die Grundsatzgesetzgebung beim Bund; die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung kommt den Ländern zu. Demnach waren für die Qualitätssicherung in den KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart sowie im KH BBR Eisenstadt sowohl das KAKuG als auch das Bgld. KAG 2000 einschlägig.

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

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

⁸ BGBl. Nr. 801/1993

⁹ § 5b KAKuG

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

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

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

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

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

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

Österreichischer
Strukturplan
Gesundheit

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

¹⁰ LGBl. Nr. 37/2013

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

Tabelle 1: Übersicht Strukturqualitätskriterien ÖSG

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

Quellen: ÖSG; RH

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

Die Vorgaben bezüglich der Versorgungsstruktur bestimmen, im Rahmen welcher Organisationsformen die Leistungen einer Fachrichtung in einer Krankenanstalt erbracht werden dürfen. So sind bspw. Leistungen der Fachrichtung Orthopädie und orthopädische Chirurgie nur an solchen Krankenanstalten zu erbringen, an denen entweder ein Fachschwerpunkt oder eine Vollabteilung eingerichtet ist. Die fachlich verwandten Leistungen des Fachbereichs Unfallchirurgie waren pro Versorgungsregion sogar möglichst nur an einer zentralen unfallchirurgischen Standardabteilung zu erbringen, die auch als „Mutterabteilung“ von Satellitendepartements¹² an anderen Standorten fungieren kann.

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

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

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, zur Sicherung der Strukturqualität in den österreichischen Krankenanstalten beizutragen.

Verbindlichkeit der Strukturqualitäts- kriterien

7.1 (1) Gemäß der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens¹³ stellt der ÖSG die verbindliche Grundlage für die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur dar. Er ist daher als Rahmenvorgabe für die Länder bei der Entwicklung ihrer regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) zu betrachten, die ihrerseits Grundlage für die von der jeweiligen Landesregierung per Verordnung zu erlassenden Landeskrankenanstaltenpläne sind.

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

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

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



Grundlagen der Qualitätssicherung in
Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

(2) Mit einer Novelle des KAKuG¹⁴ wurde klargestellt, dass insbesondere die Qualitätskriterien des ÖSG den Stand der medizinischen Wissenschaft im Sinne des § 8 Abs. 2 KAKuG abbilden und diesbezüglich „als Sachverständigengutachten“ in die Rechtsordnung einfließen. Sie sind von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze¹⁵ und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen.

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

¹⁴ BGBl. I Nr. 147/2011

¹⁵ Landesregierung bzw. Landeshauptmann und Bezirksverwaltungsbehörden

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

¹⁷ vgl. § 8 Abs. 2 KAKuG

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

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

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

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

Indikatorenmodell

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

(2) A-IQI greift auf Daten zurück, die über das LKF-System routinemäßig in jeder Krankenanstalt erfasst werden und dem BMG verpflichtend zu melden sind, weshalb kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand anfällt. Für vorab definierte Krankheitsbilder werden aus Routinedaten statistische Auffälligkeiten identifiziert, wie etwa Sterbehäufigkeiten, Intensivhäufigkeiten und Operationstechniken.

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

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



Grundlagen der Qualitätssicherung in
Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

- 8.2 Da nach Ansicht des RH ein einheitliches Verfahren der Qualitätsmessung im Interesse der Patienten und für transparente Vergleiche zwischen den Krankenanstalten unverzichtbar ist, beurteilte er die flächendeckende Einführung des Indikatorenmodells A-IQI positiv. Aus denselben Gründen hielt er es für unabdingbar, die erhobenen Ergebnisse – wie vom BMG geplant – im Rahmen eines österreichischen Qualitätsberichts zu veröffentlichen.
- 8.3 *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, dass nach Abnahme des ersten Berichts zu A-IQI und Freigabe zur Veröffentlichung durch die Bundes-Zielsteuerungskommission Ende November 2013 dieser auf der Website des BMG abrufbar sei. Der Bericht stelle die Ergebnisse der Peer Reviews detailliert dar und enthalte – so weit möglich – auch einen Vergleich mit den Ergebnissen der Schweiz und Deutschlands.*

Qualitätsindikatoren in Deutschland

- 9.1 (1) In der Bundesrepublik Deutschland wurden 182 Qualitätsindikatoren für 25 Behandlungspfade erstellt und definiert. Die Daten werden bundcsweit einheitlich gesammelt und ausgewertet. Da diese Daten nicht aus den verfügbaren Routinedaten gewonnen werden können, wird hiebei ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand in Kauf genommen. Die Ergebnisse finden Eingang in jährliche Qualitätsreports, die im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (eines Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen) erstellt werden.

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

²² vgl. § 6 GQG

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

Qualitätsindikatoren in Deutschland

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

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

¹ Teil des Gallengangs

² Anästhesiologische Risikoklassen gemäß Einteilung der American Society of Anesthesiologists

³ seltenes schwerwiegendes Ereignis

Quelle: Qualitätsreport 2011

(2) Ausgehend von Studien, wonach bei ausgewählten Eingriffen²⁴ ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit durchgeführter Operationen und der Qualität der Behandlungsergebnisse besteht, entschied der deutsche Bundesgesetzgeber im Jahr 2002, für bestimmte Behandlungen Mindestmengen vorzuschreiben. Die Unterschreitung der vor-

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



Qualitätsindikatoren in Deutschland

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

Bisher wurden in Deutschland für folgende Behandlungen Mindestmengen festgelegt:

Tabelle 3: Festgelegte Mindestmengen in Deutschland für 2013

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

¹ Die Mindestmenge von 50 Kniegelenktotalendoprothesen erklärte das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg mit Urteil vom 17. August 2011, L 7 KA 77/08 KL für nichtig. Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. September 2011 gilt bis auf Weiteres keine Mindestmenge.

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

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

Quelle: Mindestmengenvereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

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

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Allgemeines

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

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

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

Hygieneteam - Grundlagen

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

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

Quellen: PROHYG 2.0; RH

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

ARGE Hygiene Burgenland und Hygieneteams in den überprüften Krankenanstalten

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

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

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

KH Güssing

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

Tabelle 5: Personalausstattung des Hygieneteams im KH Güssing

KH Güssing	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Standardkrankenanstalt mit 139 Betten	1 pro 400 Betten = 0,35 bei 139 Betten	0,05	1 pro 200 Betten = 0,70 bei 139 Betten	0,50

Quelle: KH Güssing

KH Kittsee

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

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

Tabelle 6: Personalausstattung des Hygieneteams im KH Kittsee

KH Kittsee	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Standardkrankenanstalt mit 120 Betten	1 pro 400 Betten = 0,30 bei 120 Betten	0,05	1 pro 200 Betten = 0,60 bei 120 Betten	0,50

Quelle: KH Kittsee



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

KH Oberpullendorf

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

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

Tabelle 7: Personalausstattung des Hygieneteams im KH Oberpullendorf

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

Quelle: KH Oberpullendorf

KH Oberwart

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

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Tabelle 8: Personalausstattung des Hygieneteams im KH Oberwart

KH Oberwart	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Schwerpunktkrankenanstalt mit 351 Betten	1 pro 400 Betten = 0,88 bei 351 Betten	0,18	1 pro 200 Betten = 1,76 bei 351 Betten	1,50

Quelle: KH Oberwart

KH BBR Eisenstadt

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

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

Tabelle 9: Personalausstattung des Hygieneteams im KH BBR Eisenstadt

KH BBR Eisenstadt	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
Schwerpunktkrankenanstalt mit 375 Betten	1 pro 400 Betten = 0,94 bei 375 Betten	0,13	1 pro 200 Betten = 1,88 bei 375 Betten	1,00

Quelle: KH BBR Eisenstadt

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

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

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

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

Nosokomiale
Infektionen

14.1 (1) Nosokomiale Infektionen sind Infektionen, die sich ein Patient im Laufe des Spitalsaufenthalts zuzieht.³² Sie stellen auch einen erheblichen Kostenfaktor dar, der sich aus der verlängerten Verweildauer des Patienten (durchschnittlich vier Tage) sowie aus zusätzlicher Diagnostik und Therapie der Infektionen – oft auch auf der Intensivstation – ergibt.³³ Um nosokomiale Infektionen nach Möglichkeit zu vermeiden, sind die Krankenanstalten gesetzlich verpflichtet, entsprechende Vorkehrungen und organisatorische Maßnahmen zu treffen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die fortlaufende, systematische Erfassung, Analyse und Interpretation relevanter Daten zu nosokomialen Infektionen („Surveillance“) sowie eine entsprechende Rückmeldung an die jeweilige Fachabteilung von Bedeutung.³⁴

Die diesbezügliche Verantwortung liegt bei der kollegialen Führung (Anstaltsleitung). Letzten Endes wird aber der Rechtsträger schadenersatzpflichtig, sofern die Krankenanstalt keine ausreichenden Maßnahmen getroffen hat, um nosokomiale Infektionen zu verhindern.³⁵

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

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

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

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

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

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

³⁷ Das ANISS-Projekt (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System) wird seit 2004 als gemeinsames Projekt von der Medizinischen Universität Wien (Klinisches Institut für Krankenhaushygiene) und dem BMG betrieben und dient der laufenden, standardisierten Infektionserfassung in österreichischen Krankenanstalten.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

oder das deutsche KISS³⁸ (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) zu verstehen. Die Überwachung sollte sich schwerpunktmäßig auf besondere Risikobereiche innerhalb der Krankenanstalt beziehen.

Der Gesetzgeber nennt in diesem Zusammenhang etwa die Fachdisziplinen Intensivmedizin und Chirurgie. Der RH betrachtete vor diesem Hintergrund auch die Geburtshilfe, die Neonatologie im Rahmen der Kinderheilkunde sowie Unfallchirurgie und Orthopädie als Risikobereiche. Sofern in der jeweiligen Krankenanstalt eine entsprechende Fachabteilung vorhanden war, sollte daher auch dort eine Infektions-Surveillance stattfinden.

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

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

³⁸ KISS (Deutsches Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) wird seit 1996 als gemeinsames Projekt vom nationalen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene und dem Robert Koch Institut in Berlin zur laufenden Infektionserfassung betrieben.

³⁹ BGBl. I Nr. 122/2006

⁴⁰ LGBl. Nr. 70/2010

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

KH Güssing

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

KH Kittsee, Oberpullendorf, Oberwart

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

KH BBR Eisenstadt

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

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

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

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

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

KH Güssing

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

KH Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

KH BBR Eisenstadt

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

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

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

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

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

Erfassung von
Komplikationen

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

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

KH Güssing

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

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

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

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

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

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

Tabelle 10: Erfassung von Komplikationen im KH Güssing

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

Quelle: KH Güssing

KH Kittsee

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

Tabelle 11: Erfassung von Komplikationen im KH Kittsee

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

Quelle: KH Kittsee

KH Oberpullendorf

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

Tabelle 12: Erfassung von Komplikationen im KH Oberpullendorf

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

Quelle: KH Oberpullendorf

KH Oberwart

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

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

Tabelle 13: Erfassung von Komplikationen im KH Oberwart

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

Quelle: KH Oberwart

KH BBR Eisenstadt

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

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

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

Tabelle 14: Erfassung von Komplikationen im KH BBR Eisenstadt

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

Quelle: KH BBR Eisenstadt

- 15.2 Der RH hielt kritisch fest, dass die überprüften Krankenanstalten Komplikationen je nach Abteilung und abhängig vom persönlichen Engagement des jeweiligen Abteilungsleiters unterschiedlich erfassten. Eine krankenhausesübergreifende zentrale Auswertung war dadurch in keiner Krankenanstalt möglich.

Der RH wies in diesem Zusammenhang auf die krankenanstaltenrechtliche Verantwortung der kollegialen Führung, insbesondere der ärztlichen Leitung hin, „die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen“ (§ 5b Abs. 3 KAKuG bzw. § 23 Abs. 3 Bgld. KAG 2000). Dazu zählten auch Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität, für deren Beurteilung ein Überblick über die Komplikationsraten der einzelnen Abteilungen aus Sicht des RH ein wesentliches Kriterium war.



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

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

Histologische
Untersuchungen

16.1 Das Bgld. KAG 2000 sah im Unterschied etwa zum Wiener Krankenanstaltengesetz nicht vor, dass alle durch diagnostische und therapeutische Eingriffe gewonnenen Zellen und Gewebe einer zytopathologischen bzw. histopathologischen Untersuchung zuzuführen sind.

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

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

⁵⁵ Adenotomie, Tonsillektomie und Tonsillotomie

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

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

KH BBR Eisenstadt

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

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

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

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

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

⁵⁸ bei rd. 640 Eingriffen

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

Fehlermeldesysteme **17.1** Bei Fehlermeldesystemen (sogenannte Critical Incident Reporting Systems – CIRS) handelt es sich um Erfassungssysteme für Fehler, „Beinaheschäden“ und Schäden, die auf die Analyse der Fehlererkennung und die Vermeidung zukünftiger Fehler ausgerichtet sind. Solche Systeme basieren auf freiwilligen Meldungen. Krankenhausmitarbeiter können anonym kritische Ereignisse an eine zentrale Stelle (zumeist an den Abteilungsvorstand) melden, an der diese Meldungen ausgewertet sowie eventuell Verbesserungsvorschläge erstellt und veröffentlicht werden. Solche Meldungen sind unabhängig von etwaigen Straf- oder Zivilverfahren und haben ausschließlich das Ziel, die Fehlerkultur zu verbessern.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ging in einem Review-Bericht internationaler Studien und Vergleiche, der im Jahr 2004 erstellt wurde, von rd. 245.000 Zwischenfällen in Krankenanstalten und rd. 2.900 bis 6.800 Todesfällen in Krankenanstalten pro Jahr, die auf Fehler bzw. Fehlverhalten zurückzuführen waren, aus.⁶⁰

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

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

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

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

⁶⁰ iatrogene Todesfälle (durch ärztliche Maßnahmen verursacht)

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

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

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

KH BBR Eisenstadt

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

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

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

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

Zertifizierungen

- 18.1 Zertifizierungsverfahren dienen im Bereich von Krankenanstalten u.a. zur Überprüfung der Rahmenbedingungen der medizinischen Leistungserbringung, wie etwa der Aufbau- und Ablauforganisation und interner Prozesse auf Übereinstimmung mit bestimmten Standards. Sie werden von zumeist privaten Organisationen vorgenommen.⁶³

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

⁶³ Standards oder Normen stellen eine Form von privaten Regeln dar, denen als Maßnahmen der Selbstverpflichtung keine Rechtsverbindlichkeit zukommt. Sie können aber dann rechtsverbindlich werden, wenn sie der Gesetzgeber im Wortlaut inkorporiert oder zumindest explizit darauf verweist.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

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

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

KH BBR Eisenstadt

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

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

WHO-Checkliste

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

In diesem Rahmen erarbeiteten Experten, Ärzte und Patienten eine OP-Checkliste (z.B. Patientenidentität, Operationsfeld, Beatmungsrisiken). Ziel war es, Sicherheitsstandards in Erinnerung zu rufen sowie Kommunikation und Teamwork im OP-Saal zu verbessern. Die Checkliste sollte einfach zu handhaben, für möglichst alle Operationen anwendbar und messbar sein; sie umfasste drei Bereiche: „Sign In“ (vor Einleitung des Anästhesieverfahrens), „Team Time Out“ (vor Beginn des Eingriffs) und „Sign Out“ (vor Eingriffsende). Die WHO regte auch an, dass die Krankenanstalten die Liste den Bedürfnissen des jeweiligen Betriebs anpassen und gegebenenfalls ergänzen können.

In einer Studie⁶⁴, die in acht Krankenanstalten in acht Staaten durchgeführt wurde, konnte nachgewiesen werden, dass durch die Einführung der OP-Checkliste die Todesrate von 1,5 % auf 0,8 % gesenkt werden konnte. Der Anteil der Komplikationen sank von 11 % auf 7 %.

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

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

KH BBR Eisenstadt

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

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

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenan-
stalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenan-
stalten

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

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

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

Onkologische Versorgung in den überprüften Krankenanstalten

Versorgungsstrukturen laut ÖSG

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

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

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

⁶⁶ Erbringung auch komplexer onkologischer Leistungen, Ausbildung etc.

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

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

KH BBR Eisenstadt

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

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

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

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

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

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

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

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

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

Festlegung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

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

KH BBR Eisenstadt

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

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

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

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

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

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

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

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

Kooperationen

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

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

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

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

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

KH BBR Eisenstadt

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

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

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

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

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

Tumorboard

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

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

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

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

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

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

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

KH BBR Eisenstadt

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

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

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

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

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

Für das KH BBR Eisenstadt bedeutete dies:

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

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

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

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

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

sowie assoziierte onkologische Versorgungen gemeinsam eingerichtete – Tumorboards auftreten.

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

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

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

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

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

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

KH BBR Eisenstadt

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

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

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

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



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

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

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

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

KH BBR Eisenstadt

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

⁷⁵ z.B. Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

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