

Beantwortung der Anfrage

der Abg. Klubvorsitzenden Wanner, Thöny MBA und Mösl MA an Landeshauptmann-Stellvertreter Dr. Stöckl (Nr. 82-ANF der Beilagen) betreffend Umstrukturierungen von Kliniken in den SALK

Hohes Haus!

Zur Beantwortung der Anfrage der Abg. Klubvorsitzenden Wanner, Thöny MBA und Mösl MA betreffend Umstrukturierungen von Kliniken in den SALK vom 21. Oktober 2020 erlaube ich mir, Folgendes zu berichten:

Zu Frage 1: Welche Sonderfächer bzw. Kliniken der SALK werden zusammengelegt bzw. wo wird eine Zusammenlegung geplant bzw. wo bereits durchgeführt? (Es wird um Auflistung nach Fächern, „erledigter“, „in Prozess befindlicher“ und „in Planung für das Jahr XXX befindliche“ Zusammenlegung und dem jeweiligen Grund der Zusammenlegung ersucht.)

Eine Zusammenlegung von Sonderfächern/Kliniken im Uniklinikum ist laut Auskunft der SALK in 2020 aktuell nicht in Planung oder Umsetzung befindlich bzw. abgeschlossen. Inwieweit es zukünftig zu solchen Planungen kommen kann, ist derzeit nicht zu beantworten, da sich dies an den dynamischen Entwicklungen und dem raschen Fortschritt in der Gesundheitsversorgung orientiert (Entwicklung medizinischer Methoden, Personalentwicklung etc.), um auch weiterhin eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Zu Frage 2: Werden die Zusammenlegungen aus Gründen von Einsparungen durchgeführt?

Siehe Beantwortung Frage 1. In diesem Zusammenhang halte ich dezidiert fest, dass es bei allfälligen Planungen und Umsetzung für und in der Zukunft keinesfalls um Einsparungen geht, sondern notwendige und sinnvolle medizinische Gründe dafür ausschlaggebend sind bzw. sein werden.

Zu Frage 2.1.: Wenn ja, wie hoch sind die jährlichen Einsparungen für die SALK dadurch?

Siehe Beantwortung der Fragen 1 und 2.

Zu Frage 2.2.: Wenn nein, welche medizinischen, fachlichen und wissenschaftlichen Beweggründe gab es für diese Zusammenlegung?

Siehe Beantwortung Frage 1.

Zu Frage 3: Wurde ein Konzept für die jeweiligen Zusammenlegungen von Kliniken/Sonderfächern erstellt und wer verantwortet und begleitet den Prozess der Zusammenlegungen?

Sofern Zusammenlegungen von Kliniken/Sonderfächern geplant werden, wird dies laut Auskunft der SALK im Vorfeld mit den beteiligten Sonderfächern/Kliniken konzeptionell erarbeitet. Die Umsetzung erfolgt unter Einbindung der verantwortlichen Führungskraft der betroffenen Sonderfächer/Kliniken, unterstützt durch die Managementbereiche, den Vorstand und die Geschäftsführung.

Zu Frage 4: Wie ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit der jeweils zusammengelegten Kliniken/Sonderfächer auf Ebene der Ärzte und des Pflegepersonals geregelt?

Laut Auskunft der SALK wird dies im Fall einer geplanten Zusammenlegung entsprechend berücksichtigt und richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten.

Zu Frage 5: Haben die Ärzte der Herzchirurgie bereits gefäßchirurgische Operationen durchgeführt?

Laut Auskunft der SALK ja.

Zu Frage 5.1.: Wenn ja, welche?

Laut Auskunft der SALK handelt es sich um Operationen der Leistengefäße, thorakale Stentgraftimplantationen, chirurgische Sanierung abdomineller Aneurysmen, Chirurgie der supraaortalen Gefäße und periphere Thromb- und Embolektomien.

Zu Frage 5.2.: Wenn nein, warum nicht?

-

Zu Frage 6: Haben die Ärzte der Gefäßchirurgie bereits herzchirurgische Operationen durchgeführt?

Gefäßchirurgische Ärztinnen und Ärzte haben laut Auskunft der SALK bisher noch keine vollständigen herzchirurgischen Eingriffe selbstständig durchgeführt.

Zu Frage 6.1.: Wenn ja, welche?

-

Zu Frage 6.2.: Wenn nein, warum nicht?

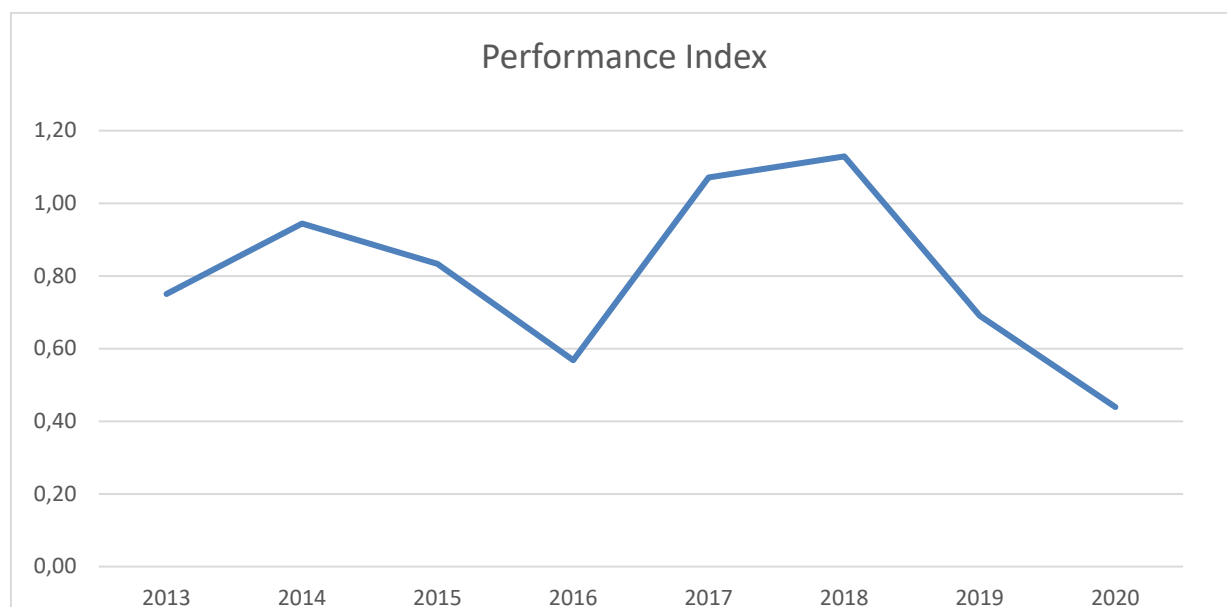
Laut Auskunft der SALK erfordert die Komplexität der Eingriffe mit Herz-Lungenmaschine eine längere Ausbildungsperiode, sodass die selbstständige Durchführung solcher Eingriffe erst gegen Ende der Facharztausbildung möglich ist.

Zu Frage 7: Wie hoch sind die Komplikationsraten in der Gefäßchirurgie? (Es wird um Auflistung der Komplikationsraten pro Jahr für die Jahre 2013 bis 2020 ersucht.)

Für die Jahre 2013 bis 2017 müsste in den SALK eine händische Auswertung durchgeführt werden, welche aufgrund der aktuellen Belastung und der Kürze der Zeit nicht möglich war und ist. Trotzdem wurde als Vergleichswert 2017 händisch ausgewertet und die mit 2018 systematisch erfassten Komplikationsraten dokumentiert. Im Jahr 2017 wurde demnach eine Komplikationsrate von 5,2 %, im Jahr 2018 von 5,0 % und im Jahr 2019 von 5,1 % erfasst. Das Jahr 2020 ist noch nicht abgeschlossen.

Zu Frage 8: Wie hoch sind die Komplikationsraten in der Herzchirurgie? (Es wird um Auflistung der Komplikationsraten pro Jahr für die Jahre 2013 bis 2020 ersucht.)

Die Dokumentation von Komplikationen inkl. Mortalität bei herzchirurgischen Eingriffen erfolgt laut Auskunft der SALK österreichweit mit Hilfe der QS2 Datenbank, die für alle herzchirurgischen Abteilungen gesetzlich verpflichtend ist. Dazu halten die SALK fest, dass Komplikationen in enger Abhängigkeit von mittels Euro-Score 2 genau definierten Risikofaktoren stehen. Daraus ergibt sich der sogenannte „Performance Index“ (= beobachtete Mortalität/vorhergesagte Mortalität). Je niedriger dieser Index, desto besser die Performance. Nachfolgend eine Auswertung der UK für Herzchirurgie des Uniklinikums Salzburg:



Zu Frage 9: Welche Operationen wurden in der Gefäßchirurgie vor der Zusammenlegung mit der Herzchirurgie angeboten und welche nach der Zusammenlegung?

Das Operationsspektrum hat sich laut Auskunft der SALK seit der Zusammenlegung erweitert. So werden seit der Zusammenlegung thorakoabdominelle Eingriffe bei Aneurysmen im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit von Gefäß- und Herzchirurgie respektive Radiologie durchgeführt, was vor der Zusammenlegung nicht der Fall war.

Zu Frage 10: Wer trifft die Entscheidung, ob eine Operation in den Zuständigkeitsbereich der Gefäßchirurgie oder der Herzchirurgie fällt?

Die Entscheidung fällt laut Auskunft der SALK im interdisziplinären, abteilungsinternen Diskurs.

Zu Frage 11: Können spezifische Operationen auf der Gefäßchirurgie seit der Zusammenlegung nur noch eingeschränkt angeboten werden?

Nein, laut Auskunft der SALK ist das nicht der Fall.

Zu Frage 11.1.: Wenn ja, welche und warum?

-

Zu Frage 12: Können spezifische Operationen auf der Herzchirurgie seit der Zusammenlegung nur noch eingeschränkt angeboten werden?

Nein, laut Auskunft der SALK ist das nicht der Fall.

Zu Frage 12.1.: Wenn ja, welche und warum?

-

Zu Frage 13: Welchen organisatorischen Status hat die Gefäßchirurgie seit der Zusammenlegung (Uniklinik, Einheit, Division etc.)?

Die Gefäßchirurgie wird laut Auskunft der SALK organisatorisch als Division geführt.

Zu Frage 14: Können weiterhin Gefäßchirurgen an den SALK ausgebildet werden und wird diese Ausbildung von der österreichischen Ärztekammer anerkannt?

Laut Auskunft der SALK ja.

Zu Frage 15: Wer ist Ansprechpartner bei schwierigen gefäßchirurgischen Entscheidungen?

Neben dem Primar und dem Divisionsleiter sind laut Auskunft der SALK alle gefäßchirurgischen Oberärztinnen und Oberärzte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei allen schwierigen gefäßchirurgischen Entscheidungen.

Zu Frage 16: Welcher Mehrwert konnte mit den jeweiligen Zusammenlegungen für die Patientinnen und Patienten erreicht werden?

Der Mehrwert liegt laut Auskunft der SALK in der Möglichkeit einer ganzheitlichen chirurgischen Versorgung von Patientinnen und Patienten, die am Herz-Kreislaufsystem erkrankt sind.

Fachübergreifende Erkrankungsbilder können dadurch besser behandelt werden (z. B. Aneurysmachirurgie, Dissektionschirurgie etc.).

Zu Frage 17: Welcher Mehrwert konnte mit den jeweiligen Zusammenlegungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht werden?

Laut Auskunft der SALK besteht ein Mehrwert in der Möglichkeit zur Erweiterung des Fachspektrums und Erlangung des jeweiligen Zusatzfaches (herzrespektive Gefäßchirurgie).

Zu Frage 18: Welche weiteren Zusammenlegungen sieht das Entwicklungskonzept der Universitätsklinik SALK vor und warum? (Es wird für die jeweilige Zusammenlegung um Auflistung der medizinischen, fachlichen und wissenschaftlichen, finanziellen und organisatorischen Beweggründe ersucht.)

Siehe Beantwortung Frage 1.

Zu Frage 19: Wie viele Betten gab es auf der Gefäßchirurgie vor der Zusammenlegung mit der Herzchirurgie?

Vor der Zusammenlegung gab es auf der Gefäßchirurgie laut Auskunft der SALK 31 Betten.

Zu Frage 20: Wie viele Betten stehen jeweils der Gefäßchirurgie und der Herzchirurgie seit Zusammenlegung zur Verfügung?

Der Gefäßchirurgie stehen laut Auskunft der SALK unverändert 31 Betten und der Herzchirurgie 18 Betten zur Verfügung.

Zu Frage 21: Wie ist die durchschnittliche Belegung der zur Verfügung stehenden Betten mit herz- bzw. gefäßchirurgischen Patientinnen und Patienten?

Die durchschnittliche Auslastung der Gefäßchirurgie lag laut Auskunft der SALK im Jahr 2019 bei 74,71 %, im Jahr 2020 von Januar bis Oktober bei 80,49 %.

Die durchschnittliche Auslastung der Herzchirurgie lag laut Auskunft der SALK im Jahr 2019 bei 73,27 %, im Jahr 2020 von Januar bis Oktober bei 73,34 %.

Zu Frage 22: 2013 wurde die Gefäßchirurgische Wachstation aufgelöst und in die Interdisziplinäre Intensivstation (INIC) der Chirurgie West integriert. Über wie viele Betten verfügt die INIC und wie viele Betten der INIC stehen der Gefäßchirurgie zur Verfügung?

Dazu wurde seitens der SALK wie folgt mitgeteilt: Die INIC verfügt über neun Betten der Stufe I. Die Betten sind nicht fix den Kliniken zugeordnet, die Belegung erfolgt nach Bedarf. Die durchschnittliche Inanspruchnahme der Gefäßchirurgie entspricht zwei Betten/Tag. Bedarfsabhängig sind auch mehr Betten mit gefäßchirurgischen Patientinnen und Patienten belegt. Überdies besteht die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenderen Erkrankungen an Intensivstationen der Stufe III, in der Regel in die im Haus befindliche CWIN, zu verlegen. Die durchschnittliche Inanspruchnahme der Gefäßchirurgie entspricht dort im Schnitt 1,0 Bett/Tag.

Zu Frage 23: Wie viele Operationen mussten aufgrund fehlender Ärzte an der Gefäßchirurgie verschoben werden?

Nach Auskunft der SALK mussten im ersten Halbjahr 2018 im Rahmen des unvermittelten Abganges des ehemaligen Primararztes einzelne elektive Operationen verschoben werden (N=19).

Zu Frage 24: Wie viele Patientinnen und Patienten wurden elektive Eingriffe im Jahr 2018, 2019 und 2020 auf der Gefäßchirurgie verschoben und aus welchem Grund?

Aufgrund temporär mangelnder Bettenkapazitäten bzw. im Jahr 2020 aufgrund der aktuellen COVID-Situation wurde laut Auskunft der SALK folgende Anzahl an Operationen verschoben:

2018: 21

2019: 15

2020: 110 (bedingt durch COVID-19)

Zu Frage 25: Wie lange war die durchschnittliche Wartezeit ab Indikationsstellung auf gefäßchirurgische Eingriffe bzw. Operationen ohne Vitalindikation in den Jahren 2018, 2019 und 2020? (Es wird um Auflistung nach Art des Eingriffs, Shunt-Chirurgie, Carotis-OP's, periphere Bypass-Chirurgie, PTA ohne/mit Lyse, Varizen u. a., ersucht.)

Nach Auskunft der SALK gliedern sich Operationen ohne Vitalindikation in Eingriffe unterschiedlicher Dringlichkeitsstufen. Abhängig von der Dringlichkeit ergeben sich daraus Wartezeiten zwischen zwei Tagen und sechs Wochen. Diese Zahlen sind über die Jahre 2018 und 2019 stabil. Im Jahr 2020 beträgt die maximale Wartezeit auf elektive Eingriffe COVID-bedingt acht Wochen.

Zu Frage 26: Welche Folgen hatten die Wartezeiten für berufstätige Patientinnen und Patienten?

Dem Uniklinikum Salzburg sind keine Folgen von Wartezeiten für berufstätige Patientinnen und Patienten bekannt.

Ich ersuche das Hohe Haus um Kenntnisnahme dieser Anfragebeantwortung.

Salzburg, am 30. November 2020

Dr. Stöckl eh.