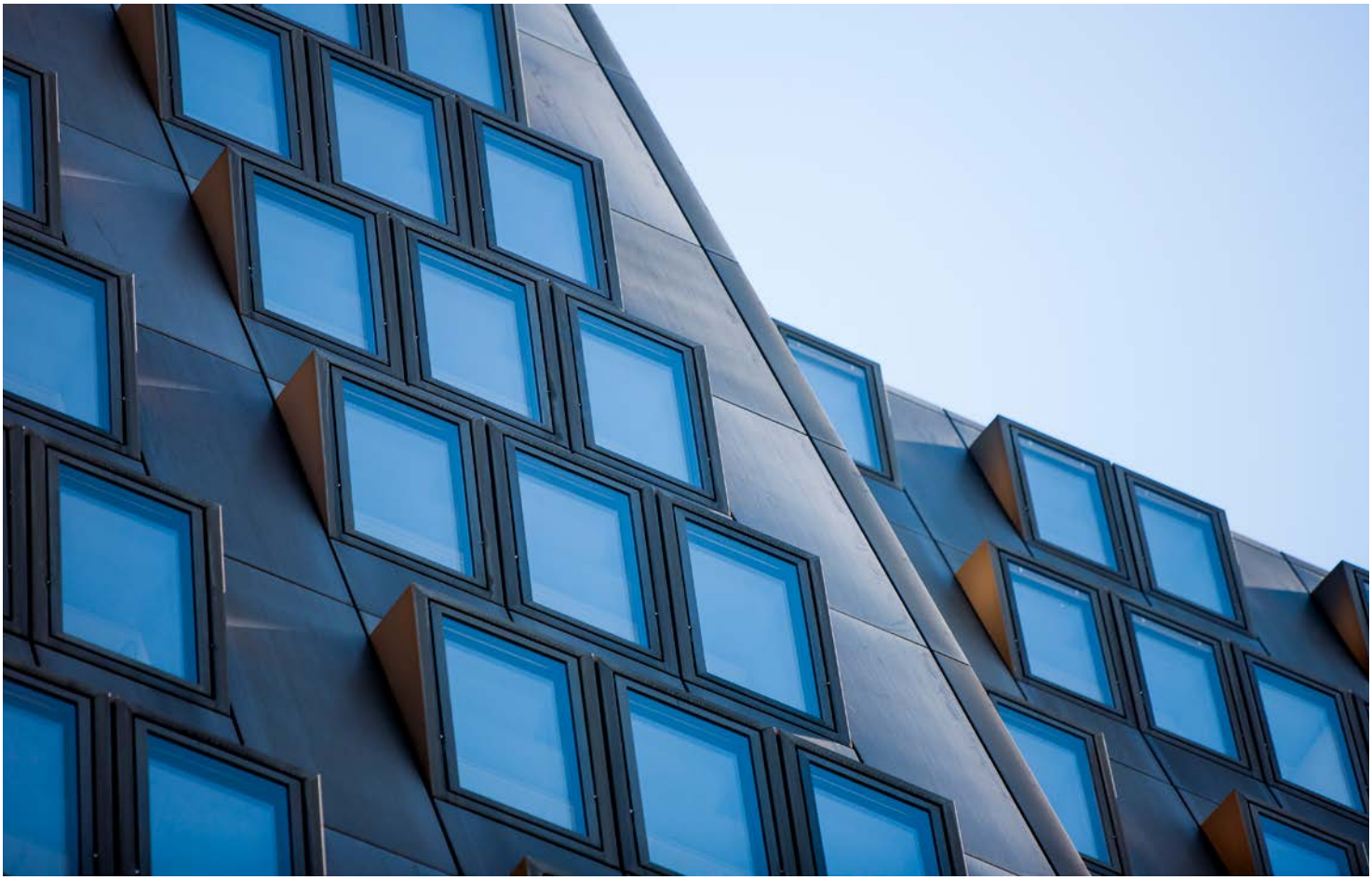
Rechnungshof Österreich
Unabhängig und objektiv für Sie.

Landtag von Niederösterreich
Landtagsdirektion
Eing.: 22.01.2021
Ltg.-1442/B-2/35-2021
RH-Ausschuss

Reihe BUND 2021/2
Reihe NIEDERÖSTERREICH 2021/1
Reihe TIROL 2021/1
Reihe WIEN 2021/1

Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien

Bericht des Rechnungshofes



III–221 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVII. GP
Rechnungshof GZ 004.728/014–PR3/21

Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes–Verfassungsgesetz, den Landtagen der Länder Niederösterreich und Tirol gemäß Art. 127 Abs. 6 sowie dem Gemeinderat der Stadt Wien gemäß Art. 127 Abs. 6 in Verbindung mit Abs. 8 Bundes–Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punkteweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf– und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Rechnungshof Österreich
1031 Wien, Dampfschiffstraße 2
www.rechnungshof.gv.at
Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich
Herausgegeben: Wien, im Jänner 2021

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E–Mail info@rechnungshof.gv.at
facebook/RechnungshofAT
Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 6

Glossar 8

Prüfungsziel 13

Kurzfassung 13

Zentrale Empfehlungen 17

Zahlen und Fakten zur Prüfung 19

Prüfungsablauf und –gegenstand 21

Allgemeines 23

Versorgung und Planung in der Geburtshilfe 23
- Österreichischer Strukturplan Gesundheit 23
- Niederösterreich 26
- Wien 33
- Planungen der Krankenanstaltenträger 39
- Neonatologische Versorgung in Wien und Niederösterreich 41
- Hebammenausbildung und –bedarf 44

Geburtsarten 48
- Überblick 48
- Kaiserschnitt 49

Geburtsanmeldung 54
- Niederösterreich 54
- Wien 55

Versorgung von Müttern und Neugeborenen in Krankenanstalten 63
- Überblick 63
- Ambulante Versorgung 65
- Stationäre Versorgung 66
- Leistungs– und Qualitätskennzahlen 71

Hebammen 82
- Personalausstattung 82
- Wahlhebammen 85

Pränataldiagnostik 88
Allgemeines und rechtlicher Hintergrund 88
Niederösterreichische Krankenanstalten 90
St. Josef Krankenhaus 91
Krankenanstalten des KAV 91
Resümee 94

Verlegung von kranken Neugeborenen 96
Allgemeines 96
Neugeborenentransporte 96

Qualitäts– und Risikomanagement 98
Organisation 98
Risikoanalysen 100
Fehlermelde– und Lernsystem 103
Austrian Inpatient Quality Indicators 105
Geburtenregister Österreich 108
Infektionsüberwachung 114

Ärzteausbildung 118
Allgemeines 118
Organisatorische Rahmenbedingungen 120
Vorgaben für die Ärzteausbildung 124

Schlussempfehlungen 131

Anhang 138
Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger 138

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Österreichische Strukturpläne Gesundheit 2012 und 2017 – Geburtshilfe in Krankenanstalten 24

Tabelle 2: Niederösterreich: Versorgungsstufen laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2017, Geburten und Auslastung der Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe 26

Tabelle 3: Geburten in niederösterreichischen Krankenanstalten nach Wohnsitz der Mutter 29

Tabelle 4: Wien: Versorgungsstufen laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2017, Geburten und Auslastung der Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (ohne Privatkrankenanstalten) 34

Tabelle 5: Geburten in Wiener Fondskrankenanstalten nach Wohnsitz der Mutter 37

Tabelle 6: Neonatologie – tatsächliche Betten in Niederösterreich und Wien (2018) 41

Tabelle 7: Geburten und Geburtsarten in Fondskrankenanstalten 48

Tabelle 8: Kaiserschnitt – Ziele und Maßnahmen von Bund, Niederösterreich und Wien 51

Tabelle 9: Entwicklung der LKF–Punkte je Geburtsart 52

Tabelle 10: Geplante und tatsächliche Kosten des Projekts geburtsinfo.wien–Anmeldung (Stand Juli 2019) 57

Tabelle 11: Monatliche Kontingente je geburtshilflicher Abteilung 59

Tabelle 12: GiWi–Anmeldeprozess 60

Tabelle 13: Aufbau und Organisation der überprüften Geburtshilfen im Jahr 2018 63

Tabelle 14: Geburtshilfen – ambulante Versorgung 2018 65

Tabelle 15: Auslastung der überprüften Geburtshilfen 67

Tabelle 16: Verweildauer in den überprüften Geburtshilfen und österreichweit 68

Tabelle 17: Geburtsarten in den überprüften Geburtshilfen 71

Tabelle 18: Interventionsraten in den überprüften Geburtshilfen 73

Tabelle 19: Verlegungsrate in den überprüften Geburtshilfen 76

Tabelle 20: Frühgeburtenrate nach Schwangerschaftswochen 77

Tabelle 21: Hebammen in den überprüften Geburtshilfen 82

Tabelle 22: Qualitäts– und Risikomanagement 2018 99

Tabelle 23: Sicherheits– und Risikoanalysen sowie Monitoring in den Geburtshilfen 101

Tabelle 24: Ausbildungsstellen im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe zum 31. Dezember 2018 119

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geburtshilfen in Niederösterreich und Geburtenzahlen 2018 _____ 27

Abbildung 2: Geburtshilfen in Wien und Geburtenzahlen 2018 _____ 35

Abbildung 3: Fachärztliche Ausbildung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gemäß Ausbildungsordnungen 2006 und 2015 _____ 118

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
A–IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators (bundesweit einheitliche Ergebnisqualtitätsmessung aus Routinedaten)
AKH Wien	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
APGAR	Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen, Reflexe
Art.	Artikel
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BMG–Novelle	Bundesministeriengesetz–Novelle
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
CIRS	Critical Incident Reporting Systems (Berichtssystem über kritische Vorkommnisse)
d.h.	das heißt
DIAG	Dokumentations– und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
EUR	Euro
GiWi	Geburtsinfo Wien
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GZ	Geschäftszahl
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
KH	Krankenhaus
KISS	Krankenhaus–Infektions–Surveillance–System
LGBl.	Landesgesetzblatt
lit.	litera (Buchstabe)
LK	Landesklinikum
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
Mio.	Million(en)

NICU	Neonatal Intensive Care Unit (Neugeborenen–Intensivbehandlungsstation)
NIMCU	Neonatal Intermediate Care Unit (Neugeborenen–Intensivüberwachungsstation)
NÖ	Niederösterreich(ischer, –e, –es)
NÖ KAG	Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz
Nr.	Nummer
OECD	Organisation for Economic Co–operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
UK	Universitätsklinikum
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
Wr. KAG	Wiener Krankenanstaltengesetz 1987
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Glossar

APGAR–Test

Dieser Test beurteilt wichtige Körperfunktionen (APGAR = Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen, Reflexe) des neugeborenen Kindes in bestimmten Abständen (eine Minute, fünf Minuten, zehn Minuten nach der Geburt) und die Anpassungsfähigkeit an das Leben außerhalb des Mutterleibs. Pro Kriterium werden maximal zwei Punkte vergeben, d.h. es können maximal zehn Punkte erreicht werden. Bei einem Wert von neun bis zehn Punkten gilt das Neugeborene als „optimal lebensfrisch", bei einem Wert unter fünf Punkten als gefährdet und medizinischer Hilfe bedürftig.

Beckenendlage

Die Beckenendlage beschreibt die Lage des Kindes in der Gebärmutter, wenn bei der Geburt nicht der Kopf vorangeht, sondern das Beckenende („Steißlage").

Cardiotokographie („Herzton–Wehenschreiber")

Die Cardiotokographie misst Herztöne und Wehentätigkeit (meist) über die Bauchdecke und zeichnet sie auf. Sie wird in der Schwangerschaft und während der Geburt eingesetzt.

Combined Test

Dieser Test berechnet die Wahrscheinlichkeit für eine Chromosomenstörung des Kindes insbesondere aus den Ergebnissen der Nackendichtemessung und des Bluttests in Verbindung mit dem Alter der Mutter.

Dammschnitt

Ein Dammschnitt wird etwa zur Verkürzung der Geburtsdauer oder zur Vorbeugung eines Dammrisses gesetzt.

Entscheidungs–Entbindungszeit

Die Entscheidungs–Entbindungszeit ist die Zeit zwischen der Entscheidung für einen Notkaiserschnitt und der Entbindung des Kindes.

Fehlgeburt

Eine Fehlgeburt liegt vor, wenn bei einer Leibesfrucht weder die Atmung eingesetzt hat noch irgendein anderes Lebenszeichen erkennbar ist und die Leibesfrucht ein Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm aufweist.

fetal

Fetal bedeutet „den Fötus, d.h. das Ungeborene bzw. die Leibesfrucht, betreffend".

fetomaternale Medizin

Die fetomaternale Medizin ist ein Fachgebiet der Geburtshilfe, das u.a. Kenntnisse und Fähigkeiten in der Betreuung von Schwangeren mit hohem Geburtsrisiko umfasst.

Frühgeburt

Eine Frühgeburt liegt vor, wenn eine Schwangerschaft von Beginn der letzten Menstruationsblutung berechnet weniger als 260 Tage (= 37 Wochen) dauert. Die Dauer einer normalen Schwangerschaft beträgt 40 Wochen bzw. 280 Tage.

Humangenetik

Humangenetik ist ein Teilgebiet der Genetik, das sich mit dem Erbgut des Menschen beschäftigt.

Inkubator

Der Inkubator ist ein Brutkasten für Frühgeborene und Neugeborene mit medizinischen Komplikationen.

kardiologisch

Kardiologisch bedeutet „Erkrankungen des Herzens betreffend".

Konsiliardienst

Konsiliardienst bedeutet, dass eine Ärztin oder ein Arzt (häufig eines anderen Sonderfachs) Patientinnen und Patienten auf Anfrage im Rahmen eines stationären Aufenthalts begutachtet.

Lebendgeburt

Eine Lebendgeburt liegt unabhängig von der Schwangerschaftsdauer vor, wenn bei der Leibesfrucht nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib entweder die Atmung eingesetzt hat oder irgendein anderes Lebenszeichen erkennbar ist.

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

Die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung ist ein Fallpauschalen–System, das abhängig von Leistungen, Diagnosen, Aufenthaltsdauer und Intensivpflege je Krankenhausaufenthalt bundesweit einheitlich Verrechnungspunkte festlegt.

Manualhilfe

Die Manualhilfe ist ein geburtshilflicher Handgriff bei einer Geburt aus Beckenendlage.

Morbidität

Die Morbidität stellt die Häufigkeit von Erkrankungen bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe dar.

Mortalität

Mortalität bedeutet Sterblichkeit.

Neonatologie

Die Neonatologie ist ein Teilgebiet der Kinderheilkunde, das sich mit der Versorgung und Therapie von Neugeborenen beschäftigt. Als Neugeborene gelten Kinder bis zum Alter von vier Wochen.

nosokomiale Infektionen

Diese Infektionen werden im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung erworben.

Pädiatrie

Pädiatrie bedeutet Kinderheilkunde.

perinatale Mortalität

Die perinatale Mortalität ist die Sterblichkeit „rund um" die Geburt (vor– und nachgeburtliche Sterblichkeit und Sterblichkeit während der Geburt).

pränatal

Pränatal heißt „vor der Geburt".

Regionalanästhesie

Die Regionalanästhesie umfasst alle Anästhesie–Verfahren, die zur Schmerzausschaltung bestimmter Körperregionen dienen, ohne dabei das Bewusstsein zu beeinträchtigen.

Rooming–in

Rooming–in ist die gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind in einem Zimmer nach der Geburt.

Spontangeburt

Als Spontangeburt wird im Folgenden die ohne Einsatz von Zange bzw. Saugglocke oder Manualhilfe durchgeführte vaginale Geburt bezeichnet („natürliche Geburt" in Abgrenzung insbesondere zur vaginal–operativen Geburt und zum Kaiserschnitt).

Totgeburt

Als totgeboren gilt eine Leibesfrucht, wenn nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib weder die Atmung eingesetzt hat noch irgendein anderes Lebenszeichen erkennbar ist und die Leibesfrucht ein Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm aufweist.

Wochenbett

Das Wochenbett ist der Zeitraum von sechs bis acht Wochen nach der Geburt, in dem sich schwangerschafts– und geburtsbedingte Veränderungen im Körper der Mutter rückbilden.

Zytogenetik

Die Zytogenetik ist ein Teilgebiet der Genetik, das sich mit der Analyse der Chromosomen befasst.

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- Land Niederösterreich
- Land Tirol
- Stadt Wien

Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien

Prüfungsziel

Der RH überprüfte von Februar bis Juni 2019 die Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien, insbesondere an den vier Krankenanstalten Landesklinikum Korneuburg, Universitätsklinikum St. Pölten, St. Josef Krankenhaus und Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital. Prüfungsziele waren die Darstellung und vergleichende Beurteilung der Planungen der überprüften Länder und Krankenanstaltenträger für die Geburtshilfe–Versorgung. Weiters analysierte der RH ausgewählte Leistungs– und Qualitätskennzahlen und beurteilte die Aufbau– und Ablauforganisation der Geburtshilfen in den überprüften Krankenanstalten, das Qualitäts– und Risikomanagement sowie die ärztliche Ausbildung. Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2015 bis 2018.

Kurzfassung

Die Zahl der Geburten stieg in Österreich von rd. 77.800 im Jahr 2008 um 9 % auf rd. 84.800 im Jahr 2018 an. 98 % der Geburten fanden in Krankenanstalten in rd. 80 Abteilungen und Universitätskliniken für Frauenheilkunde und Geburtshilfe statt, davon 94 % in öffentlichen (fondsfinanzierten) und 6 % in privaten Krankenanstalten. (TZ 2)

Planungsvorgaben und Qualitätskriterien für die Geburtshilfe finden sich im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**). Laut ÖSG sollen in einer Krankenanstalt mindestens 365 Entbindungen pro Jahr erfolgen. Im Sinne der abgestuften Versorgung ist die sogenannte Grundversorgung für risikoarme Schwangerschaften zuständig. Risikoschwangerschaften sollen je nach Ausprägung des Risikos in einer Schwerpunktversorgung oder in einem Perinatalzentrum (höchste Versorgungsstufe) betreut werden. Zu den Risikoschwangerschaften zählen auch Frühgeburten, für deren Betreuung in beiden Ländern Versorgungskonzepte bestanden. Das Universitätsklinikum St. Pölten betreute überdurchschnittlich viele Frühgeburten. (TZ 3, TZ 32)

Der ÖSG stellt den Rahmen für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den jeweils eigenen Regionalen Strukturplänen Gesundheit (**RSG**) der Länder dar. In den RSG NÖ 2015 und RSG NÖ 2025 – Teil 1 erfolgte die Betten– bzw. Versorgungsplanung nur auf Ebene des Bundeslandes und der Versorgungsregionen, nicht aber für die einzelnen Krankenanstalten. Eine Planung für die einzelnen Krankenanstalten war erst für Teil 2 des RSG NÖ 2025 im Jahr 2020 vorgesehen. Im RSG Wien 2020 waren die einzelnen Krankenanstalten gesondert ausgewiesen. (TZ 6, TZ 10)

In Niederösterreich gab es rd. 14.110 Geburten im Jahr 2018 in 18 Geburtshilfen, die alle zur NÖ Landeskliniken–Holding gehörten. Die Auslastung der Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zeigte sowohl im überprüften Zeitraum als auch im Jahresverlauf teilweise deutliche Schwankungen und bewegte sich 2018 bei insgesamt 575 Betten zwischen 27 % und 80 %. In manchen niederösterreichischen Geburtshilfen lag die Geburtenzahl 2018 unter bzw. knapp über der empfohlenen Mindestgeburtenzahl von 365 pro Jahr. (TZ 4, TZ 6)

In Wien gab es rd. 17.300 Geburten im Jahr 2018 in neun fondsfinanzierten Geburtshilfen; sieben gehörten zum Wiener Krankenanstaltenverbund (**KAV**) und zwei zur Vinzenz–Gruppe. Rund 2.900 weitere Geburten gab es in drei rein privaten Krankenanstalten. Die Auslastung der fondsfinanzierten Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nahm seit 2015 zumeist ab, schwankte im Jahresverlauf ebenfalls teilweise deutlich und bewegte sich 2018 zwischen 60 % und 78 % bei insgesamt rd. 520 Betten. In allen fondsfinanzierten Wiener Geburtshilfen lag die Zahl der Geburten deutlich über der empfohlenen Mindestgeburtenzahl. (TZ 8)

Der RH verkannte nicht die großen flächenmäßigen Unterschiede zwischen Wien und Niederösterreich. Er hielt aber fest, dass 2018 in neun Wiener Fondskrankenanstalten um 23 % mehr Geburten stattfanden als in 18 niederösterreichischen Krankenanstalten; dies bei 10 % weniger Betten sowie einer durchschnittlichen Auslastung von 72 % in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Niederösterreich: 51 %). Der Österreich–Durchschnitt betrug 2018 65 %. (TZ 4, TZ 6, TZ 8)

Eine wesentliche Rolle bei der Geburtshilfe kommt den Hebammen zu. Österreichweit gab es Anfang 2019 rd. 2.340 Hebammen, davon 464 in Wien und 413 in Niederösterreich. 35 % der Wiener und 36 % der niederösterreichischen Hebammen waren 50 Jahre alt oder älter. Für die Krankenanstalten war es teilweise schwierig, Hebammen zu finden. Im niedergelassenen Bereich gab es in Wien im Verhältnis zu den Geburten deutlich weniger Vertragshebammen als in Niederösterreich und den meisten anderen Bundesländern. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ließ das Österreichische Hebammengremium eine Bedarfsanalyse für Ostösterreich durchführen, die Ende 2019 vorliegen sollte. (TZ 13)

Die durchschnittliche Kaiserschnittrate betrug 2018 in Fondskrankenanstalten in Österreich 28,5 %, in Niederösterreich 28 % und in Wien 29 %; in den einzelnen Krankenanstalten betrug sie zwischen rd. 20 % und rd. 50 %. Der OECD–Durchschnitt belief sich auf 26,2 %. Eine hohe Kaiserschnittrate ist typisch für höher entwickelte Länder. Die Stadt Wien setzte seit 2015 Ziele und Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnittrate. Der KAV begann 2018 mit deren Umsetzung. Demgegenüber verfügte die NÖ Landeskliniken–Holding zwar u.a. über ein Entwicklungsziel „Senkung der Kaiserschnittrate", dieses war aber nicht operationalisiert und mit Maßnahmen untermauert. (TZ 14, TZ 15, TZ 16)

Die niederösterreichischen Krankenanstalten regelten die Geburtenanmeldung individuell. Es fehlte eine für Patientinnen leicht zugängliche gesamthafte Online–Übersicht über das niederösterreichische Leistungsspektrum in der Geburtshilfe. Der KAV startete im Februar 2017 die Informationsplattform „geburtsinfo.wien" und im Februar 2019 die „geburtsinfo.wien–Anmeldung". Damit gab es eine zentrale Geburtsanmeldestelle und ein umfassendes Informationsangebot rund um das Thema Geburt. (TZ 17, TZ 18, TZ 19)

Die Geburtshilfen unterschieden sich deutlich hinsichtlich ihrer Auslastung und der Zahl der Geburten pro Bett. Während diese Werte im Landesklinikum Korneuburg, im St. Josef Krankenhaus und im Sozialmedizinischen Zentrum Ost – Donauspital vergleichsweise hoch waren, fanden sich vor allem in manchen niederösterreichischen Geburtshilfen deutlich niedrigere Zahlen. Das Landesklinikum Korneuburg und das St. Josef Krankenhaus verzeichneten überdurchschnittlich kurze Verweildauern und führten im Vergleich zu anderen Geburtshilfen auch viele ambulante Geburten durch. (TZ 26, TZ 27)

Deutliche Unterschiede zeigten sich auch bei der durchschnittlichen Zahl der Geburten pro Hebamme: diese bewegte sich in einer Bandbreite zwischen rd. 40 pro Jahr in einzelnen niederösterreichischen Geburtshilfen und rd. 115 pro Jahr in einer Wiener Krankenanstalt. (TZ 34)

Die Geburtshilfeambulanzen unterschieden sich im Angebot und in der Verrechnung von erweiterten vorgeburtlichen Untersuchungen, der sogenannten Pränataldiagnostik. Während die NÖ Landeskliniken–Holding die Unentgeltlichkeit solcher – in den einzelnen Krankenanstalten in unterschiedlichem Ausmaß durchgeführten – Untersuchungen an das Vorliegen von festgelegten Indikationen knüpfte, verrechnete das St. Josef Krankenhaus solche Untersuchungen bis Anfang 2019 auch Schwangeren mit Indikationen. In den Krankenanstalten des KAV hingegen waren die Untersuchungen bei krankenversicherten Schwangeren generell unentgeltlich, standen aber aus Kapazitätsgründen nicht allen zur Verfügung. Die Durchführung oder Empfehlung von pränataldiagnostischen Untersuchungen war auch haftungsrechtlich relevant: Unterlassene, nicht empfohlene oder nicht ordnungsgemäß

durchgeführte Untersuchungen konnten im Falle der Geburt eines behinderten Kindes Schadenersatzansprüche zur Folge haben. (TZ 38, TZ 40)

Das von der Tirol Kliniken GmbH geführte Geburtenregister Österreich unterstützte die Geburtshilfen bei der Qualitätssicherung. In niederösterreichischen und Wiener Geburtshilfen gab es unabhängig von Größe, Geburtenzahlen etc. bei im Geburtenregister ausgewerteten Qualitätsindikatoren bzw. –kennzahlen Abweichungen vom definierten Idealzustand bzw. von den Durchschnittswerten für die jeweilige Versorgungsstufe. Dies betraf sowohl Angaben zum Gesundheitszustand von Mutter und Neugeborenem als auch zu Abläufen vor und bei der Geburt und hing teilweise von den infrastrukturellen und personellen Ressourcen der jeweiligen Geburtshilfe ab. Allerdings hatten die Krankenanstaltenträger keinen Zugang zu diesen Daten, obwohl das Geburtenregister überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert wurde. Auch waren die Krankenanstaltenträger laut Krankenanstaltenrecht für die Qualitätssicherung und Patientensicherheit zuständig. (TZ 33, TZ 48)

Bei der Verlegung von kranken Neugeborenen in Neonatologien an Universitätskliniken bzw. Abteilungen für Kinder– und Jugendheilkunde gab es sowohl in Niederösterreich als auch in Wien Probleme. Für Neugeborenen–Transporte in eine Neonatologie stand teilweise nicht das entsprechend ausgebildete Begleitpersonal zur Verfügung. In beiden Ländern gab es Konzepte und Bestrebungen zur Verbesserung der Situation, die jedoch zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht umgesetzt waren. Auslastung, Verweildauern und Leistungsumfang in den niederösterreichischen und Wiener Neonatologien waren unterschiedlich. In den Neonatologien kam es immer wieder zu Engpässen. Dies war nicht nur auf Bettenkapazitäten, sondern etwa auch auf teilweise fehlendes Fachpersonal zurückzuführen. (TZ 12, TZ 42)

Bund, Länder und Krankenversicherungsträger führten mit der Gesundheitsreform 2013 das Indikatorenmodell Austrian Inpatient Quality Indicators (**A–IQI**) zur einheitlichen Messung von Ergebnisqualität in Krankenanstalten verbindlich ein. Die A–IQI–Qualitätsindikatoren für Geburtshilfe und Neonatologie waren wenig aussagekräftig, weil sie keine Zielbereiche festlegten. Auch erfolgte bislang kein Peer–Review–Verfahren, wie es im Indikatorenmodell vorgesehen war. Weiters gab es Abweichungen zwischen A–IQI–Daten und Daten des Geburtenregisters. (TZ 46, TZ 47)

In den überprüften Krankenanstalten erfolgte auch die Ausbildung zu Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Für diese Ausbildung waren seit Mitte 2016 Ausbildungsbücher, sogenannte Logbücher, durch Verordnung vorgesehen, in denen die einzelnen Ausbildungsschritte detailliert dokumentiert werden sollten. Die dafür zuständige Österreichische Ärztekammer hatte jedoch noch kein Logbuch für die Facharztausbildung ausgearbeitet. Im März 2019 beschloss sie, ein elektronisches Logbuch zu erstellen. Zur Zeit der Gebarungsprüfung gab es jedoch noch keinen Projektplan. (TZ 50, TZ 56)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Das Land Niederösterreich sollte auf eine ehestmögliche Erstellung und Beschlussfassung des Regionalen Strukturplans Gesundheit Niederösterreich 2025 – Teil 2 in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Bundes hinwirken. In diesem Zusammenhang wären die Geburtshilfe–Standorte in den niederösterreichischen Krankenanstalten im Lichte ihrer Auslastung und Geburtenzahlen sowie hinsichtlich der geburtshilflichen Versorgungsstufen gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2017 zu evaluieren. (TZ 6)

- Das Land Niederösterreich, die Stadt Wien sowie die Krankenanstaltenträger sollten gemeinsam mit den beiden Gesundheitsfonds unter Berücksichtigung der Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit die zur qualitätsvollen und patientensicheren Versorgung erforderliche Zahl und örtliche Festlegung von neonatologischen Betten sicherstellen. (TZ 12)

- Das Land Niederösterreich und die Stadt Wien sollten gemeinsam mit den Krankenanstaltenträgern die Ausbildungskapazitäten für Hebammen evaluieren und erforderlichenfalls auf eine Anpassung der Zahl der Studienplätze hinwirken. (TZ 13)

- Die NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, die St. Josef Krankenhaus GmbH und der Wiener Gesundheitsverbund (vormals: Wiener Krankenanstaltenverbund) sollten im Interesse der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit anhand der Geburtenregister–Kennzahlen gemeinsam mit ihren Krankenanstalten deren geburtshilfliche Performance (Abläufe, Ressourcen, Leistungserbringung etc.) evaluieren und gegebenenfalls daraus Verbesserungsmaßnahmen ableiten. (TZ 33)

- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, das Land Niederösterreich und die Stadt Wien sollten gemeinsam mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger geeignete Maßnahmen setzen, um eine angemessene, dem Stand der Wissenschaft entsprechende Versorgung von Schwangeren im Bereich der vorgeburtlichen Untersuchungen sicherzustellen. (TZ 40)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien				
überprüfte Krankenanstalten	Landesklinikum Korneuburg Universitätsklinikum St. Pölten St. Josef Krankenhaus Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital			
Rechtsträger der Krankenanstalten	Land Niederösterreich, St. Josef Krankenhaus GmbH, Stadt Wien			
Rechtsgrundlagen				
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 12 Abs. 1 Z 1 Bundes–Verfassungsgesetz, BGBl. 1/1930 i.d.g.F.			
Bundesrecht	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. 1/1957 i.d.g.F.			
Landesrecht	NÖ Krankenanstaltengesetz, LGBl. 9440–0 i.d.g.F Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. 19/1988 i.d.g.F.			
Leistungsdaten 2018 – Geburtshilfen				
	Landesklinikum Korneuburg	**Universitäts-klinikum St. Pölten**	**St. Josef Krankenhaus**	**Sozial-medizinisches Zentrum Ost – Donauspital**
	Anzahl			
tatsächliche Betten	12	28	27	32
Geburten	838	891	2.153	2.274
davon Kaiserschnitte	*244*	*327*	*489*	*419*
Belagstage	3.275	5.662	7.779	10.790
	Anzahl in Tagen			
durchschnittliche Verweildauer bei Spontangeburten	2,9	3,2	2,8	3,3
durchschnittliche Verweildauer bei Kaiserschnitten	4,8	5,9	4,4	6,2
	in %			
durchschnittliche Auslastung[1]	75	56	79	92
Kaiserschnittrate	29	37	23	18

[1] in Prozent der Belagstage bezogen auf den geburtshilflichen Bereich

Quellen: DIAG; überprüfte Krankenanstalten

Prüfungsablauf und –gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte von Februar bis Juni 2019 die Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien, insbesondere an den vier Krankenanstalten Landesklinikum Korneuburg (**LK Korneuburg**), Universitätsklinikum St. Pölten (**UK St. Pölten**), St. Josef Krankenhaus (**KH St. Josef**) und Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital (**SMZ Ost**). Diese fand an den Abteilungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe am LK Korneuburg, Gynäkologie und Geburtshilfe am UK St. Pölten, Geburtshilfe und Gynäkologie am KH St. Josef und der geburtshilflich–gynäkologischen Abteilung des SMZ Ost statt; in der Folge werden die Abteilungen einheitlich als **Abteilung(en) für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** bezeichnet. Ergänzende Erhebungen führte der RH bei der Tirol Kliniken GmbH durch.

Ziele der Gebarungsüberprüfung waren insbesondere

- die Darstellung und vergleichende Beurteilung der Planungen der überprüften Länder und Krankenanstaltenträger für die Geburtshilfe–Versorgung,
- die Analyse von ausgewählten Leistungs– und Qualitätskennzahlen der überprüften Krankenanstalten(–träger) im Bereich Geburtshilfe,
- die Beurteilung der Aufbau– und Ablauforganisation der Geburtshilfen in den überprüften Krankenanstalten sowie
- die Beurteilung des Qualitäts– und Risikomanagements und der ärztlichen Ausbildung.

Weiters bezog der RH – im Interesse eines umfassenden Bildes – bei einer Reihe von Kennzahlen auch die Daten der weiteren Geburtshilfen in Wien und Niederösterreich sowie Aspekte der Neonatologie mit ein.

Im Rahmen dieser Gebarungsüberprüfung berücksichtigte der RH Anregungen aus dem Bürgerbeteiligungsverfahren.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2015 bis 2018.

(2) Die Angelegenheiten der Gesundheit waren bis 30. Juni 2016 im Bundesministerium für Gesundheit, vom 1. Juli 2016 bis 7. Jänner 2018 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und vom 8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020 im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz[1] angesiedelt. Mit Inkrafttreten der BMG–Novelle 2020[2] ressortieren sie zum Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (alle in der Folge: **Ministerium**).

[1] BGBl. I 164/2017 vom 28. Dezember 2017, in Kraft getreten am 8. Jänner 2018

[2] BGBl. I 8/2020 vom 28. Jänner 2020, in Kraft getreten am 29. Jänner 2020

(3) Mit 1. Juli 2020 trat die neu geschaffene NÖ Landesgesundheitsagentur die Gesamtrechtsnachfolge der NÖ Landeskliniken–Holding an.[3] Der RH überprüfte daher die NÖ Landeskliniken–Holding, seine Empfehlungen ergingen jedoch an die NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding. Für den Wiener Krankenanstaltenverbund (**KAV**) und das SMZ Ost waren ab Juli 2020 ausschließlich neue Bezeichnungen zu führen.[4] Daher richtete der RH seine Empfehlungen nunmehr an den Wiener Gesundheitsverbund und die Klinik Donaustadt und verwendete diese neuen Bezeichnungen einheitlich auch für die Stellungnahme (Kennzeichnung mit 3) und seine Gegenäußerungen (Kennzeichnung mit 4).

(4) Zu dem im Dezember 2019 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die Tirol Kliniken GmbH und die St. Josef Krankenhaus GmbH im Jänner 2020, das Land Tirol, das Land Niederösterreich und die Stadt Wien im März 2020 sowie das Ministerium im April 2020 Stellung. Die NÖ Landeskliniken–Holding gab keine eigene Stellungnahme ab und verwies stattdessen auf jene des Landes Niederösterreich. Der RH erstattete eine Gegenäußerung auch gegenüber der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding und übermittelte diese sowie seine Gegenäußerungen an das Ministerium, das Land Niederösterreich, die Stadt Wien, die St. Josef Krankenhaus GmbH und die Tirol Kliniken GmbH im Jänner 2021.

[3] NÖ Landesgesundheitsagenturgesetz (NÖ LGA–G), LGBl. 1/2020

[4] Verordnung des Gemeinderates, mit der ein Statut für die Unternehmung „Wiener Gesundheitsverbund“ erlassen wird, GZ V001/285/2020

Allgemeines

2 Im Zeitraum 2008 bis 2018 nahm die jährliche Anzahl der Lebendgeborenen in Österreich um 9 % von rd. 77.800 auf rd. 84.800 zu. Diese Entwicklung verlief schwankend und erreichte 2016 einen Höchststand mit rd. 87.100 Geburten.

Geburten konnten in Krankenanstalten oder außerhalb (z.B. Hausgeburten) erfolgen. Die meisten Geburten (2018: 98 %) in Österreich fanden in Krankenanstalten in rd. 80 Abteilungen und Universitätskliniken für Frauenheilkunde und Geburtshilfe statt, davon 94 % in fondsfinanzierten und 6 % in privaten Krankenanstalten. Die Kaiserschnittrate betrug für alle Krankenanstalten in Österreich 2018 durchschnittlich 29,4 %.

Laut Statistik Austria betrug die Frühgeborenenrate[5] im Jahr 2018 in Österreich 7,3 % und nahm damit seit 2008 (8,9 %) deutlich ab. 6,2 % der Neugeborenen hatten ein Geburtsgewicht unter 2,5 kg. Ähnliche Werte fanden sich laut Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (**OECD**) etwa in der Schweiz, in Luxemburg, in den Niederlanden oder in Slowenien, mit 9,3 % wies Griechenland in Europa den höchsten Wert auf; am wenigsten Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht wurden u.a. in Nordeuropa (z.B. Finnland 4,2 %) geboren. Der Anteil totgeborener Kinder belief sich in Österreich 2018 auf 3,2 ‰ (2008: 3,3 ‰).

Versorgung und Planung in der Geburtshilfe

Österreichischer Strukturplan Gesundheit

3 (1) Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) war laut Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens[6] (**Reformvereinbarung**) die Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur und stellte den Rahmen für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (**RSG**) dar. Im überprüften Zeitraum galten der ÖSG 2012 bis Mitte 2017 und danach der ÖSG 2017.

[5] Für die Berechnung der Frühgeborenenrate zog die Statistik Austria nur Lebendgeborene ab der Schwangerschaftswoche 22+0 (bedeutet 22 Wochen zuzüglich bis zu null Tagen) bis zur Schwangerschaftswoche 36+6 (bedeutet 36 Wochen zuzüglich bis zu sechs Tagen) heran.

[6] Art. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 105/2008 i.d.F. BGBl. I 199/2013, Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 98/2017

(2) Beide ÖSG sahen für den Bereich Geburtshilfe in Krankenanstalten Planungsvorgaben, Versorgungsstufen und Strukturqualitätskriterien vor:

Tabelle 1: Österreichische Strukturpläne Gesundheit 2012 und 2017 – Geburtshilfe in Krankenanstalten

	Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012	Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017
Planungsvorgaben		
Erreichbarkeit	45 Minuten	45 bis 120 Minuten[1]
Bettenmessziffer (Frauenheilkunde und Geburtshilfe)	0,24 bis 0,40 systemisierte Betten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner	0,19 bis 0,32 systemisierte Betten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohn0er
Versorgungsstruktur	Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe	• Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe • Fachschwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe: in Ausnahmefällen
Mindestbettenzahl je Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe	25 systemisierte Betten	20 systemisierte Betten
unverbindliche Mindestfallzahl	365 Entbindungen je Krankenanstalt und Jahr	
Versorgungsstufen	• Perinatalzentrum (Maximalversorgung)	
	• Schwerpunktversorgung • Grundversorgung • reduzierte Grundversorgung	• Schwerpunktversorgung Typ A • Schwerpunktversorgung Typ B • Grundversorgung
Strukturqualitätskriterien	je nach Versorgungsstufe: Vorgaben betreffend Personal, Infrastruktur (z.B. Neonatologie), Leistungsangebot etc.	
Neuerungen – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (Beispiele)	–	• Schulungsvorgaben • Risikoliste Geburtshilfe[2] • multiprofessionelle Zusammenarbeit

[1] Grundversorgung: 45 Minuten, Schwerpunktversorgung Typ B: 60 Minuten, Schwerpunktversorgung Typ A: 90 Minuten, Perinatalzentrum: 120 Minuten; bezieht sich nur auf Abteilungen, nicht auf Fachschwerpunkte

[2] Indikationen zur Transferierung von Schwangeren und Neugeborenen aus Grundversorgung oder bei Hebammengeburt (inklusive Hausgeburt) in höhere Versorgungsstufe

Quellen: ÖSG 2012 und 2017; Darstellung: RH

Beide ÖSG legten für die Geburtshilfe eine abgestufte Versorgung fest. So sah der ÖSG 2017 etwa Folgendes vor:

- Das Perinatalzentrum war die höchste Versorgungsstufe im Bereich der Geburtshilfe und damit insbesondere für spezielle Risikogeburten und Frühgeburten an der Grenze zur Lebensfähigkeit zuständig. Sein Aufgabengebiet umfasste das gesamte Leistungsspektrum der konservativen und operativen Schwangerenbetreuung sowie das gesamte neonatologische Leistungsspektrum (neonatologische Intensivbetten (**NICU**[7]–Betten)) und neonatologische Überwachungsbetten (**NIMCU**[8]–Betten)), einschließlich kinderchirurgischer Versorgung nach der Geburt.
- Die geburtshilfliche Schwerpunktversorgung war untergliedert in die Schwerpunktversorgungen Typ A und B (in der Folge: Schwerpunkt A und B). Ihnen oblag die Betreuung (Früherkennung, Diagnostik und Therapie) von Schwangeren mit Risikobildern, die keine unmittelbare kinderchirurgische Versorgung benötigten. Der Schwerpunkt A hatte ebenfalls – jedoch in geringerem Ausmaß als ein Perinatalzentrum – NICU– sowie NIMCU–Betten vorzuhalten, der Schwerpunkt B hatte über NIMCU–Betten zu verfügen.
- Die Grundversorgung war für risikoarme Schwangerschaften (ab Schwangerschaftswoche 36+0) zuständig. Frauen mit Risikoschwangerschaften waren in eine Abteilung mit geburtshilflicher Schwerpunktversorgung oder in ein Perinatalzentrum sowie Neugeborene mit Bedarf an Intensivversorgung an eine Neonatologie zu transferieren.

[7] Neonatal Intensive Care Unit

[8] Neonatal Intermediate Care Unit

Niederösterreich

Geburtshilfen, Geburten und Auslastung

4 (1) Die geburtshilfliche Versorgung durch – alle zur NÖ Landeskliniken–Holding[9] gehörende – niederösterreichische Krankenanstalten (ÖSG–Einstufung laut NÖ Landeskliniken–Holding), die Geburtenzahlen 2015 und 2018 sowie die Auslastung 2018 der jeweiligen gesamten Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe[10] stellten sich wie folgt dar:

Tabelle 2: Niederösterreich: Versorgungsstufen laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2017, Geburten und Auslastung der Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	Versorgungsstufe	Geburten 2015	Geburten 2018	Veränderung 2015 bis 2018	Auslastung 2018[1]
		Anzahl		in %	
Landesklinikum Amstetten	Schwerpunkt B	928	973	5	61
Landesklinikum Hainburg	Grundversorgung	670	550	-18	41
Landesklinikum Hollabrunn	Grundversorgung	491	441	-10	51
Landesklinikum Horn	Grundversorgung	313	398	27	45
Landesklinikum Klosterneuburg	Grundversorgung	648	687	6	38
Landesklinikum Korneuburg	Grundversorgung	755	838	11	54
Universitätsklinikum Krems	Grundversorgung	454	519	14	41
Landesklinikum Lilienfeld	Grundversorgung	405	386	-5	50
Landesklinikum Melk	Grundversorgung	688	708	3	55
Landesklinikum Mistelbach	Schwerpunkt B	722	792	10	54
Landesklinikum Mödling	Schwerpunkt B	1.826	1.999	9	51
Landesklinikum Neunkirchen	Grundversorgung	673	872	30	42
Landesklinikum Scheibbs	Grundversorgung	526	519	-1	52
Universitätsklinikum St. Pölten	Schwerpunkt A	878	891	1	49
Universitätsklinikum Tulln	Schwerpunkt B	944	1.061	12	55
Landesklinikum Waidhofen/Thaya	Grundversorgung	297	–	–	–
Landesklinikum Waidhofen/Ybbs	Grundversorgung	374	327	-13	27
Landesklinikum Wiener Neustadt	Schwerpunkt A	1.419	1.312	-8	58
Landesklinikum Zwettl	Schwerpunkt B	643	839	30	80
Summe	**–**	**13.654**	**14.112**	**3**	**51**

[1] nach Belagstagen inklusive Nulltagesaufenthalte (= Aufenthalte ohne sogenannten Mitternachtsstand)

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; DIAG

(2) Im Jahr 2016 schloss die Geburtshilfe am Standort Waidhofen/Thaya wegen zuletzt im Jahr 2014 zu geringer Geburtenzahlen (307 Geburten); die Versorgung sollten die

[9] Rechtsträger der niederösterreichischen Krankenanstalten war das Land Niederösterreich, der NÖ Landeskliniken–Holding oblag u.a. die Betriebsführung. Der Wiener Krankenanstaltenverbund war Teil der Stadt Wien als Rechtsträgerin ihrer Krankenanstalten. Zur leichteren Lesbarkeit werden in der Folge nicht nur die St. Josef Krankenhaus GmbH, sondern auch die NÖ Landeskliniken–Holding und der KAV als „Krankenanstaltenträger" bezeichnet.

[10] Da die Planungen im RSG nicht für den Teilbereich Geburtshilfen gesondert, sondern für die Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erfolgen, wurden hier die jeweiligen Gesamtauslastungen ausgewiesen.

LK Horn und Zwettl übernehmen. Für rd. 14.100 Geburten (Steigerung um 3 % seit 2015) gab es im Jahr 2018 somit 18 Geburtshilfen in niederösterreichischen Krankenanstalten; davon waren nach Angaben der NÖ Landeskliniken–Holding elf für die Grundversorgung und sieben für Schwerpunktversorgungen zuständig. Ein Perinatalzentrum gab es in Niederösterreich nicht. Das UK St. Pölten nahm jedoch teilweise Aufgaben eines Perinatalzentrums wahr (TZ 32).

Die meisten Geburten fanden im LK Mödling statt (2018: 1.999), die wenigsten im LK Waidhofen/Ybbs (2018: 327). Die Geburtenzahl ging mit 18 % seit 2015 am stärksten im LK Hainburg zurück, die höchste Geburtensteigerung (30 %) verzeichneten die LK Neunkirchen und Zwettl. Die Entwicklung der Geburtenzahlen in den einzelnen Krankenanstalten verlief im überprüften Zeitraum zumeist schwankend. Insgesamt verzeichnete Niederösterreich mit rd. 14.750 Geburten den Höchststand im Jahr 2017.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die regionale Verteilung der Geburtshilfen und die Geburtenzahlen in Niederösterreich im Jahr 2018:

Abbildung 1: Geburtshilfen in Niederösterreich und Geburtenzahlen 2018

Quellen:
NÖ Landeskliniken–Holding;
DIAG; Darstellung: RH

(3) Die Auslastung der niederösterreichischen Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit insgesamt 575 tatsächlichen Betten (Bandbreite zwischen 15 (LK Lilienfeld) und 65 (LK Mödling) Betten) bewegte sich 2018 zwischen 27 % (LK Waidhofen/Ybbs) und 80 % (LK Zwettl). Sie zeigte sowohl im überprüften Zeitraum als auch im Jahresverlauf teilweise deutliche Schwankungen. Der Niederösterreich–Durchschnitt lag 2018 bei 51 % (2015: ebenfalls 51 %), demgegenüber belief sich der Österreich–Durchschnitt auf 65 % (2015: 66 %). Zur überwiegend höheren Auslastung der Geburtshilfen – sofern erhebbar – als Teil dieser Abteilungen wird auf TZ 26 verwiesen.

(4) Laut Angaben der NÖ Landeskliniken–Holding gebe es derzeit keine Kapazitätsobergrenzen in der Geburtshilfe; Untergrenze sei die ÖSG–Vorgabe von 365 Geburten je Krankenanstalt und Jahr.

Gastpatientinnen

5.1 Von den im Jahr 2018 in niederösterreichischen Krankenanstalten erfolgten Geburten entfielen 15 % (2015: 14 %) auf Mütter mit einem anderen Wohnsitzbundesland oder mit ausländischem Wohnsitz (Gastpatientinnen); 9 % (2015: 8 %) aller Geburten entfielen auf Wienerinnen (2018: rd. 1.270 Geburten):

Tabelle 3: Geburten in niederösterreichischen Krankenanstalten nach Wohnsitz der Mutter

	2015			2018		
	Geburten gesamt	*davon Wohnsitz nicht in Niederösterreich*	*davon Wohnsitz in Wien*	Geburten gesamt	*davon Wohnsitz nicht in Niederösterreich*	*davon Wohnsitz in Wien*
	Anzahl	in %		Anzahl	in %	
Landesklinikum Amstetten	928	*20*	*0*	973	*17*	*0*
Landesklinikum Hainburg	670	*50*	*4*	550	*49*	*3*
Landesklinikum Hollabrunn	491	*4*	*1*	441	*7*	*5*
Landesklinikum Horn	313	*2*	*2*	398	*2*	*2*
Landesklinikum Klosterneuburg	648	*70*	*69*	687	*71*	*70*
Landesklinikum Korneuburg	755	*37*	*36*	838	*45*	*45*
Universitätsklinikum Krems	454	*2*	*2*	519	*0*	*0*
Landesklinikum Lilienfeld	405	*5*	*1*	386	*5*	*1*
Landesklinikum Melk	688	*2*	*1*	708	*1*	*0*
Landesklinikum Mistelbach	722	*3*	*2*	792	*4*	*3*
Landesklinikum Mödling	1.826	*12*	*11*	1.999	*12*	*11*
Landesklinikum Neunkirchen	673	*9*	*0*	872	*13*	*1*
Landesklinikum Scheibbs	526	*1*	*0*	519	*3*	*1*
Universitätsklinikum St. Pölten	878	*3*	*1*	891	*2*	*1*
Universitätsklinikum Tulln	944	*7*	*6*	1.061	*6*	*6*
Landesklinikum Waidhofen/Ybbs	374	*23*	*1*	327	*18*	*0*
Landesklinikum Wiener Neustadt	1.419	*10*	*1*	1.312	*11*	*2*
Landesklinikum Zwettl	940[1]	*3*	*1*	839	*2*	*1*
Summe	**13.654**	**14**	**8**	**14.112**	**15**	**9**

Rundungsdifferenzen möglich

[1] einschließlich Waidhofen/Thaya

Quelle: DIAG

Die meisten Gastpatientinnen entbanden 2018 in den Grundversorgungen LK Klosterneuburg mit 71 % (2015: 70 %), LK Hainburg mit 49 % (2015: 50 %) und LK Korneuburg mit 45 % (2015: 37 %).[11] Im LK Korneuburg stieg der Anteil an Gastpatientinnen von 2015 auf 2018 um 8 %–Punkte, während dieser im Land Niederösterreich annähernd gleich blieb. Im UK St. Pölten lag der Anteil der Gastpatientinnen 2018 bei 2 % (2015: 3 %).

[11] Im LK Hainburg kam rund die Hälfte der Gastpatientinnen aus dem Ausland.

5.2 Der RH hielt fest, dass sich die geburtshilfliche Versorgung von Wiener Gastpatientinnen in Niederösterreich im Wesentlichen auf zwei wiennahe Grundversorgungen konzentrierte, nämlich die LK Klosterneuburg und Korneuburg mit einem Anteil von 70 % bzw. 45 % aller dortigen Geburten im Jahr 2018.

Regionaler Strukturplan Gesundheit Niederösterreich

6.1 (1) Den RSG Niederösterreich 2015 (**RSG NÖ 2015**) beschloss die Gesundheitsplattform Ende 2010 und verlängerte ihn 2015 bis Ende 2018. Die Planung der Bettenkapazitäten erfolgte auf Ebene des Bundeslandes und der Versorgungsregionen, nicht aber für die einzelnen Krankenanstalten.[12] Die geburtshilflichen Versorgungsstufen waren im RSG NÖ 2015 nicht festgelegt. Im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe war eine Bettenreduktion von insgesamt 665 tatsächlichen Betten (2007) auf 463 Planbetten im Jahr 2015 vorgesehen. Im Jahr 2015 gab es in Niederösterreich 619 tatsächliche Betten im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 2018 waren es 575.

(2) Ende 2018 beschloss die NÖ Landes–Zielsteuerungskommission den RSG NÖ 2025 – Teil 1. Darin war die Versorgungsplanung nur auf Ebene des Bundeslandes und der Versorgungsregionen ausgewiesen, nicht aber für die einzelnen Krankenanstalten und ohne Festlegung der dortigen geburtshilflichen Versorgungsstufen.

Damit entsprach der RSG NÖ 2025 – Teil 1 teilweise nicht den Vorgaben des ÖSG 2017 bzw. der mit der ÖSG VO 2018[13] verbindlich erklärten Planungsmatrix. Diese sah u.a. die Darstellung der Betten in der Normal– und Intensivpflege auf Ebene der Krankenanstalten vor.

Die NÖ Landes–Zielsteuerungskommission beabsichtigte, Teil 2 der regionalen Strukturplanung mit einer Planung für die einzelnen niederösterreichischen Krankenanstalten im Jahr 2020 zu beschließen. Das Ministerium stimmte dieser Vorgangsweise zu.

In der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sah der RSG NÖ 2025 – Teil 1 eine Bettenreduktion von insgesamt 582 tatsächlichen Betten (2016) auf 489 Planbetten im Jahr 2025 vor. Die Leitlinien zum RSG NÖ 2025 legten u.a. eine Standortgarantie für alle niederösterreichischen Krankenanstalten fest.

[12] siehe RH–Bericht „Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung“ (Reihe Bund 2015/17, TZ 17)

[13] Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), abrufbar unter: https://www.ris.bka.gv.at

(3) Die Grundlagen für den RSG NÖ 2025 erstellte ein Planungsinstitut. In der Idealplanung sah dieses – im Zusammenhang mit einer deutlichen Bettenreduktion – die Umwandlung von einigen Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in reduzierte Organisationsformen (Fachschwerpunkte) sowie die Umwidmung einer Abteilung vor.

Die beiden ÖSG sahen für Geburtshilfen eine empfohlene Mindestfallzahl von jährlich 365 Entbindungen pro Krankenanstalt vor. Nach Ausführungen des Ministeriums im Jahr 2016 sei die Angabe eines unverbindlichen Richtwerts auf Basis der einschlägigen Fachliteratur erfolgt. Es gebe zahlreiche Untersuchungen, die einen positiven Zusammenhang zwischen höheren Fallzahlen (500 und mehr Geburten pro Jahr) und dem „Outcome" von Geburtenstationen nachwiesen. Die vorhandene Literatur[14] zeige eine deutliche Tendenz dieses Zusammenhangs, jedoch keine ausreichend „harte" Evidenz, die eine verbindliche Mindestfallzahl rechtfertige. Daher habe das zuständige medizinische Gremium unter Berücksichtigung der österreichischen Topographie und der vorhandenen Versorgungsstruktur empfohlen, dass jede Krankenanstalt zumindest eine Entbindung pro Tag durchführen sollte, um eine ausreichende Routine und damit eine Leistungserbringung auf höchstmöglichem Qualitätsniveau zu gewährleisten.

In manchen niederösterreichischen Geburtshilfen bewegte sich die Zahl der Geburten im Jahr 2018 unter bzw. knapp über der im ÖSG 2017 empfohlenen Mindestfallzahl (Tabelle 2, TZ 4). Darüber hinaus lag die Auslastung der Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Niederösterreich im Jahr 2018 überwiegend unter bzw. um 50 %.

6.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass weder der RSG NÖ 2015 noch der RSG NÖ 2025 – Teil 1 eine Betten– bzw. Versorgungsplanung auf Ebene der Krankenanstalten vorsahen. Damit entsprach der im Dezember 2018 beschlossene RSG NÖ 2025 – Teil 1 teilweise noch nicht den verbindlichen ÖSG–Vorgaben.

Weiters wies der RH auf die Idealplanung des Planungsinstituts hin, die u.a. die Umwidmung einer Abteilung vorsah. In diesem Zusammenhang verwies der RH auf die u.a. für die Qualitätssicherung empfohlenen Mindestgeburtenzahlen je Standort und die überwiegend unter bzw. um 50 % liegende Auslastung der Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2018 in Niederösterreich.

[14] siehe Antwort der damaligen Bundesministerin für Gesundheit, Dr. Sabine Oberhauser, vom 12. Jänner 2016 (6726/AB) zur parlamentarischen Anfrage Nr. 6992/J und die darin zitierte Literatur: z.B. Neonatologische Erstversorgung von Neugeborenen ohne vorab bekanntes Komplikationsrisiko – Ansätze für eine evidenzbasierte Versorgungsplanung in der Steiermark, LBI–HTA Projektbericht Nr.: 004, ISSN–Online: 1992–0496; Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland, aktueller Stand: 05/2015, publiziert bei: AWMF–Register Nr. 087/001

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich daher, auf eine ehestmögliche Erstellung und Beschlussfassung des RSG NÖ 2025 – Teil 2 in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Bundes hinzuwirken. In diesem Zusammenhang wären die Geburtshilfe–Standorte in den niederösterreichischen Krankenanstalten im Lichte ihrer Auslastung und Geburtenzahlen sowie hinsichtlich der geburtshilflichen Versorgungsstufen gemäß ÖSG 2017 zu evaluieren.

6.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich seien gemäß Beschlussfassung des RSG NÖ 2025 – Teil 1 am 17. Dezember 2018 die Erstellung und Beschlussfassung des RSG NÖ 2025 – Teil 2 im intramuralen Bereich auf Standortebene gemäß den Vorgaben Art. 5 Abs. 7 Z 1 der Reformvereinbarung bis 2020 grundsätzlich vorgesehen. In Umsetzung des NÖ Gesundheitsreformgesetzes 2020 werde aktuell die NÖ Landeskliniken–Holding in die NÖ Landesgesundheitsagentur umgewandelt. Diese neue Organisationsstruktur übernehme ab 1. Juli 2020 die operative Betriebsführung der 27 Landeskliniken sowie 50 Pflege– und Betreuungszentren des Landes. Betreffend die Geburtshilfe–Versorgung sehe der ÖSG 2017 bundesweit einheitliche Planrichtwerte (Bettendichten, Erreichbarkeiten) sowie eine Reihe an Strukturqualitätsvorgaben vor. Da der RSG NÖ 2025 die Vorgaben des ÖSG 2017 auf die regionalen Spezifika in Niederösterreich übersetze, seien diese entsprechend anzuwenden bzw. einzuhalten.

Niederösterreichischer Landeskrankenanstaltenplan

7.1 Der bis zur Novelle des NÖ Krankenanstaltengesetzes (**NÖ KAG**)[15] im Jahr 2017 verpflichtend zu erlassende Landeskrankenanstaltenplan hatte sich u.a. im Rahmen des ÖSG sowie des RSG zu befinden. Im Landeskrankenanstaltenplan waren etwa die Standorte bzw. Standortstrukturen, die Fächerstruktur und die maximalen Bettenzahlen je Fachbereich[16] sowie die maximalen Gesamtbettenzahlen für jede Krankenanstalt festzulegen.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung sah das NÖ KAG in Entsprechung der grundsatzgesetzlichen Vorgaben vor, dass die Landes–Zielsteuerungskommission die verbindlichen Teile des RSG festzulegen hatte. Diese waren in weiterer Folge von der Gesundheitsplanungs GmbH in einer Verordnung kundzumachen und ersetzten den Landeskrankenanstaltenplan.[17]

[15] LGBl. 93/2017

[16] Ein Ausweis der Bettenzahl je Fachbereich auf Ebene des Landes und der Versorgungsregionen reichte aus, wenn der RSG diese standortbezogen angab.

[17] Für den Fall, dass keine Einigung über die mit Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH für verbindlich zu erklärenden Teile des RSG zustande kam, war weiterhin ein Landeskrankenanstaltenplan zu erlassen.

In Niederösterreich gab es seit Jahren keinen Landeskrankenanstaltenplan.[18] Die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH über die verbindlichen Teile des RSG NÖ 2025 war erst nach Beschluss des RSG NÖ 2025 – Teil 2 mit einer Planung auf Krankenanstaltenebene im Jahr 2020 vorgesehen.

7.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass es in Niederösterreich – entgegen den krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen – seit Jahren keinen Landeskrankenanstaltenplan gab; eine Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH über die verbindlichen Teile des RSG NÖ 2025 war erst nach Beschlussfassung des RSG NÖ 2025 – Teil 2 im Jahr 2020 vorgesehen. Da auch der RSG NÖ 2015 bzw. der RSG NÖ 2025 – Teil 1 nur eine Planung auf Ebene der Versorgungsregionen vorsah, fehlte eine durch die zuständigen Organe beschlossene Planungsgrundlage auf Krankenanstaltenebene.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich, auf die ehestmögliche Erlassung der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH über die verbindlichen Teile des RSG NÖ 2025 hinzuwirken.

7.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich gelte es gemäß § 2 Abs. 4 Z 7 NÖ Gesundheits– und Sozialfonds–Gesetz 2006, jene Teile des RSG NÖ 2025 festzulegen und zu kennzeichnen, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen. Diese als verbindlich gekennzeichneten Teile des RSG seien als Verordnung kundzumachen. Im Übrigen verwies das Land Niederösterreich auf seine Stellungnahme zu TZ 6.

Wien

Geburtshilfen, Geburten und Auslastung

8.1 (1) Anders als in Niederösterreich gab es in Wien für Geburten neben Fondskrankenanstalten auch private Krankenanstalten. Bei den Fondskrankenanstalten gehörten das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien (**AKH Wien**), das Krankenhaus (**KH**) Hietzing, das KH Rudolfstiftung (inklusive KH Semmelweis), das SMZ Ost, das SMZ Süd – Kaiser–Franz–Josef–Spital (**SMZ Süd**) und das Wilhelminenspital zum KAV, das KH Hanusch der Wiener Gebietskrankenkasse, das KH Göttlicher Heiland und das KH St. Josef zur Vinzenz–Gruppe.

[18] siehe RH–Bericht „Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung“ (Reihe Bund 2015/17, TZ 17)

Die geburtshilfliche Versorgung laut ÖSG 2017 durch Wiener Fondskrankenanstalten (Einstufung laut Angaben der Krankenanstaltenträger), die Geburtenzahlen 2015 und 2018 sowie die Auslastung 2018 der jeweiligen Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe stellten sich wie folgt dar:

Tabelle 4: Wien: Versorgungsstufen laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2017, Geburten und Auslastung der Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (ohne Privatkrankenanstalten)

	Versorgungstufe	Geburten 2015	Geburten 2018	Veränderung 2015 bis 2018	Auslastung 2018[1]
		Anzahl		in %	
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien	Perinatalzentrum	2.284	2.421	6	77
Krankenhaus Göttlicher Heiland	Grundversorgung	1.751	1.630	-7	69
Krankenhaus Hanusch	–	1.121	–	–	–
Krankenhaus Hietzing	Grundversorgung	1.021	1.497	47	60
Krankenhaus Rudolfstiftung (inklusive Krankenhaus Semmelweis)	Schwerpunkt B[2]	4.012	3.496	-13	65
Sozialmedizinisches Zentrum Ost	Perinatalzentrum	2.294	2.274	-1	78
Sozialmedizinisches Zentrum Süd	Schwerpunkt A[3]	1.157	1.993	72	71
St. Josef Krankenhaus	Schwerpunkt B[4]	2.158	2.153	0	76
Wilhelminenspital	Schwerpunkt A	1.680	1.832	9	71
Summe	**–**	**17.478**	**17.296**	**-1**	**72**

[1] nach Belagstagen inklusive Nulltagesaufenthalte (= Aufenthalte ohne sogenannten Mitternachtsstand)
[2] Das Krankenhaus Semmelweis war ein Standort des Krankenhauses Rudolfstiftung und bot eine Grundversorgung an.
[3] keine eigenen neonatologischen Intensivbetten; die sechs Kinder–Intensivbetten wurden auch mit Neugeborenen belegt.
[4] ab Mitte 2018 Inbetriebnahme von neonatologischen Überwachungsbetten, davor Grundversorgung

Quellen: überprüfte Krankenanstaltenträger; DIAG

(2) Im Jahr 2016 schloss die Geburtshilfe im KH Hanusch nach Zustimmung des Wiener Gesundheitsfonds. In diesem Jahr verzeichneten die Wiener Fondskrankenanstalten mit rd. 18.300 auch die im überprüften Zeitraum höchste jährliche Geburtenzahl. In den Fondskrankenanstalten nahm die Geburtenzahl 2018 gegenüber 2015 leicht ab.

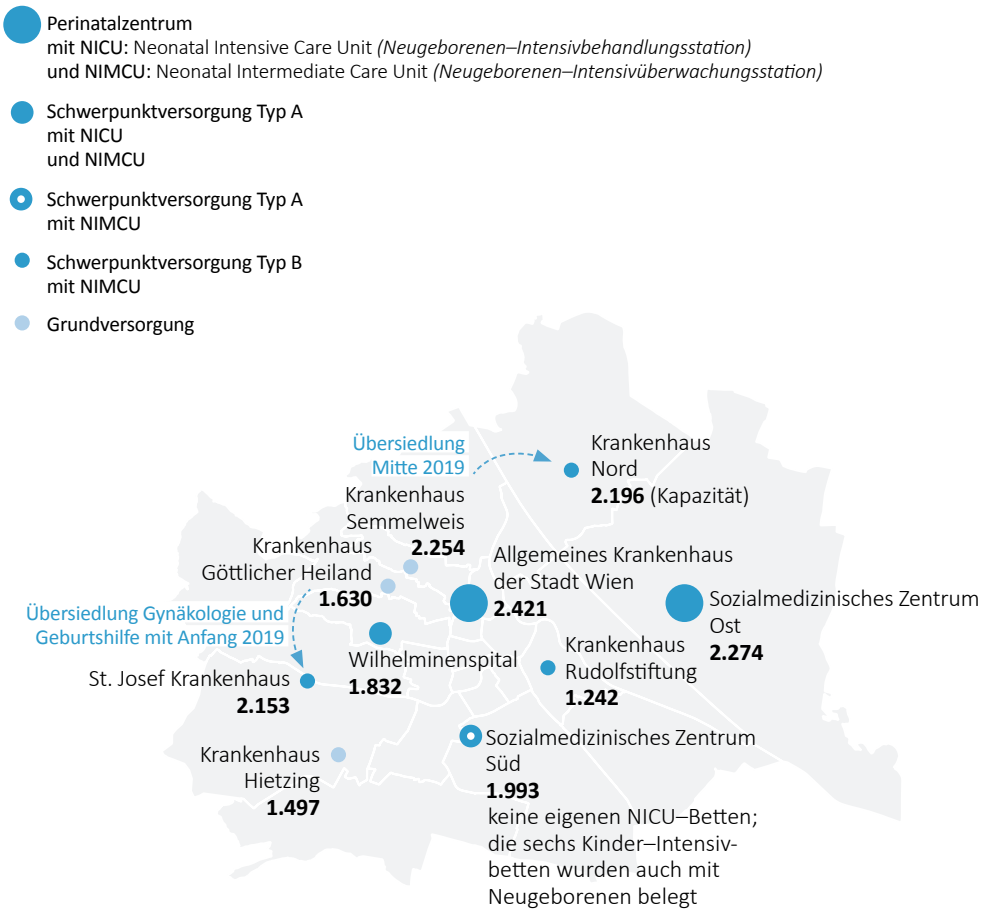
Einschließlich der rd. 2.900 Geburten in drei privaten Krankenanstalten gab es in Wien 2018 insgesamt rd. 20.200 Geburten. Drei der neun fondsfinanzierten Geburtshilfen waren Grundversorgungen, vier Schwerpunktversorgungen; das AKH Wien und das SMZ Ost waren nach Angaben des KAV Perinatalzentren.

Die meisten Geburten in Fondskrankenanstalten fanden im KH Rudolfstiftung (inklusive Standort KH Semmelweis) statt (2018: 3.496 gesamt, davon 2.254 im KH Semmelweis),

die wenigsten im KH Hietzing (2018: 1.497). Mit einer Reduktion um 13 % gingen die Geburten am stärksten im KH Rudolfstiftung zurück, die höchste Geburtensteigerung (72 %) gab es im SMZ Süd. Die Entwicklung der Geburtenzahlen in den einzelnen Krankenanstalten verlief im überprüften Zeitraum zumeist schwankend.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die regionale Verteilung der Geburtshilfen und die Geburtenzahlen 2018 in Wien:

Abbildung 2: Geburtshilfen in Wien und Geburtenzahlen 2018



Quellen: Stadt Wien; überprüfte Krankenanstalten(–träger); DIAG; Darstellung: RH

(3) Die Auslastung der Geburtshilfen führenden Abteilungen bzw. Universitätskliniken für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit insgesamt rd. 520 tatsächlichen Betten (Bandbreite zwischen 34 (KH Göttlicher Heiland) und 119 (AKH Wien) Betten) bewegte sich 2018 zwischen 60 % (KH Hietzing) und 78 % (SMZ Ost). Gegenüber 2015 nahm die Auslastung im KH St. Josef (2015: 82 %) – wie auch in vielen anderen Wiener Krankenanstalten – ab, im SMZ Ost leicht zu (2015: 77 %). Sie zeigte im Jahresverlauf teilweise deutliche Schwankungen. Der Wien–Durchschnitt betrug 2018 72 % (2015: 78 %) und war damit der höchste Wert im Vergleich zu den anderen Bundesländern. Zur Auslastung der Wiener Geburtshilfen wird auf TZ 26 verwiesen.

(4) Mit Anfang 2019 übersiedelte die Geburtshilfe des KH Göttlicher Heiland in das KH St. Josef, im Juni 2019 das KH Semmelweis in das neu eröffnete KH Nord – Klinik Floridsdorf (**KH Nord**). Mitte 2019 waren die Krankenanstalten des KAV – unter Berücksichtigung der Verlagerung der Kapazitäten vom KH Semmelweis in das KH Nord (Kapazität laut KAV für rd. 2.200 Geburten) – auf rd. 14.500 Geburten jährlich ausgerichtet, das KH St. Josef – nach einer Reihe von baulichen Adaptionen bzw. Provisorien – auf rd. 4.000 Geburten (TZ 11).

8.2 Der RH verkannte nicht die großen flächenmäßigen Unterschiede zwischen Wien und Niederösterreich. Er hielt aber fest, dass 2018 in neun Wiener Fondskrankenanstalten um 23 % mehr Geburten stattfanden als in 18 niederösterreichischen Krankenanstalten; dies bei 10 % weniger Betten sowie einer durchschnittlichen Auslastung von 72 % in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Niederösterreich: 51 %). Darüber hinaus fanden 14 % der gesamten Wiener Krankenhaus–Geburten in Privatkrankenanstalten statt.

Gastpatientinnen

9.1 Bei den rd. 17.300 Geburten in Wiener Fondskrankenanstalten im Jahr 2018 hatten – wie auch 2015 – 8 % der Mütter keinen Wohnsitz in Wien; sie kamen mehrheitlich aus Niederösterreich (7 % bzw. rd. 1.150 Geburten im Jahr 2018):

Tabelle 5: Geburten in Wiener Fondskrankenanstalten nach Wohnsitz der Mutter

	2015			2018		
	Geburten gesamt	*davon Wohnsitz nicht in Wien*	*davon Wohnsitz in Niederösterreich*	Geburten gesamt	*davon Wohnsitz nicht in Wien*	*davon Wohnsitz in Niederösterreich*
	Anzahl	in %		Anzahl	in %	
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien	2.284	*14*	*12*	2.421	*13*	*11*
Krankenhaus Göttlicher Heiland	1.751	*5*	*4*	1.630	*5*	*4*
Krankenhaus Hanusch	1.121	*5*	*4*	–	–	–
Krankenhaus Hietzing	1.021	*9*	*8*	1.497	*7*	*6*
Krankenhaus Rudolfstiftung (inklusive Krankenhaus Semmelweis)	4.012	*5*	*5*	3.496	*4*	*4*
Sozialmedizinisches Zentrum Ost	2.294	*15*	*13*	2.274	*14*	*12*
Sozialmedizinisches Zentrum Süd	1.157	*3*	*2*	1.993	*2*	*2*
St. Josef Krankenhaus	2.158	*13*	*12*	2.153	*13*	*11*
Wilhelminenspital	1.680	*4*	*3*	1.832	*3*	*3*
Summe	**17.478**	**8**	**7**	**17.296**	**8**	**7**

Rundungsdifferenzen möglich Quelle: DIAG

Die beiden Perinatalzentren AKH Wien und SMZ Ost verzeichneten 2018 mit 13 % bzw. 14 % gemeinsam mit dem KH St. Josef (13 %) den höchsten Anteil an Gastpatientinnen im Bereich Geburtshilfe. Diese Anteile veränderten sich gegenüber 2015 kaum.

9.2 Der RH hielt fest, dass 7 % der Geburten (rd. 1.150 Geburten) in Wiener Fondskrankenanstalten auf Niederösterreicherinnen entfielen und 9 % der Geburten (rd. 1.270 Geburten) in niederösterreichischen Krankenanstalten auf Wienerinnen; die Anteile waren seit 2015 jeweils relativ konstant. Ein deutlicher Unterschied bestand jedoch darin, dass die Wienerinnen überwiegend niederösterreichische Krankenanstalten der Grundversorgung wählten, während Niederösterreicherinnen vor allem in Wiener Perinatalzentren entbanden.

Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien, Wiener Krankenanstaltenplan

10.1 (1) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung galt in Wien der im Juni 2012 von der Landesgesundheitsplattform beschlossene und in der Folge mehrmals geänderte RSG Wien 2020. Darin waren die einzelnen Krankenanstalten gesondert ausgewiesen sowie für alle Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den Fondskrankenanstalten[19] insgesamt 610 tatsächliche Betten (2010) und 577 Planbetten (2020) vorgesehen.

Im Oktober 2018 beschloss die Wiener Zielsteuerungskommission, durch eine Änderung des RSG Wien 2020 die Planbetten für die Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im KH St. Josef auf 82 zu erhöhen, wodurch für 2020 in Wien nunmehr 581 Planbetten vorgesehen waren. Die geburtshilflichen Versorgungsstufen waren im RSG Wien 2020 nicht ausgewiesen.

Der mehrmals geänderte Wiener Krankenanstaltenplan 2013[20] bildete die RSG–Planungen als Verordnung ab. Im April 2019 trat der Wiener Krankenanstaltenplan 2019[21] in Kraft; die Planungen für die Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berücksichtigten die Bettenänderung im KH St. Josef und blieben sonst unverändert.

(2) Im Sommer 2019 begann die Stadt Wien mit den Arbeiten für den RSG Wien 2025 für den stationären Bereich; eine Einbindung der Krankenanstaltenträger war vorgesehen. Die Fertigstellung und Beschlussfassung des RSG Wien 2025 sollen vor Ende 2020 erfolgen.

10.2 Der RH hielt fest, dass Wien sowohl über einen regelmäßig revidierten RSG auf Ebene der Krankenanstalten als auch über einen Landeskrankenanstaltenplan verfügte. Im Sommer 2019 begann die Stadt Wien mit den Arbeiten für den RSG Wien 2025 für den stationären Bereich.

Der RH empfahl der Stadt Wien, auf eine Erstellung des RSG Wien 2025 für den stationären Bereich unter Beachtung der Vorgaben des Bundes hinzuwirken. Dabei wären für die einzelnen Krankenanstalten die geburtshilflichen Versorgungsstufen gemäß ÖSG 2017 zu evaluieren.

[19] einschließlich des Mitte 2019 eröffneten KH Nord (53 Planbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe) sowie des KH Hanusch (36 Frauenheilkunde–Planbetten) und der Barmherzigen Brüder Wien (28 Frauenheilkunde–Planbetten)

[20] LGBl. 17/2013

[21] LGBl. 16/2019

10.3 Laut Stellungnahme der Stadt Wien habe der Wiener Gesundheitsfonds im Sommer 2019 mit den Arbeiten zum stationären Teil des RSG 2025 begonnen. Ein Ergebnis sei mit Jahresende 2020 intendiert. Die stationäre geburtshilfliche Versorgung sei dabei als Gegenstand der Planung umfasst. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur führe zudem die Gesundheit Österreich GmbH ein jährliches ÖSG/RSG–Monitoring zur Feststellung der ÖSG–Konformität der Leistungsangebote durch.

Planungen der Krankenanstaltenträger

11.1 (1) Laut NÖ Landeskliniken–Holding würden ihre Planungen jenen des Landes Niederösterreich entsprechen; diese seien im RSG NÖ 2025 – Teil 1 abgebildet. Danach seien in einem Flächenbundesland eine möglichst gleichmäßige und wohnortnahe bzw. bestmöglich erreichbare, medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvolle und regional abgestimmte Geburtshilfe–Versorgung mit entsprechender Qualitätssicherung sowie eine möglichst rasche und lückenlose Behandlungskette zu gewährleisten.

(2) Die geburtshilflichen Planungen des KH St. Josef waren in der Strategie 2020 der Vinzenz Gruppe aus 2014 festgelegt. Die beiden wesentlichen, bereits umgesetzten Maßnahmen für das KH St. Josef waren die Eröffnung der Kinderabteilung mit Neonatologie (Mitte 2018) und die Übersiedlung der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des KH Göttlicher Heiland in das KH St. Josef (mit Anfang 2019). Mit einem – vom Wiener Gesundheitsfonds mitfinanzierten – Erweiterungsprojekt („Geburtsvilla“) soll die Kapazität auf rd. 4.000 Geburten pro Jahr dauerhaft erhöht werden (zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nur mit provisorischen Lösungen, z.B. Kreißsaal–Container möglich); die Fertigstellung sei bei Vorliegen der erforderlichen Bewilligungen für Ende 2021 geplant. Dann sei im KH St. Josef laut Überlegungen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung auch eine weitere Erhöhung auf bis zu 4.500 Geburten pro Jahr möglich.

Im Jahr 2019 begannen – auch in Vorbereitung auf die RSG–Verhandlungen – die Vorarbeiten für die Strategie 2025. Ziel war u.a. eine optimale Zusammenarbeit bzw. Abstimmung zwischen Geburtshilfe und Neonatologie.

(3) Für die KAV–Krankenanstalten gab das Wiener Spitalskonzept 2030 ab 2011 die baulichen, strukturellen und organisatorischen Zielsetzungen vor. Zu seiner Umsetzung entwickelte der KAV u.a. den Medizinischen Masterplan 2030 für die sechs KAV–Krankenanstalten (ohne AKH Wien; beschlossen im Jänner 2016). Für das AKH Wien galt ein eigener Medizinischer Masterplan (beschlossen im September 2015, Planungshorizont 2020).

Der Medizinische Masterplan für die sechs KAV–Krankenanstalten sah fünf Eltern–Kind–Zentren vor, die alle auch über eine neonatologische Struktur (NICU und/oder NIMCU) verfügen sollten. Er differenzierte nach zwei Versorgungsstufen: Als Stufe I (Geburten ab Schwangerschaftswoche 32+0 und neonatologische Überwachung) sah er die Standorte Wilhelminenspital, KH Rudolfstiftung und KH Nord vor, als Stufe II (Risikogeburten, neonatologische Intensivversorgung) das SMZ Süd und das SMZ Ost.

Abweichend vom Masterplan blieb die Geburtshilfe im KH Hietzing (Grundversorgung) aufgrund der Schließung jener des KH Hanusch vorerst bestehen. Das AKH Wien soll seine Geburtenzahl auf 2.800 jährlich steigern. Das 2017 beschlossene Eltern–Kind–Zentrum im AKH Wien soll Ende 2023 fertiggestellt sein.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung erarbeitete der KAV eine Ziel– und Gesamtplanung im Hinblick auf die geplante Umstrukturierung des KAV in eine Anstalt öffentlichen Rechts. Sie sollte die sechs KAV–Krankenanstalten unter Berücksichtigung der Schnittstelle zum AKH Wien für 2023 bzw. 2030 ganzheitlich planen. Der Medizinische Masterplan für das AKH Wien soll weiterhin separat entwickelt werden. Laut KAV gebe es dabei für die Ausgestaltung der Geburtshilfe und Neonatologie in den KAV–Krankenanstalten verschiedene mögliche Varianten, eine endgültige Entscheidung sei noch offen.

11.2 Der RH hielt fest, dass – im Unterschied zu Niederösterreich – in Wien mehrere Krankenanstaltenträger Geburtshilfen führten. Diese entwickelten dafür und damit zusammenhängend für die Neonatologie jeweils eigene Planungen. Das KH St. Josef plante eine vom Wiener Gesundheitsfonds mitfinanzierte bauliche Erweiterung, wodurch laut Überlegungen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bis zu 4.500 Geburten jährlich möglich wären. Der KAV entwickelte verschiedene Varianten für die künftige Ausgestaltung der Geburtshilfe und Neonatologie, eine Entscheidung war noch offen.

Der RH empfahl der Stadt Wien, gemeinsam mit dem Wiener Gesundheitsfonds und in Abstimmung mit der St. Josef Krankenhaus GmbH sowie dem Wiener Gesundheitsverbund die ÖSG–konforme Festlegung adäquater Bettenkapazitäten für die Frauenheilkunde und Geburtshilfe im RSG Wien 2025 stationär sicherzustellen.

11.3 Laut Stellungnahme der Stadt Wien habe der Wiener Gesundheitsfonds im Sommer 2019 mit den Arbeiten zum stationären Teil des RSG 2025 begonnen. Ein Ergebnis sei mit Jahresende 2020 intendiert. Die stationäre geburtshilfliche Versorgung sowohl des Wiener Gesundheitsverbunds als auch der St. Josef Krankenhaus GmbH sei dabei als Gegenstand der Planung umfasst.

Die St. Josef Krankenhaus GmbH teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sich die Umsetzung des Projekts „Geburtsvilla“ aufgrund nach wie vor fehlender Bewilligungen auf nach 2021 verschieben werde.

Neonatologische Versorgung in Wien und Niederösterreich

12.1 (1) In engem Zusammenhang mit der Geburtshilfe–Versorgung stand die Versorgung von kranken und speziell betreuungsbedürftigen Neugeborenen in Neonatologien mit NICU– und/oder NIMCU–Betten an Universitätskliniken bzw. Abteilungen für Kinder– und Jugendheilkunde. Der ÖSG 2017 sah für ein Perinatalzentrum mindestens zehn und für einen Schwerpunkt A mindestens sechs NICU–Betten vor; darüber hinaus hatten diese beiden Versorgungsstufen NIMCU–Betten vorzuhalten. Ein Schwerpunkt B musste über mindestens vier NIMCU–Betten verfügen. Für die neonatologische Personalausstattung legten der ÖSG und das System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (**LKF**) Vorgaben fest.

(2) Die Kindergesundheitsstrategie des Bundes aus 2011 widmete sich in Ziel 17 der neonatologischen Versorgung und hielt u.a. fest, dass die Mortalität anstieg, wenn die quantitative und qualitative Personalausstattung nicht adäquat und der Auslastungsgrad der neonatologischen Intensivstationen überdurchschnittlich hoch war. Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017 – 2021 und die Landes–Zielsteuerungsübereinkommen 2017 – 2021 für Niederösterreich und Wien legten als operatives Ziel 2 die Verfügbarkeit und den Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals fest und definierten eine Reihe von Maßnahmen.

(3) Die Anzahl der neonatologischen Betten stellte sich nach Angaben der Krankenanstaltenträger für das Jahr 2018 in Niederösterreich und Wien wie folgt dar:

Tabelle 6: Neonatologie – tatsächliche Betten in Niederösterreich und Wien (2018)

	Versorgungsstufe	NICU	NIMCU
Niederösterreich		Bettenzahl	
Landesklinikum Amstetten	Schwerpunkt B	–	4
Landesklinikum Mistelbach	Schwerpunkt B		5
Landesklinikum Mödling	Schwerpunkt B		6
Universitätsklinikum St. Pölten	Schwerpunkt A	8	2
Universitätsklinikum Tulln	Schwerpunkt B	–	8
Landesklinikum Wiener Neustadt	Schwerpunkt A	6	3
Landesklinikum Zwettl	Schwerpunkt B	–	5
Wien			
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien	Perinatalzentrum	21	38
Krankenhaus Rudolfstiftung	Schwerpunkt B	–	5
Sozialmedizinisches Zentrum Ost	Perinatalzentrum	14	8
Sozialmedizinisches Zentrum Süd	Schwerpunkt A	–[1]	10
St. Josef Krankenhaus	Schwerpunkt B	–	9[2]
Wilhelminenspital	Schwerpunkt A	14	12

NICU = Neonatal Intensive Care Unit (Neugeborenen–Intensivbehandlungsstation)
NIMCU = Neonatal Intermediate Care Unit (Neugeborenen–Intensivüberwachungsstation)
[1] Die sechs Kinder–Intensivbetten wurden auch mit Neugeborenen belegt.
[2] Eröffnung der NIMCU im Juli 2018 Quellen: überprüfte Krankenanstaltenträger

Von den 18 Geburtshilfen in Niederösterreich verfügten 2018 sieben über NICU– und/oder NIMCU–Betten, in Wien waren dies – ab Mitte 2018 – sechs der neun fondsfinanzierten Geburtshilfen. Obwohl der KAV das SMZ Süd als Schwerpunkt A sah, verfügte dieses über keine NICU; es belegte seine sechs Kinder–Intensivbetten auch mit Neugeborenen. Laut KAV strebe er eine entsprechende Änderung im Rahmen des RSG Wien 2025 an.

Die Gesamtauslastung der Neonatologien (NICU und NIMCU) war in Wien 2018 insgesamt höher als in Niederösterreich. Bezogen auf die einzelnen Krankenanstalten bewegte sie sich zwischen 34 % (LK Amstetten) und über 90 % (UK St. Pölten und AKH Wien), wobei in Niederösterreich – anders als in Wien – die Auslastung der NICU–Betten meist deutlich höher war als jene der NIMCU–Betten.

In niederösterreichischen Neonatologien war die durchschnittliche Verweildauer deutlich niedriger als in Wien (nur im UK St. Pölten war sie mit rund zwölf Tagen vergleichsweise hoch). Die Zahl der erfassten neonatologisch/pädiatrischen Intensivleistungen an Neugeborenen (etwa Beatmungstherapie, „künstliche Ernährung“) war sowohl in Relation zur Anzahl der Aufenthalte als auch der Belagstage in niederösterreichischen Neonatologien durchschnittlich ebenfalls geringer als in Wien. Die Zahl der stationären Aufenthalte und die durchschnittliche Verweildauer von Neugeborenen aus Niederösterreich in Wiener Neonatologien waren im überprüften Zeitraum insgesamt mehr als doppelt so hoch wie jene von Wiener Neugeborenen in niederösterreichischen Neonatologien.

(4) Nach der Eröffnung der NIMCU im KH St. Josef betrug ihre Auslastung im zweiten Halbjahr 2018 46 %, im ersten Quartal 2019 91 %. Mitte 2019 eröffnete die NIMCU im KH Nord mit sechs Betten (Verlagerung aus dem Wilhelminenspital).

Im Oktober 2018 entschied die Wiener Zielsteuerungskommission eine Aufstockung von zehn auf 16 systemisierte NIMCU–Betten im KH St. Josef aufgrund eines „extremen Engpasses in der Versorgung mit neonatologischen Betten, insbesondere mit neonatologischen Intensivbetten“. Das KH St. Josef hielt diese Aufstockung aufgrund der eigenen – auch durch die Übernahme der Geburtshilfe des KH Göttlicher Heiland mit Anfang 2019 – steigenden Geburtenzahlen für erforderlich.

(5) Laut Angaben der überprüften Krankenanstalten bzw. –träger kam es in den Neonatologien immer wieder zu Engpässen. Dies war nicht nur auf Bettenkapazitäten, speziell in den NICUs, sondern etwa auch auf teilweise fehlende personelle Ressourcen zurückzuführen. So mussten etwa 2018 in Wien zeitweise neonatologische Betten aus personellen Gründen gesperrt werden. Nicht nur im ärztlichen Bereich, sondern auch in der

neonatologischen Pflege war es teilweise schwierig, ausreichend Fachpersonal zu finden.[22]

(6) Der im Dezember 2018 beschlossene RSG NÖ 2025 – Teil 1 sah auf Basis von Daten aus 2016 (mit damals noch acht NICU– und 31 NIMCU–Betten) eine Erhöhung um insgesamt sieben NIMCU–Betten vor, davon fünf in der Versorgungsregion Thermenregion[23]; eine NICU war in dieser Versorgungsregion nicht vorgesehen. Allerdings gab es im LK Wr. Neustadt – zusätzlich zu den drei NIMCU–Betten – seit 2017 auch NICU–Betten (2018: sechs). Laut Stadt Wien würden die neuen RSG–Planungen auch die neonatologische Kapazitätsplanung umfassen.

12.2 Der RH hielt fest, dass Auslastung, Verweildauern und Leistungsumfang in den niederösterreichischen und Wiener Neonatologien unterschiedlich waren und die Gesamtauslastung bis zu über 90 % betrug. Hinsichtlich der im RSG NÖ 2025 – Teil 1 geplanten Aufstockung um NIMCU–Betten in der Versorgungsregion Thermenregion wies der RH darauf hin, dass es im LK Wr. Neustadt – zusätzlich zu den drei NIMCU–Betten – seit 2017 auch NICU–Betten gab, obwohl der RSG NÖ 2025 –Teil 1 dies in der Versorgungsregion Thermenregion nicht vorsah. Die Stadt Wien plante, die Neonatologie im Rahmen der RSG–Planungen zu thematisieren; der KAV sah das SMZ Süd als Schwerpunkt A, obwohl dieses über keine NICU verfügte.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich, der Stadt Wien sowie den Krankenanstaltenträgern, gemeinsam mit den beiden Gesundheitsfonds unter Berücksichtigung der ÖSG–Vorgaben die zur qualitätsvollen und patientensicheren Versorgung erforderliche Zahl und örtliche Festlegung von neonatologischen Betten sicherzustellen.

Er verwies auf seine Empfehlungen in TZ 6 und TZ 10 betreffend die Erstellung der RSG 2025 und die Evaluierung der geburtshilflichen Versorgungsstufen.

Der RH wies darauf hin, dass es für die Krankenanstalten teilweise schwierig war, ausreichend neonatologisches Fachpersonal zu finden (TZ 42).

Unter Hinweis auf die Kindergesundheitsstrategie und das operative Ziel 2 im Bundes–Zielsteuerungsvertrag bzw. in den Landes–Zielsteuerungsübereinkommen 2017 – 2021 empfahl er dem Ministerium sowie dem Land Niederösterreich und der Stadt Wien, die Bemühungen der Krankenanstaltenträger, eine ausreichende Zahl an neonatologischem Fachpersonal sicherzustellen, zu unterstützen.

[22] Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder– und Jugendheilkunde konnten sich in einer 36–monatigen Ausbildung in Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin spezialisieren. In der Pflege gab es eine Sonderausbildung für Kinderintensivpflege.

[23] Versorgungsregion Thermenregion (dazu gehören u.a. die LK Wiener Neustadt und Mödling) und zwei in der Versorgungsregion NÖ Mitte (umfasst u.a. die UK St. Pölten und Tulln)

12.3 Laut Stellungnahme des Ministeriums nehme es die Empfehlung betreffend das neonatologische Fachpersonal zur Kenntnis.

Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich ergreife die NÖ Landeskliniken–Holding die aus betriebsorganisatorischer Sicht notwendigen Maßnahmen zur Patientenversorgung in jedem medizinischen Fachbereich, somit auch in der Neonatologie. Diese Maßnahmen würden auch die kurzfristige Zurverfügungstellung von Versorgungskapazitäten über den bewilligten Bettenstand hinaus umfassen. Im Zuge der nächsten sektorenübergreifenden Bedarfserhebung werde das Land Niederösterreich auch die Sicherstellung des nicht–ärztlichen neonatologischen Fachpersonals berücksichtigen.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien beabsichtige sie, die Neonatologie im Rahmen der RSG–Planungen zu thematisieren. Der Wiener Gesundheitsfonds habe im Sommer 2019 mit den Arbeiten zum stationären Teil des RSG 2025 begonnen. Ein Ergebnis sei mit Jahresende 2020 intendiert. Die neonatologische Versorgung sei dabei als Gegenstand der Planung umfasst. Die strukturelle Vorgabe des ÖSG, wonach die Berücksichtigung der Versorgung von inländischen und ausländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten transparent gemacht werden müsse, finde dabei selbstverständlich Beachtung. Der Wiener Gesundheitsverbund arbeite im Hinblick auf die künftige Anzahl und Verortung von neonatologischen Betten mit dem Wiener Gesundheitsfonds zusammen. Die jeweiligen Einheiten der Stadt Wien würden im Rahmen ihrer Zuständigkeiten weiterhin die Krankenanstaltenträger unterstützen. Davon seien neben Ausbildungsordnungen, deren Änderungen zuletzt den Zugang eher erschwerten, auch laufende Evaluierungen und insbesondere die Sicherstellung von Ressourcen betroffen.

Hebammenausbildung und –bedarf

13.1 (1) Hebammen kam vor, während und nach einer Geburt sowohl in Krankenanstalten als auch außerhalb eine wesentliche Rolle zu. So durften sie etwa eigenverantwortlich bestimmte Untersuchungen an Schwangeren vornehmen, Spontangeburten selbstständig durchführen sowie die Vitalzeichen und –funktionen eines Neugeborenen beurteilen.

Die Ausbildung von Hebammen fand in Österreich als dreijähriges Bachelorstudium an sieben Fachhochschulen statt. Niederösterreich finanzierte über Mittel des NÖ Gesundheits– und Sozialfonds bis 2018 16 und seit 2019 20 Studienplätze für Hebammen an einer niederösterreichischen Fachhochschule (Kosten je Studienplatz rd. 13.400 EUR). Eine vom NÖ Gesundheits– und Sozialfonds 2018 durchgeführte Bedarfserhebung ergab für 2019 bis 2023 einen jährlichen Ersatzbedarf in Krankenanstalten von bis zu 16,75 Vollzeitäquivalenten (**VZÄ**) und einen Zusatzbedarf von

insgesamt zwei VZÄ; für den niedergelassenen Bereich werde 2019 ein Bedarfsermittlungskonzept fertiggestellt. In Wien finanzierte der KAV – u.a. aufgrund einer Arbeitsmarkt–Bedarfsanalyse aus 2013 – seit 2015 jährlich 30 Studienplätze (2014: 25, davor 20) an einer Wiener Fachhochschule (Kosten je Studierende bzw. Studierenden durchschnittlich rd. 12.400 EUR).

(2) Anfang 2019 gab es in Österreich insgesamt rd. 2.340 Hebammen (Wien: 464, Niederösterreich: 413). 35 % der Hebammen in Wien und 36 % in Niederösterreich waren 50 Jahre alt oder älter (Österreichdurchschnitt: 33 %). Im Vergleich mit 18 OECD–Ländern (2017), etwa mit Deutschland und der Schweiz (jeweils 31) oder Italien (36), war die Anzahl von 26 Hebammen je 1.000 Lebendgeburten in Österreich unterdurchschnittlich (OECD–Schnitt: 35). Der Hebammenumfrage 2019[24] zufolge erachteten es 50 % der befragten Schwangeren als schwierig bzw. sehr schwierig, eine betreuende Hebamme zu finden. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ließ das Österreichische Hebammengremium eine Bedarfsanalyse (intra– und extramural) für Ostösterreich durchführen; diese sollte Ende 2019 fertiggestellt sein.

(3) Nach Angaben der Wiener Krankenanstalten gestaltete es sich schwierig, Hebammenstellen zu besetzen; dies führte teilweise zu vakanten Dienstposten (z.B. waren Ende 2018 in den KAV–Krankenanstalten 12,25 Dienstposten unbesetzt). Gründe seien u.a. fehlende Ausbildungsplätze, Fluktuation und Tendenz zu niedergelassener Tätigkeit. Die Wiener Krankenanstaltenträger setzten eine Reihe von Maßnahmen (z.B. finanzielle Zulage, jährlicher Jobmarkt an der Fachhochschule). Laut NÖ Landeskliniken–Holding käme es bei Hebammen immer wieder punktuell bzw. regional zu einer Verknappung; sie verwies u.a. auf eine regelmäßige Abstimmung bzw. einen jährlichen Qualitätszirkel mit der Fachhochschule.

(4) Ein Teil der niedergelassenen Hebammen verfügte über einen Kassenvertrag (**Vertragshebammen**). Die Zahl dieser Vertragshebammen war auf Landesebene zwischen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und den Landesgeschäftsstellen des Österreichischen Hebammengremiums in einem Stellenplan nach Bedarfskriterien zu vereinbaren. Der niederösterreichische Stellenplan umfasste laut Angaben der NÖ Gebietskrankenkasse seit 2015 44 Planstellen. Mit Vorstandsbeschluss vom Dezember 2017 seien die Planstellen ab 2018 auf ein Kontingent von 1.760 Stunden umgerechnet und auf die Bezirke verteilt worden; es gab zur Zeit der Gebarungsüberprüfung 62 Vertragshebammen. Die Wiener Gebietskrankenkasse erhöhte mit Vorstandsbeschluss vom April 2017 die Anzahl der Planstellen von 16 auf 23; mit Juni 2019 waren 22 Stellen besetzt.

[24] Die Hebammenumfrage Österreich wurde im Frühjahr 2019 in Zusammenarbeit von verschiedenen Unternehmen mit Unterstützung des Österreichischen Hebammengremiums initiiert.

Die von der Krankenkasse übernommenen Leistungen einer Vertragshebamme umfassten u.a. Hausbesuche bzw. Sprechstunden nach der Geburt.[25] Sofern diese Leistungen von einer Hebamme ohne Kassenvertrag erbracht wurden, erfolgte eine Rückerstattung von bis zu 80 % des jeweiligen Kassentarifs.

Betrachtet man die Kennzahl „Zahl der Geburten (in Fondskrankenanstalten) je Vertragshebamme" für 2018, so war diese in Wien (rd. 720) deutlich höher als in Niederösterreich (rd. 230) und den meisten anderen Bundesländern – zwischen rd. 170 (Tirol) und rd. 510 (Burgenland); eine Ausnahme bildete Vorarlberg mit rd. 1.070 Geburten je Vertragshebamme. 44 % der niederösterreichischen und 75 % der Wiener Vertragshebammen waren 50 Jahre alt oder älter (Österreichschnitt: 43 %).

13.2 Der RH hielt fest, dass 36 % der niederösterreichischen und 35 % der Wiener Hebammen 50 Jahre alt oder älter waren. Er wies darauf hin, dass es für die Krankenanstalten teilweise schwierig war, Hebammen zu finden. Für den niedergelassenen Bereich stellte der RH fest, dass es in Wien im Verhältnis zu den Geburten deutlich weniger Vertragshebammen gab als in Niederösterreich und den meisten anderen Bundesländern.

Weiters wies der RH darauf hin, dass es in Niederösterreich und Wien Bedarfs– bzw. Arbeitsmarktanalysen für Hebammen gab und die Zahl der Studienplätze in den letzten Jahren erhöht wurde. Diese Analysen berücksichtigten jedoch den niedergelassenen Bereich nicht (Niederösterreich) bzw. waren nicht aktuell (Wien). Die vom Österreichischen Hebammengremium beauftragte Bedarfsanalyse für Ostösterreich für den intra– und extramuralen Bereich sollte Ende 2019 vorliegen.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich und der Stadt Wien, gemeinsam mit den Krankenanstaltenträgern die Ausbildungskapazitäten für Hebammen zu evaluieren und erforderlichenfalls auf eine Anpassung der Zahl der Studienplätze hinzuwirken.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich und der Stadt Wien, im Rahmen ihrer Zielsteuerungs–Kommissionen auf die Thematik Vertragshebammen (Anzahl, Stellenplan, Tarife etc.) hinzuweisen und gemeinsam mit der Sozialversicherung eine bedarfsorientierte Hebammenversorgung sicherzustellen.

13.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich führe der Niederösterreichische Gesundheits– und Sozialfonds in regelmäßigen Abständen diesbezügliche Bedarfserhebungen in Niederösterreich als Grundlage für die Kapazitätsplanung der Ausbildungsplätze durch und lege diese der NÖ Landes–Zielsteuerungskommission vor.

[25] ein täglicher Hausbesuch vom ersten bis zum fünften Tag nach der Geburt bzw. bis zum sechsten Tag nach Kaiserschnitt, Frühgeburt und Mehrlingsgeburt; darüber hinaus maximal sieben weitere Hausbesuche bzw. Sprechstunden vom sechsten Tag bis zur achten Woche nach der Geburt bei Bedarf

Zusätzlich würden zukünftig Daten aus dem niedergelassenen Bereich einbezogen. Der Empfehlung, im Rahmen ihrer Zielsteuerungs–Kommissionen auf die Thematik Vertragshebammen (Anzahl, Stellenplan, Tarife etc.) hinzuweisen und gemeinsam mit der Sozialversicherung eine bedarfsorientierte Hebammenversorgung sicherzustellen, werde im Rahmen der NÖ Landes–Zielsteuerungskommission entsprochen.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien seien im ÖSG für Versorgungsbereiche Vorgaben zur Personalausstattung verankert, die der Orientierung dienen würden. In Wien seien Bedarfserhebungen zu Hebammenstudienplätzen erfolgt und deren Zahl sei bereits zweimal angehoben worden. Die Zahl der Studienplätze liege derzeit um 50 % über jener in Niederösterreich. Im Jahr 2018 sei die Zahl der Hebammenausbildungsplätze noch 87 % über jener von Niederösterreich gelegen, während 22 % mehr Geburten stattgefunden hätten. Derzeit prüfe der Wiener Gesundheitsfonds finanzielle Anreize für eine mögliche Beteiligung der verschiedenen Krankenanstaltenträger an der Ausbildung. Die Stadt Wien sagte zu, die Empfehlung des RH, im Rahmen ihrer Zielsteuerungs–Kommissionen auf die Thematik Vertragshebammen (Anzahl, Stellenplan, Tarife etc.) hinzuweisen und gemeinsam mit der Sozialversicherung eine bedarfsorientierte Hebammenversorgung sicherzustellen, aufzugreifen und die Thematik der Vertragshebammen im Rahmen der Landeszielsteuerungskommission gemeinsam mit der Österreichischen Gesundheitskasse zu behandeln.

Geburtsarten

Überblick

14 Im Jahr 2018 fanden in den österreichischen Fondskrankenanstalten rd. 78.750 Geburten statt, davon rd. 56.300 vaginal[26] und rd. 22.450 mittels Kaiserschnitts (Kaiserschnittrate 28,5 %). Die durchschnittliche Kaiserschnittrate in den niederösterreichischen Krankenanstalten betrug 28 %, in den Wiener Fondskrankenanstalten 29 %.

Tabelle 7: Geburten und Geburtsarten in Fondskrankenanstalten

Jahr		Österreich	Niederösterreich	Wien
			Anzahl	
2015	Geburten gesamt	77.510	13.654	17.478
	davon vaginale Geburten	*55.563*	*9.683*	*12.488*
	davon Kaiserschnitte	*21.947*	*3.971*	*4.990*
			in %	
	Kaiserschnittrate	28,3	29,1	28,6
2018			Anzahl	
	Geburten gesamt	78.749	14.112	17.296
	davon vaginale Geburten	*56.295*	*10.160*	*12.276*
	davon Kaiserschnitte	*22.454*	*3.952*	*5.020*
			in %	
	Kaiserschnittrate	28,5	28,0	29,0

Rundungsdifferenzen möglich Quelle: DIAG

Die Kaiserschnittraten in den niederösterreichischen Krankenanstalten bewegten sich zwischen 20 % und 40 %, dies unabhängig von der Versorgungsstufe. In den Wiener Fondskrankenanstalten verzeichneten die beiden Perinatalzentren mit über 50 % und um 20 % sowohl die höchste als auch die niedrigste Kaiserschnittrate in Wien.

Im Hinblick auf diese sehr unterschiedlichen Ausprägungen stellt der RH den Kaiserschnitt und die damit im Zusammenhang stehenden Ziele und Maßnahmen auf Ebene des Bundes sowie der Länder Niederösterreich und Wien im Folgenden näher dar.

[26] inklusive geburtshilflicher Interventionen (z.B. Saugglocke)

Kaiserschnitt

Allgemeines

15 Je nachdem, wann die Entscheidung zum Kaiserschnitt fiel, unterschied man zwischen dem primären (vor Geburtsbeginn) und dem sekundären Kaiserschnitt (nach Geburtsbeginn). Die Entscheidung für einen Kaiserschnitt war abhängig vom Vorliegen von absoluten oder relativen Indikationen und vom Risiko, das eine vaginale Geburt aufwies.

Im Fall absoluter Indikationen (z.B. Querlage, Beckendeformitäten, vorzeitige Plazentalösung) war ein Kaiserschnitt jedenfalls notwendig. Laut Fachliteratur machten solche Kaiserschnitte weniger als 10 % dieser Entbindungsart aus.[27] Die wesentlich größere Anzahl der Kaiserschnitte basierte auf relativen Indikationen; dabei gründete die Entscheidung für oder gegen einen Kaiserschnitt auf einer Abwägung der geburtsmedizinischen Risiken für Mutter und Kind. In den überprüften Krankenanstalten waren die häufigsten relativen Indikationen auffälliges oder pathologisches Cardiotokogramm, Frühgeburt, Beckenendlage, Erschöpfung der Mutter, Schwangerschaft nach künstlicher Befruchtung oder vorangegangene Kaiserschnitte.

In der geburtshilflichen Wissenschaft bestanden im Wesentlichen zwei Richtungen. Die eine sah den Kaiserschnitt als Mittel für den Notfall und strebte in erster Linie eine vaginale Geburt an. Die andere entschied sich aus den verschiedensten Gründen und nicht zuletzt auch aufgrund des Haftungsrisikos früher für einen Kaiserschnitt. Dies zeigte sich z.B. auch darin, dass manche Abteilungen bei komplizierten Geburten wie z.B. bei Beckenendlagen Vaginalgeburten forcierten, andere in dieser Situation jedoch einen Kaiserschnitt durchführten (TZ 29).

Die Folgen von Kaiserschnitten konnten laut Fachliteratur[28] z.B. von postoperativen Schmerzen, Stillproblemen, psychischen Problemen, möglichen negativen Auswirkungen auf Folgeschwangerschaften und Fruchtbarkeit bei Müttern bis hin zu Anpassungsstörungen und höheren Allergieneigungen bei Kindern reichen. Auch vaginale Geburten konnten Komplikationen nach sich ziehen (z.B. schwere Beeinträchtigungen des Neugeborenen, mütterliche Verletzungen).

Eine hohe Kaiserschnittrate war typisch für die höher entwickelten Länder. Österreich lag über dem OECD–Durchschnitt von 26,2 % (2017); in Deutschland bzw. der Schweiz betrugen die Kaiserschnittraten 30,2 % bzw. 31,9 %. Laut Statistik Austria

[27] *Mylonas/Friese*, Indications for and risks of elective cesarean section, Deutsches Ärzteblatt Int 2015, S. 112

[28] z.B. https://www.pschyrembel.de/Schnittentbindung/K0KHD (Stand 12. Juli 2019) und *Keag/Norman/Stock*, Long–term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta–analysis, PLOS Medicine 2018

hatte sich die Kaiserschnittrate in Österreich seit 1995 mehr als verdoppelt (1995: 12,4 %). Nach dem Höchstwert von 29,8 % im Jahr 2014 nahm sie leicht ab und lag 2018 für alle Krankenanstalten bei 29,4 %. Die Weltgesundheitsorganisation hielt schon seit 1985 eine Kaiserschnittrate von über 15 % für medizinisch nicht indiziert und empfahl eine Senkung der Rate.

Ziele und Maßnahmen

16.1 (1) Die Ziele und Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnittrate stellten sich auf Ebene des Bundes sowie in Niederösterreich und Wien wie folgt dar:

Tabelle 8: Kaiserschnitt – Ziele und Maßnahmen von Bund, Niederösterreich und Wien

Bund	Niederösterreich	Wien
• 2012: Österreichisches Gesundheitsziel 6 „Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen“, impliziert Senkung der Kaiserschnittrate • 2011: Veröffentlichung der „Kindergesundheitsstrategie“ (ab 2012 „Kinder– und Jugendgesundheitsstrategie“) mit dem Wirkungsziel 3 „Bei Schwangerschaft und Geburt die Basis für einen guten Start legen“ und dem Maßnahmenpaket „Kaiserschnittrate verringern“: – Empfehlungen zur Reduktion von Kaiserschnitten: verstärkte Einbindung der Hebammen in Schwangerenbetreuung (Aufnahme einer Hebammenberatung zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche in den Mutter–Kind–Pass) und Information über Handlungsempfehlungen des Obersten Sanitätsrats – Schaffen von Transparenz zur Kaiserschnittrate je Krankenhaus: Kaiserschnittrate als A–IQI–Qualitätsindikator (TZ 47) • 2017: „Aktionsplan Frauengesundheit“ mit dem Wirkungsziel 13 „Reproduktive Gesundheit fördern“ und der Maßnahme „Leitlinien zum Kaiserschnitt nach internationalen Vorbildern implementieren“	**Land Niederösterreich:** • keine Gesundheitsziele auf Landesebene, aber laut Land Umsetzung der österreichischen Gesundheitsziele	**Stadt Wien:** • 2015: Wiener Gesundheitsziel „von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen“; Ziel: Trend zum Kaiserschnitt stoppen und Chance auf Spontangeburt erhöhen • 2018: „Wiener Grundsatzerklärung zur Spontangeburt“ mit den Zielen: Steigerung Spontangeburtsrate auf 70 % und Senkung Kaiserschnittrate auf 25 % bis 2025
	NÖ Landeskliniken–Holding: • Entwicklungsziel: „Senkung der Kaiserschnittrate“, aber keine Operationalisierung und Entwicklung von Maßnahmen • Unternehmensziel: Kaiserschnittrate unter den/dem österreichischen A–IQI–Schnitt führen bzw. halten – Maßnahmen: – Kennzahl „Anteil Kaiserschnitte“ im Balanced–Scorecard–Modell; Sollwert ist österreichischer A–IQI–Durchschnitt aus dem Vorjahr – Diskussion der A–IQI–Indikatoren in den Fachbeiräten (ein– bis zweimal jährlich) – Übermittlung der A–IQI–Auswertungen nach drei Quartalen und des Jahresberichts an Abteilungen mit dem Ersuchen um Durchsicht und Analyse von Auffälligkeiten – regelmäßige Analyse der Plan–Ist–Abweichungen im Rahmen des Medizincontrollings und Thematisierung der Abweichungen	**Wiener Krankenanstaltenverbund:** • Umsetzung der Wiener Gesundheitsziele bzw. der Grundsatzerklärung in Form von: – November 2018: Vorankündigung in der Fachkommissionssitzung, mit den Kollegialen Führungen und den Abteilungen Gespräche über die Umsetzung aufnehmen – ab 2019: Vorstellung der Empfehlungen der Wiener Grundsatzerklärung zur Spontangeburt in Abteilungen (ausgenommen Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Kaiserschnittrate unter 25 %); Gespräch mit Allgemeinem Krankenhaus der Stadt Wien für Herbst 2019 geplant – Abteilungen müssen Vorschläge zur Senkung der Kaiserschnittrate erarbeiten – monatlicher Controlling–Report des Wiener Krankenanstaltenverbunds inkludiert Kaiserschnittrate (Diskussionen in der Fachkommission) **St. Josef Krankenhaus:** • keine schriftlichen Ziele zur Senkung Kaiserschnittrate, aber jahrelange Ausrichtung auf möglichst natürliche Geburt im Rahmen der „hebammengeleiteten Geburt“, viele Einzelmaßnahmen (auch in Richtlinien und Vorgaben dokumentiert)

A–IQI = Austrian Inpatient Quality Indicators

Quellen: Bund; Land Niederösterreich; NÖ Landeskliniken–Holding; Stadt Wien; KAV; Darstellung: RH

Die Stadt Wien setzte seit 2015 Ziele und Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnittrate; der KAV begann 2018 mit deren Umsetzung (Operationalisierung und Maßnahmen). Demgegenüber verfügte die NÖ Landeskliniken–Holding zwar über ein Entwicklungsziel „Senkung der Kaiserschnittrate“; dies war aber nicht operationalisiert und mit Maßnahmen untermauert. Sie verfolgte vielmehr das zusätzliche Unternehmensziel, bei der Kaiserschnittrate unter dem österreichischen Austrian Inpatient Quality Indicators (**A–IQI**)–Durchschnitt zu liegen; dieser lag seit 2011 bei 29 %. Die NÖ Landeskliniken–Holding überwachte dies mittels eines Indikators im Balanced–Scorecard–Modell und besprach Abweichungen von den A–IQI–Indikatoren im Rahmen von Plan–Ist–Analysen und Sitzungen des Fachbeirats. Den Sollwert des Indikators erfuhren die Abteilungen erst jeweils im August, weil das Ministerium diesen erst im Sommer bekanntgab.

(2) Die Fondskrankenanstalten rechneten ihre geburtshilflichen Leistungen über das österreichweite LKF–System ab. Die LKF–Punkte für einen Kaiserschnitt waren deutlich höher als für eine Spontangeburt. Sie wurden aber im Vergleich zur Spontangeburt über die Jahre weniger erhöht, sodass sich das Verhältnis der LKF–Punkte zwischen Kaiserschnitt und Spontangeburt von 1,76 (2013) auf 1,58 (2018) annäherte:

Tabelle 9: Entwicklung der LKF–Punkte je Geburtsart

Jahr	Kaiserschnitt	Spontangeburt	Verhältnis der LKF–Punkte
	Anzahl LKF–Punkte		Kaiserschnitt zu Spontangeburt
2013	4.191	2.388	1,76
2015	4.110	2.297	1,79
2018	4.793	3.037	1,58

LKF = Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung Quellen: LKF–Modelle

Dies entsprach auch der Grundsatzerklärung der Stadt Wien zur Spontangeburt, die bei den „Maßnahmenempfehlungen auf Ebene des Gesundheitssystems“ eine „Verschiebung des LKF–Punkte–Anreizsystems zugunsten der Spontangeburt“ forderte.

16.2 Der RH hielt fest, dass das Land Niederösterreich keine eigenen Gesundheitsziele formuliert hatte; die NÖ Landeskliniken–Holding definierte das Entwicklungsziel „Senkung der Kaiserschnittrate“. Der RH sah kritisch, dass dieses nicht operationalisiert und mit Maßnahmen hinterlegt war, obwohl die Kaiserschnittrate in Niederösterreich teilweise deutlich über 30 % lag (TZ 30). Die NÖ Landeskliniken–Holding verfolgte vielmehr das Unternehmensziel, die Kaiserschnittrate unter dem jeweiligen österreichischen A–IQI–Durchschnitt, der seit 2011 bei 29 % lag, zu halten. Dafür gab es einen Indikator im Balanced–Scorecard–Modell; dessen Sollwert stand aber erst jeweils im August fest.

Der RH empfahl daher der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, das Entwicklungsziel „Senkung der Kaiserschnittrate“ zu operationalisieren und die Umsetzung der Maßnahmen durch ihre Krankenanstalten regelmäßig zu überwachen.

Der RH hielt fest, dass die Stadt Wien seit 2015 Ziele formulierte und Maßnahmen (Wiener Gesundheitsziele bzw. Grundsatzerklärung zur Spontangeburt) zur Senkung der Kaiserschnittrate setzte; der KAV begann ab 2018 gemeinsam mit den Geburtshilfen mit deren Umsetzung. Das KH St. Josef verfügte zwar über keine schriftlichen Kaiserschnitt–Ziele, strebte aber im Rahmen der hebammengeleiteten Geburten eine möglichst hohe Zahl an natürlichen Geburten an und setzte viele Einzelmaßnahmen; seine Kaiserschnittrate lag durchgängig unter 25 % (TZ 30).

Der RH empfahl der Stadt Wien und dem Wiener Gesundheitsverbund, die Wiener Gesundheitsziele bzw. die Grundsatzerklärung zur Spontangeburt zügig umzusetzen.

16.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich habe die NÖ Landeskliniken–Holding 2016 beschlossen, den A–IQI–Indikator 29.30 Geburten, Anteil Kaiserschnitte (Sectiorate) für die Balanced Scorecard 2017 aufzunehmen. Dieser sei seither fixer Bestandteil der Balanced Scorecard. Als Zielwert gelte für alle Standorte die Unterschreitung des A–IQI–Bundesschnittes des jeweiligen Vorjahrs (gemäß jeweils gültigem A–IQI–Modell). Auffällige Ergebnisse würden in den medizinischen Gremien besprochen.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien habe das Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele 2018 in Zusammenarbeit mit den geburtshilflichen Abteilungsleitungen der Wiener Spitäler sowie Hebammen, Psychologinnen und Psychologen sowie weiteren Expertinnen und Experten die „Wiener Grundsatzerklärung zur Spontangeburt: Die Chance auf Spontangeburt erhöhen“ erarbeitet. Diese beinhalte die Handlungsempfehlungen, wie die Kaiserschnittrate in Wien bis 2025 signifikant gesenkt werden könnte. Seit Anfang 2019 würden diese Ansätze den Teams der geburtshilflichen Abteilungen vorgestellt und die Abteilungen aufgefordert, dies in der eigenen Arbeit zu berücksichtigen. In den Teams sei zu erarbeiten, welche Maßnahmen sie in ihren Abteilungen treffen könnten bzw. welche Maßnahmen notwendig wären, um die Kaiserschnittrate in ihren Abteilungen zu senken. Daten dazu würden seit Jahren regelmäßig erhoben. Eine Broschüre zur Geburtsvorbereitung sei in Kooperation mit der Wiener Apothekerkammer erstellt und in allen Wiener Apotheken aufgelegt worden. Der Wiener Gesundheitsverbund werde das Ziel einer Senkung der Kaiserschnittrate weiter mit Nachdruck verfolgen. Dessen bisherige Bemühungen seien 2018 mit dem Preis „Goldenes Staffelholz“ ausgezeichnet worden.

16.4 Der RH erwiderte dem Land Niederösterreich und der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, dass über das Unternehmensziel betreffend die Kaiserschnittrate im Balanced–Scorecard–Modell hinaus die NÖ Landeskliniken–Holding auch das Entwicklungsziel „Senkung der Kaiserschnittrate“ definierte. Da dieses weder operationalisiert noch mit Maßnahmen hinterlegt war und die Kaiserschnittrate in Niederösterreich teilweise deutlich über 30 % lag, verblieb der RH bei seiner Empfehlung.

Geburtsanmeldung

Niederösterreich

17.1 (1) Für die 18 niederösterreichischen Geburtshilfen bot die NÖ Landeskliniken–Holding keine zusammenfassende Übersicht mit weiterführenden Links über ihr gesamtes geburtshilfliches Leistungsangebot im Internet an. Die Patientinnen mussten die Informationen auf den einzelnen Websites der Krankenanstalten suchen. Teilweise fehlten wesentliche Informationen, wie z.B. bis wann sich eine Schwangere zur Geburt anmelden sollte.

(2) Laut NÖ Landeskliniken–Holding seien keine Engpässe in der geburtshilflichen Versorgung bekannt; temporäre Engpässe gebe es nur im LK Mödling. Die sogenannte „No–Show–Rate“ – also jener Anteil an Patientinnen, die zur Entbindung angemeldet waren, zur Geburt aber nicht erschienen – war laut der NÖ Landeskliniken–Holding keine gängige Kennzahl und nicht wesentlich.

Die verschiedenen geburtshilflichen Ambulanzen gaben auf ihren Websites unterschiedliche Empfehlungen und Zeitpunkte (zwischen der 25. und 38. Schwangerschaftswoche) für die Anmeldung an oder machten dazu keine Angaben; mit Ausnahme des LK Mödling war keine verbindliche Anmeldung zur Geburt notwendig. Das LK Mödling führte – wegen möglicher temporärer Engpässe – (online) ein verbindliches Geburts–Frühanmeldesystem, dessen Nutzung ab Erhalt des Mutter–Kind–Passes möglich war.[29]

Die Geburtshilfe des LK Korneuburg ersuchte um Anmeldung ab der 28. Schwangerschaftswoche, jene des UK St. Pölten ging von einer unverbindlichen Anmeldung um die 35. Schwangerschaftswoche aus.

[29] Gemäß Mutter–Kind–Pass–Verordnung 2002, BGBl. II 470/2001 i.d.g.F., war die erste Untersuchung bis zum Ende der 16. Schwangerschaftswoche vorzunehmen. Davor war aber schon eine Ultraschalluntersuchung in der achten bis zwölften Schwangerschaftswoche empfohlen.

17.2 Der RH wies darauf hin, dass die niederösterreichischen Krankenanstalten die Geburtsanmeldung individuell regelten. Er hielt fest, dass die NÖ Landeskliniken–Holding keine für die Patientinnen leicht zugängliche, gesamthafte Online–Übersicht über das niederösterreichische geburtshilfliche Leistungsspektrum anbot.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, auch im Sinne der Bürgernähe die Bereitstellung einer gesamthaften, alle niederösterreichischen Geburtshilfen umfassenden, patientenorientierten Onlineübersicht mit Verlinkungen zu den einzelnen Geburtshilfen zu prüfen.

17.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich habe die NÖ Landeskliniken–Holding eine gut gewartete Website, auf der alle entsprechenden Informationen ersichtlich seien.

17.4 Der RH hielt gegenüber dem Land Niederösterreich und der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding fest, dass z.B. eine zusammenfassende Übersicht (im Idealfall auf einer Internet–Seite) mit weiterführenden Links über das gesamte geburtshilfliche Leistungsangebot an den 18 niederösterreichischen Geburtshilfen einen informativen und serviceorientierten Mehrwert für Schwangere darstellen könnte.

Wien

Allgemeines

18.1 Medienberichten zufolge hatten Schwangere in der Vergangenheit immer wieder Probleme, einen Geburtsplatz in Wien zu bekommen. Laut KAV bestünden keine Engpässe; die Kapazitäten seien vorhanden, es könnten aber Verteilungsprobleme auftreten, sodass die Schwangeren keinen Platz in der von ihnen gewünschten Krankenanstalt erhielten. Bis Ende Jänner 2019 gab es in den Wiener Fondskrankenanstalten verschiedene Geburtsanmeldemodalitäten. Die Online–Informationen zur Geburtshilfe waren von unterschiedlicher Qualität und nur auf der jeweiligen Abteilungswebsite verfügbar. Die Krankenanstalten gaben verschiedene Anmeldezeitpunkte vor, die zwischen „idealerweise bis spätestens zehnte Schwangerschaftswoche“ (SMZ Ost) und 25. Schwangerschaftswoche lagen. Die Hälfte der Krankenanstalten ersuchte um Anmeldung mit Erhalt des Mutter–Kind–Passes (so auch das KH St. Josef). Mehrfachanmeldungen der Schwangeren an verschiedenen Geburtshilfen fanden regelmäßig statt, was sich in einer stark schwankenden – bis zu 40 % hohen – No–Show–Rate zeigte.

Ab Februar 2019 startete in Wien die „geburtsinfo.wien–Anmeldung“; sie vereinheitlichte die Anmeldung zu Geburten in den Wiener Fondskrankenanstalten (TZ 21, TZ 22).

18.2 Der RH hielt fest, dass die zentrale Geburtsanmeldestelle in Wien ab Februar 2019 online ging und die Geburtsanmeldung in den Wiener Fondskrankenanstalten vereinheitlichte.

Projekt „Stadt Wien Geburtsinfostelle und Zentrale Geburtsvoranmeldestelle KAV“

19.1 (1) Im Jahr 2015 startete der KAV gemeinsam mit dem Büro der Frauengesundheitsbeauftragten der Stadt Wien das Projekt „Stadt Wien Geburtsinfostelle und Zentrale Geburtsvoranmeldestelle KAV“ (**GiWi**)[30]; es sollte nach 15–monatiger Laufzeit 2016 abgeschlossen sein. Ziel war es, eine niederschwellige umfassende Information zu den Angeboten der Wiener Fondskrankenanstalten rund um die Geburt bereitzustellen sowie eine zentrale Geburtsvoranmeldestelle für die KAV–Spitäler zu etablieren.

Im Februar 2017 ging als erstes Projektergebnis die Informationsplattform „geburtsinfo.wien“ online. Diese bot werdenden Müttern umfangreiche, mehrsprachige Informationen zum geburtshilflichen Angebot der Wiener Fondskrankenanstalten sowie zu anderen Themen rund um die Geburt. Im Unterschied zum österreichweiten – organisatorisch in das A–IQI–System eingebetteten – Webtool „kliniksuche.at“ enthielt sie detailliertere Informationen zur Geburtshilfe, wie etwa Dammschnittrate oder Rate der primären und sekundären Kaiserschnitte. Die beiden Plattformen waren nicht verlinkt.

(2) Bereits 2015 gab es Überlegungen, die Voranmeldung auf alle Wiener Fondskrankenanstalten auszudehnen; deshalb übernahm Ende 2015 die Wiener Zielsteuerungskommission das Projekt GiWi, die Finanzierung erfolgte durch den Wiener Gesundheitsfonds. In der Folge kam es zu Verzögerungen und damit zu einer Projektverlängerung bis Oktober 2019. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war im Wesentlichen die Projektevaluierung ausständig. Ein Reportingsystem für den Regelbetrieb, mit dessen Hilfe ausgewählte Datensätze ausgewertet werden konnten, war in Entwicklung und sollte im ersten Halbjahr 2020 fertiggestellt sein.

Der KAV schätzte den Termin Ende Oktober 2019 mit einem dazugehörenden Abschlussbericht Ende November 2019 als haltbar ein. Die dreijährige Verzögerung begründete er u.a. mit der Vielzahl der involvierten Gruppen, dem unerwarteten Zeitaufwand für die Entwicklung des Zuteilungsmechanismus zur Geburtsvoranmeldestelle sowie die Lösung der technischen Anforderungen und dem zweimaligen Wechsel der Projektleitung.

[30] „GiWi“ bezeichnet in der Folge alle unterschiedlichen vom KAV oder der Wiener Zielsteuerungskommission verwendeten Projektnamen sowie die zentrale Geburtsanmeldung selbst.

19.2 Der RH anerkannte die Bemühungen der Stadt Wien hinsichtlich der Bereitstellung umfassender Informationen im Zusammenhang mit der Geburt und einer einheitlichen Geburtsanmeldestelle. Er wies jedoch kritisch auf die dreijährige Projektverzögerung hin.

Weiters hielt der RH fest, dass die Informationsplattform „geburtsinfo.wien“ im Unterschied zu „kliniksuche.at“ detailliertere Informationen zur Geburtshilfe, wie etwa Dammschnittrate oder Rate der primären und sekundären Kaiserschnitte, bot.

Der RH empfahl dem Ministerium, im Interesse höchstmöglicher Transparenz auf „kliniksuche.at“ eine Verlinkung zu den Daten auf „geburtsinfo.wien“ zu prüfen.

19.3 Laut Stellungnahme des Ministeriums würden die Daten auf „geburtsinfo.wien“ aus dem Geburtenregister Österreich (in der Folge: **Geburtenregister**) stammen und nur lokal für Wien veröffentlicht. In „kliniksuche.at“ würden alle Daten bundesweit abgebildet. Das Ministerium habe im Auftrag der A–IQI–Steuerungsgruppe bereits Kontakt mit den Verantwortlichen des Geburtenregisters aufgenommen und strebe eine Zusammenarbeit an.

20.1 Der Wiener Gesundheitsfonds finanzierte das Projekt ab 2016 nach dessen Übernahme durch die Wiener Zielsteuerungskommission. Zuvor waren rd. 21.250 EUR an Projektkosten angefallen, die der KAV trug. Die geplanten und tatsächlich angefallenen Kosten sowie die Finanzierung durch den Wiener Gesundheitsfonds stellten sich – aus Sicht des KAV – per Juli 2019 wie folgt dar:

Tabelle 10: Geplante und tatsächliche Kosten des Projekts geburtsinfo.wien–Anmeldung (Stand Juli 2019)

	2015	2016	2017	2018	2019	Summe
	in EUR					
geplante Kosten	–	565.100		251.000	460.497	**1.276.597**
tatsächliche Kosten (inklusive offener Bestellungen)	21.252	239.672	204.213	227.004	382.923	**1.075.064**

Rundungsdifferenzen möglich Quelle: KAV

Die Projektleitung legte dabei der Wiener Zielsteuerungskommission für 2016 bis 2019 Kostenplanungen vor, für die der Wiener Gesundheitsfonds jeweils Finanzierungszusagen abgab. Die tatsächlichen Projektkosten lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bei 1,08 Mio. EUR; dem standen geplante Kosten von 1,28 Mio. EUR gegenüber.

Die Projektkosten waren ursprünglich jedoch deutlich niedriger geplant; der erste Projektauftrag sah 105.536 EUR vor. Sie erhöhten sich aber mit Änderungen im Projekt.

Wer die zentrale Geburtsvoranmeldung nach der Projektphase fortführen soll, war Anfang November 2019 noch nicht entschieden. Weiters lag weder eine Kostenplanung für den laufenden Betrieb vor noch war geklärt, wer die Kosten zukünftig übernehmen soll. Die Wiener Zielsteuerungskommission plante, das Projekt–Evaluierungsergebnis und die weitere Vorgangsweise in ihrer Sitzung im Dezember 2019 zu behandeln.

20.2 Der RH hielt fest, dass die Kosten für das Projekt GiWi zur Zeit der Gebarungsüberprüfung 1,08 Mio. EUR betrugen und damit den vom Wiener Gesundheitsfonds zugesagten Betrag unterschritten. Er wies jedoch darauf hin, dass die ursprünglich geplanten Projektkosten (rd. 106.000 EUR) deutlich niedriger waren und sich mit Änderungen im Projekt erhöhten.

Weiters wies der RH kritisch darauf hin, dass Anfang November 2019 noch nicht entschieden war, wer GiWi über die Projektphase hinaus betreiben wird. Auch fehlten eine Planung der Kosten sowie eine Finanzierungsentscheidung für den laufenden Betrieb.

Der RH empfahl daher der Stadt Wien und dem Wiener Gesundheitsverbund, über die Fortführung und die weitere Finanzierung des laufenden Betriebs der zentralen Geburtsanmeldung rasch eine Entscheidung herbeizuführen sowie die dafür relevanten Kosten umfassend und realistisch zu planen.

20.3 Laut Stellungnahme der Stadt Wien sei der weitere Betrieb der Geburtsvoranmeldestelle für 2020 in der 26. Sitzung der Wiener Zielsteuerungskommission im Dezember 2019 beschlossen worden. Der Wiener Gesundheitsfonds habe den Wiener Gesundheitsverbund informiert, dass die Projektlaufzeit für die GiWi um ein Jahr verlängert und das dafür benötigte Budget dem Wiener Gesundheitsverbund zur Verfügung gestellt werde. Dieser werde die Rolle der Projektleitung auch für diese Laufzeitverlängerung organisieren.

Zentrale Geburtsanmeldung

21 Über die im Rahmen von GiWi im Februar 2019 gestartete zentrale Geburtsanmeldung konnten sich Schwangere mit einem geplanten Geburtstermin ab dem 1. September 2019 online oder telefonisch zur Geburt in einer Wiener Fondskrankenanstalt anmelden. Die Registrierung (inklusive Informationsmaterial) war in sechs Sprachen möglich.

Allerdings wurden nicht alle Geburtsplätze über diese Anmeldeplattform vergeben. Der Vorstandsbereich Health Care Management des KAV vereinbarte mit den geburtshilflichen Abteilungen ein spezifisches Kontingent je Krankenanstalt, das dem GiWi zur Verfügung stand.

Die geplante halbjährliche Evaluation des Kontingents, beginnend mit September 2019, konnte auch zu entsprechenden Korrekturen führen. Das restliche „Eigenkontingent" war auch abhängig von der jeweiligen Versorgungsstufe der Krankenanstalt. Laut Organisationshandbuch war das Eigenkontingent u.a. für Akutgeburten, Bedienstete, Sonderklasse–Versicherte, „aber auch Risikoschwangerschaften" inklusive vorgeburtlicher Transporte vorgesehen. Die GiWi–Kontingente der Wiener Fondskrankenanstalten per Ende Jänner 2019 stellten sich folgendermaßen dar:

Tabelle 11: Monatliche Kontingente je geburtshilflicher Abteilung

	Gesamtkontingent	*davon GiWi–Kontingent*		*davon Eigenkontingent*	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien	233	*20*	*9*	*213*	*91*
Krankenhaus Hietzing	142	*112*	*79*	*30*	*21*
Krankenhaus Nord	183	*90*	*49*	*93*	*51*
Krankenhaus Rudolfstiftung (inklusive Krankenhaus Semmelweis)	150	*125*	*83*	*25*	*17*
Sozialmedizinisches Zentrum Ost	183	*110*	*60*	*73*	*40*
Sozialmedizinisches Zentrum Süd	160	*100*	*63*	*60*	*38*
St. Josef Krankenhaus	333	*135*	*41*	*198*	*59*
Wilhelminenspital	150	*90*	*60*	*60*	*40*
Summe	**1.534**	**782**	**51**	**752**	**49**

Rundungsdifferenzen möglich
GiWi = Zentrale Geburtsanmeldung

Quelle: KAV

Insgesamt sollten 51 % der monatlichen Kontingente über GiWi laufen. Die nicht vergebenen GiWi–Kontingente konnten die Krankenanstalten wie Eigenkontingente frei vergeben. Laut KAV war geplant, langfristig 100 % der Anmeldungen für unkom-

plizierte Geburten über GiWi abzuwickeln. Das Gesamtergebnis der Evaluierung sollte Ende 2019 vorliegen.

22.1 Die Geburtsanmeldung über das GiWi lief in einem dreistufigen Prozess inklusive standardisiertem Schriftverkehr ab:

Tabelle 12: GiWi–Anmeldeprozess

Schritte	Ablauf
1. Schritt	• Schwangere registriert sich online oder telefonisch zur Geburt und wählt dabei bis zu drei Wunsch–Krankenanstalten aus. • GiWi übermittelt Brief mit Registrierungsbestätigung und persönlicher Anmeldenummer.
2. Schritt	• Ab der 22. Schwangerschaftswoche weist GiWi die Schwangere einer geburtshilflichen Abteilung zu und berücksichtigt dabei die Wünsche der Schwangeren bzw. die Wohnortnähe. • GiWi versendet Reservierungsbrief an die Schwangere mit der Information über den Entbindungsstandort und der Aufforderung, sich „so schnell wie möglich“ bei der GiWi–Service–Nummer zur Terminvereinbarung für eine persönliche Anmeldung in der zugewiesenen Abteilung zu melden.
3. Schritt	• Schwangere kommt zum persönlichen Anmeldetermin in die Ambulanz der zugewiesenen Abteilung. • Ambulanz fragt GiWi–Datenbank ab, um mögliche Doppelanmeldungen an mehreren Abteilungen zu kontrollieren bzw. auszuschließen. • Nach der persönlichen Anmeldung vergibt Krankenanstalt den Geburtsplatz endgültig an die Schwangere und schließt den Anmeldeprozess ab.
Schwangere reagiert nicht in den Schritten 2 und 3	Schwangere meldet sich nicht, um einen Anmeldetermin zu vereinbaren: • erste Erinnerung nach 14 Tagen • zweite und dritte Erinnerungen jeweils eine Woche später • vierte und letzte Erinnerung nach weiteren vier Wochen, danach Streichung aus GiWi–Datenbank
	Schwangere kommt nicht zum Anmeldetermin: • erste Erinnerung acht Tage später • zweite Erinnerung nach maximal zwei Wochen; danach Streichung aus GiWi–Datenbank

Quelle: KAV; Darstellung: RH

Daten des KAV zur GiWi–Anmeldung für Geburten im Zeitraum September 2019 bis Jänner 2020 zeigten für das KH St. Josef und das SMZ Ost, dass der erste persönliche Kontakt mit einer Schwangeren durchschnittlich in der 29. bzw. 26. Schwangerschaftswoche erfolgte.

Laut KAV habe er die 22. Schwangerschaftswoche als Informationsdatum in Abstimmung mit der Fachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Wiener Ärztekammer und den Krankenanstalten festgelegt. Das KH St. Josef bevorzugte aber eine

Information vor der 20. Schwangerschaftswoche. Sowohl das KH St. Josef als auch das SMZ Ost hatten vor dem Start der GiWi–Anmeldung von den Schwangeren eine möglichst frühe Anmeldung erbeten (KH St. Josef mit Mutter–Kind–Pass und SMZ Ost möglichst bis spätestens zehnte Schwangerschaftswoche). Das KH St. Josef, das künftig 4.000 Geburten und mehr plante, begründete seine Präferenz damit, dass sich vermeintlich unkomplizierte Schwangerschaften etwa aufgrund von Schwangerschaftsdiabetes oder auffälligem Combined Test oft als Problemschwane gerschaften herausstellen würden und so Schwangere früher in die für sie geeignete Krankenanstalt „umgebucht" werden könnten. Auch sei es im Sinne der Kontinuität der Behandlung zweckmäßig, dass eine Schwangere pränataldiagnostische Untersuchungen im selben Krankenhaus durchführe, in dem sie später gebären würde.

Eine Aussage über die Veränderung der No–Show–Rate war noch nicht möglich. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung erhielten die Krankenanstalten eine Reservierungsliste mit den Patientinnennummern und den Anmeldeterminen. Im Fall von Stornierungen waren diese durchgestrichen. Erste Zwischenergebnisse der Evaluierung zeigten die Notwendigkeit eines Termin–Tools, das den Krankenanstalten einen jederzeitigen – von der Reservierungsliste und Hotline unabhängigen – Zugriff auf die aktuellen Daten bzw. vereinbarten Anmeldetermine gewähren sollte.

22.2 Der RH hielt fest, dass durch die GiWi–Anmeldung der erste persönliche Kontakt des KH St. Josef und des SMZ Ost mit einer Schwangeren durchschnittlich in der 29. bzw. 26. Schwangerschaftswoche erfolgte. Demgegenüber lagen die Anmeldefristen beider Krankenanstalten vor der Einführung der GiWi–Anmeldung deutlich vor diesem Erstkontakt.

Der RH empfahl dem Wiener Gesundheitsverbund, gemeinsam mit dem Wiener Gesundheitsfonds eine Vorverlegung der Frist zur Voranmeldung zu prüfen.

Der RH hielt kritisch fest, dass die Krankenanstalten von versandten Reservierungslisten abhängig waren und keinen jederzeitigen Zugriff auf die aktuellen Daten bzw. vereinbarten Anmeldetermine hatten.

Der RH empfahl dem Wiener Gesundheitsverbund, das Termin–Tool für die zentrale Geburtsanmeldung rasch umzusetzen.

22.3 Laut Stellungnahme der Stadt Wien würden der Wiener Gesundheitsfonds und die geburtshilflichen Abteilungsleitungen bezüglich einer Vorverlegung der Frist zur Geburtsanmeldung einen gemeinsamen Termin vereinbaren. In dieser Sitzung werde mit den Expertinnen und Experten für Geburtshilfe geprüft, ob es medizinisch sinnvoll ist, Schwangere, die sich über GiWi zur Geburt registriert haben, bereits vor der 22. Schwangerschaftswoche wunschgemäß einer Geburtsklinik zuzuteilen. Die Installierung eines Termin–Tools für die zentrale Geburtsanmeldung sei

bereits beauftragt worden. Die Inbetriebnahme des Termin–Tools sei im ersten Halbjahr 2020 geplant.

Laut Stellungnahme der St. Josef Krankenhaus GmbH seien die dargestellten Unterschiede zwischen dem KH St. Josef und der Klinik Donaustadt hinsichtlich des ersten persönlichen Kontakts mit den Schwangeren (29. bzw. 26. Schwangerschaftswoche) für sie nicht erklärbar, weil die Schwangeren den beiden Krankenanstalten durch denselben standardisierten Prozess zugeteilt würden. Eine Überprüfung durch die St. Josef Krankenhaus GmbH sei nicht möglich, weil die erforderliche Transparenz der Daten nicht gegeben sei. Eine Vorverlegung der Frist zur Voranmeldung bei GiWi werde ausdrücklich unterstützt. Die St. Josef Krankenhaus GmbH habe dies seit Einführung von GiWi in allen Besprechungen gefordert, weil dadurch die Betreuungsqualität für die Schwangeren deutlich verbessert werden könnte.

22.4 Der RH hielt gegenüber der St. Josef Krankenhaus GmbH fest, dass die Angaben zum ersten persönlichen Kontakt des KH St. Josef und der Klinik Donaustadt mit einer Schwangeren (durchschnittlich in der 29. bzw. 26. Schwangerschaftswoche) auf vom Wiener Gesundheitsverbund übermittelten GiWi–Daten beruhten.

Versorgung von Müttern und Neugeborenen in Krankenanstalten

Überblick

23 In den vier überprüften Krankenanstalten stellten sich die Organisation und das Angebot der Geburtshilfen im Jahr 2018 wie folgt dar:

Tabelle 13: Aufbau und Organisation der überprüften Geburtshilfen im Jahr 2018

	Versorgungsstufe	Ambulanzen	ausgewählte Schwerpunkte im stationären Bereich	Geburten	tatsächliche Betten	Entbindungs-plätze	Neona-tologie
				Anzahl			
Landesklinikum Korneuburg	Grund-versorgung	Hebammen-ambulanz Geburtshilfe-ambulanz	hebammen-geleitete Geburt, ambulante Geburt	838	12	2	nein
Universitäts-klinikum St. Pölten	Schwerpunkt A	Pränatal-diagnostische Ambulanz, Schwangeren-ambulanz, Stillambulanz	Frühgeburten ab 26. Schwanger-schaftswoche, intensiv-medizinische Versorgung von Neugeborenen	891	28	3	ja
St. Josef Krankenhaus	Schwerpunkt B[1]	Hebammen-ambulanz, gynäkolgisch–geburtshilfliche Ambulanz, Schwangeren-intensiv–Ambulanz, Beckenendlagen–Ambulanz, 36. Wochenschall–Ambulanz, Schwangerschafts-diabetes–Ambulanz	hebammen-geleitete Geburt, ambulante Geburt	2.153	27	4	ab Mitte 2018 ja
Sozial-medizinisches Zentrum Ost	Perinatal-zentrum	geburtshilfliche Ambulanz, pränatal-diagnostische Ambulanz, Kreiß-saalambulanz	Frühgeburten ab 24. Schwanger-schaftswoche, intensiv-medizinische Versorgung von Neugeborenen inklusive Kinderchirurgie	2.274	32	5	ja

[1] bis Mitte 2018 Grundversorgung

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; DIAG

Die überprüften geburtshilflichen Organisationseinheiten unterschieden sich deutlich hinsichtlich Größe und Schwerpunktsetzungen.

Nach dem abgestuften Versorgungsmodell des ÖSG 2017 war die Geburtshilfe des LK Korneuburg als Grundversorgung eingerichtet, die Versorgung der Neugeborenen erfolgte durch einen Konsiliardienst. Die Geburtshilfe des KH St. Josef war bis Mitte 2018 als Grundversorgung ausgestattet, ab der dann schrittweise erfolgenden Eröffnung der Kinderabteilung mit Neonatologie als Schwerpunkt B. Die Geburtshilfe des UK St. Pölten war als Schwerpunkt A eingerichtet, die Geburtshilfe des SMZ Ost als Perinatalzentrum; somit war in diesen beiden Krankenanstalten während des gesamten überprüften Zeitraums eine (intensiv–)medizinische Versorgung von Neugeborenen möglich.

Ambulante Versorgung

24 (1) Alle überprüften Geburtshilfen verfügten neben einer stationären Struktur über Ambulanzen für Schwangere und teilweise auch für stillende Mütter bzw. Wöchnerinnen. Neben der Versorgung im Akutfall (z.B. bei Schmerzen oder Stillproblemen) übernahmen diese – abhängig von der Versorgungsstufe – auch die umfassende Betreuung von Risikoschwangerschaften bzw. von Schwangeren mit speziellen Indikationen oder Beschwerdebildern (z.B. Beckenendlagen, Schwangerschaftsdiabetes). In den Geburtshilfen LK Korneuburg, KH St. Josef und SMZ Ost waren verpflichtende Anamnese– und/oder Untersuchungstermine für alle zur Geburt angemeldeten Schwangeren vorgesehen (z.B. Anamnese durch eine Hebamme um die 30. Schwangerschaftswoche, Ultraschall durch ärztliches Personal in der 36. Schwangerschaftswoche, engmaschige Kontrolle nach Überschreiten des errechneten Geburtstermins).

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Ambulanzfrequenzen insgesamt sowie häufig in Anspruch genommene ambulante Leistungen:

Tabelle 14: Geburtshilfen – ambulante Versorgung 2018

	Geburten	Ambulanz-frequenzen	Ultraschall-untersuchungen	Cardiotoko-graphien[1]	Ultraschall-untersuchungen je Geburt	Cardiotoko-graphien je Geburt[1]
	Anzahl					
Landesklinikum Korneuburg	838	2.301	1.735	1.039	2,1	1,2
Universitäts-klinikum St. Pölten	891	5.148	6.920	3.552	7,8	4,0
St. Josef Krankenhaus	2.153	10.680	3.422	rd. 4.000[2]	1,6	rd. 1,9[2]
Sozial-medizinisches Zentrum Ost	2.274	14.998	9.398	5.960	4,1	2,6

[1] In dieser Aufstellung waren nur die während der Schwangerschaft durchgeführten, aber nicht die während der Geburt erfolgten Cardiotokographien erfasst.
[2] anhand der Daten aus 2019 hochgerechnete Zahl, weil keine gesonderte Erfassung im Jahr 2018; ab 2019 Erfassung der ambulanten Cardiotokographien in einer eigenen Organisationseinheit und somit auch getrennt auswertbar
Quellen: überprüfte Krankenanstalten; DIAG

Die Ambulanzfrequenzen umfassten alle Besuche von ambulanten Patientinnen, also auch Anamnese– und Hebammengespräche oder Untersuchungen etwa bei akuten Beschwerden in der Schwangerschaft. Bei den Ultraschalluntersuchungen an Schwangeren handelte es sich teilweise um Routineuntersuchungen, teilweise um Untersuchungen bei besonderen medizinischen Indikationen. Cardiotokographien vor der Geburt führten die Ambulanzen ebenfalls entweder zu vereinbarten Terminen oder

aus konkretem Anlass durch. Zu berücksichtigen war, dass die Codierung von ambulanten Leistungen im überprüften Zeitraum nicht so einheitlich und vollständig erfolgte wie im stationären Bereich. Dennoch waren deutliche Unterschiede in der Anzahl der durchschnittlich pro Geburt codierten Untersuchungen erkennbar. Im UK St. Pölten war die Anzahl der codierten Ultraschalluntersuchungen und Cardiotokographien deutlich höher als in der vergleichbaren Geburtshilfe des SMZ Ost.

Stationäre Versorgung

Allgemeines

25 Die geburtshilflichen Stationen waren an allen überprüften Krankenanstalten Teil der Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Zwar waren die geburtshilflichen Betten räumlich von den Betten auf den gynäkologischen Stationen getrennt, das Personal ließ sich aber – mit Ausnahme der Hebammen – oft nicht eindeutig einem der beiden Bereiche zuordnen. Die stationäre Versorgung umfasste nicht nur die Geburt, sondern auch die Betreuung der Mutter und des neugeborenen Kindes im Wochenbett sowie – bei medizinischen Komplikationen während der Schwangerschaft – die Betreuung der Schwangeren. Letztere erfolgte zum Teil auf den gynäkologischen Stationen. Alle vier Geburtshilfen verfügten über (in manchen Fällen zertifizierte) Stillberaterinnen. Die Mütter konnten physiotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen bzw. wurden teilweise standardmäßig einmal pro Aufenthalt physiotherapeutisch beraten und betreut („Wochenbettgymnastik“). Rooming–in war an allen vier Geburtshilfen üblich.

Auslastung

26 Um die Auslastung des geburtshilflichen Bereichs getrennt vom gynäkologischen Bereich darstellen zu können, berechnete der RH jeweils die Belagstage für die vier geburtshilflichen Leistungen und zusätzlich die Belagstage für mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zusammenhängende Hauptdiagnosen.[31] Damit waren auch Aufenthalte miterfasst, die etwa wegen Problemen in der Schwangerschaft auf gynäkologischen Betten erfolgten. Um ein umfassendes Bild über die Auslastung der Geburtshilfen zu bekommen, stellte der RH zusätzlich die Zahl der Geburten pro Bett und der Geburten pro Entbindungsplatz (**Kreißsaal**) dar.[32]

[31] Bei den niederösterreichischen Krankenanstalten LK Amstetten, LK Melk, LK Scheibbs, LK Waidhofen/Ybbs und LK Zwettl war eine Berechnung der Auslastung nur des geburtshilflichen Bereichs aufgrund fehlender Bettenzuordnung nicht möglich.

[32] Die Zahl der tatsächlichen Betten und Kreißsäle ist in Tabelle 13 ersichtlich. Sie blieb – mit Ausnahme der Erhöhung der Bettenzahl in der Geburtshilfe des KH St. Josef – zwischen 2015 und 2018 unverändert.

Tabelle 15: Auslastung der überprüften Geburtshilfen

	Geburten pro Bett			Geburten pro Kreißsaal			durchschnittliche Auslastung[1]		
	2015	2018	Veränderung	2015	2018	Veränderung	2015	2018	Veränderung
	Anzahl		in %	Anzahl		in %	in %		
Landesklinikum Korneuburg	63	70	11	378	419	11	73	75	3
Universitätsklinikum St. Pölten	31	32	1	293	297	1	60	56	-8
St. Josef Krankenhaus[2]	90	80	-11	540	538	0	91	79	-13
Sozialmedizinisches Zentrum Ost	72	71	-1	459	455	-1	90	92	3

Rundungsdifferenzen möglich Quellen: überprüfte Krankenanstalten; DIAG

[1] nach Belagstagen

[2] Erhöhung der Bettenanzahl im St. Josef Krankenhaus von 24 im Jahr 2015 auf 27 im Jahr 2018

Beim Vergleich der vier überprüften Krankenanstalten untereinander und mit den Werten der anderen Geburtshilfen in Wien und Niederösterreich[33] im überprüften Zeitraum zeigte sich Folgendes:

- Die Zahl der Geburten pro Bett war im KH St. Josef jeweils (deutlich) höher als in allen anderen Geburtshilfen, auch die Werte des SMZ Ost (zwischen 71 und 73) und des LK Korneuburg (zwischen 63 und 70) waren vergleichsweise hoch. Das UK St. Pölten lag mit 31 bis 35 Geburten pro Bett im unteren Bereich, ähnlich niedrige Werte fanden sich auch in drei anderen niederösterreichischen Geburtshilfen der Grundversorgung.
- Auch die Zahl der Geburten pro Kreißsaal war im KH St. Josef mit jeweils über 535 am höchsten. Im SMZ Ost fanden ebenso wie in zwei anderen Wiener Geburtshilfen über 450 Geburten pro Kreißsaal statt. Das LK Korneuburg und je eine weitere niederösterreichische und eine Wiener Geburtshilfe erreichten zumeist über 400 Geburten pro Kreißsaal. Zwei niederösterreichische Krankenanstalten hingegen verzeichneten unter 100 Geburten pro Kreißsaal. Bei Platzmangel konnten Geburten auch in anderen Räumlichkeiten (z.B. sogenannte Wehenzimmer oder Vorkreißzimmer) stattfinden. Zudem entsprach die Zahl der tatsächlich in Verwendung stehenden Kreißsäle teilweise nicht jener der laut Krankenanstaltendokumentation als solche gewidmeten Entbindungsplätze.[34]

[33] Soweit möglich, bezog der RH im Folgenden bei Vergleichen alle Geburtshilfen in Niederösterreich und Wien mit Ausnahme der privaten Krankenanstalten, des KH Hanusch und des KH Göttlicher Heiland ein.

[34] Laut dem Handbuch zur Dokumentation – Organisation und Datenverwaltung, Stand 1. Jänner 2018, war ein Entbindungsplatz eine besonders ausgestattete Funktionseinheit (Funktionsbett) für Entbindungen (inklusive Gebärstühlen, Entbindungskojen etc.). In der Praxis gab es Unklarheiten z.B. hinsichtlich Gebärbadewannen und Wehenzimmern. Das LK Korneuburg verfügte im Jahr 2018 laut eigenen Angaben über drei gewidmete Entbindungsplätze, laut Krankenanstaltendokumentation nur über zwei.

- Die Auslastung nach Belagstagen lag sowohl im KH St. Josef als auch im SMZ Ost durchwegs über 85 %, nur im Jahr 2018 sank sie im KH St. Josef aufgrund der Erhöhung der Bettenzahl auf knapp unter 80 %. Das LK Korneuburg lag mit 73 % bis 75 % im Vergleich mit anderen niederösterreichischen Geburtshilfen hoch und auch deutlich über dem UK St. Pölten. Generell war die Auslastung in niederösterreichischen Geburtshilfen geringer als in Wien und erreichte teilweise nur um 50 % je Geburtshilfe.

Verweildauer

27.1 (1) Die Verweildauer in den überprüften Geburtshilfen stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 16: Verweildauer in den überprüften Geburtshilfen und österreichweit

	durchschnittliche Verweildauer bei Spontangeburten		durchschnittliche Verweildauer bei Kaiserschnitten		Geburten mit null Belagstagen[1]	
	2015	2018	2015	2018	2015	2018
	Anzahl in Belagstagen				Anzahl	
Landesklinikum Korneuburg	3,0	2,9	5,0	4,8	28	30
Universitätsklinikum St. Pölten	3,3	3,2	6,2	5,9	6	10
St. Josef Krankenhaus	2,7	2,8	4,6	4,4	195	147
Sozialmedizinisches Zentrum Ost	3,2	3,3	6,1	6,2	40	32
Österreich	3,6	3,5	5,8	5,6	1.114	1.082

[1] ohne sogenannten Mitternachtsstand

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; DIAG

- Im LK Korneuburg war die Verweildauer im überprüften Zeitraum sowohl nach einer Spontangeburt als auch nach einem Kaiserschnitt im Vergleich zu den Durchschnittswerten in Niederösterreich und Wien (unabhängig von der Versorgungsstufe) jeweils niedrig und deutlich unter dem Österreichdurchschnitt.
- Das KH St. Josef wies die kürzeste Verweildauer bei Spontangeburten in allen vier Jahren auf, auch die Verweildauer nach einem Kaiserschnitt war jeweils sehr kurz.
- Im UK St. Pölten lag die Verweildauer nach einer Spontangeburt jeweils unter dem Österreichdurchschnitt. Die Verweildauer nach einem Kaiserschnitt hingegen war höher als in vergleichbaren Schwerpunkt A–Geburtshilfen der beiden Länder und lag über dem Österreichdurchschnitt.[35]
- Das SMZ Ost wies sowohl bei der Spontangeburt als auch beim Kaiserschnitt ähnliche Werte wie das UK St. Pölten auf und lag damit unter den Werten des zweiten Perinatalzentrums in Wien.

[35] Beim Kaiserschnitt erschien es aufgrund der größeren Anzahl an Risikoschwangerschaften sinnvoll, beim Vergleich auf die jeweilige Versorgungsstufe abzustellen.

- In Niederösterreich verzeichnete das LK Korneuburg trotz niedriger Verweildauer eine Auslastung von über 70 %. Auch einige andere Geburtshilfen hatten niedrige Verweildauern bei Spontangeburten[36], ihre Auslastung lag aber deutlich darunter. Andererseits wies eine Geburtshilfe mit zumeist sogar unter 50 %iger Auslastung eine vergleichsweise hohe Verweildauer auf. Bei drei Geburtshilfen mit hoher Verweildauer auch aufgrund überdurchschnittlich langer Aufenthalte (etwa sechs oder mehr Tage bei Spontangeburt) war eine Berechnung der Auslastung nur für den geburtshilflichen Bereich nicht möglich.

(2) Im Zusammenhang mit den angeführten Kennzahlen war auch die Zahl der sogenannten ambulanten Geburten zu berücksichtigen: Dabei verließ die Mutter binnen 24 Stunden nach der Geburt das Krankenhaus, unabhängig davon ob sie eine Nacht im Krankenhaus verbrachte oder nicht. Da diese Zahl aber in der Krankenanstaltendokumentation nicht aufschien und auch nicht valide erhebbar war, stellte der RH alternativ die Zahl der Geburten mit null Belagstagen in Tabelle 16 dar.

Das KH St. Josef hatte sowohl 2015 als auch 2018 mit einem Anteil von 7 % bis 9 % an Geburten mit null Belagstagen den höchsten Wert aller niederösterreichischen und Wiener Geburtshilfen, das LK Korneuburg 4 %, das SMZ Ost 1 % bis 2 %, das UK St. Pölten und viele andere Geburtshilfen maximal 1 %.

Bezog man auch die 1–Tages–Aufenthalte in die Betrachtung mit ein, zeigte sich, dass das LK Korneuburg und eine weitere niederösterreichische Geburtshilfe im Jahr 2018 mit jeweils 12 % und das KH St. Josef mit 18 % die höchsten Werte aufwiesen. Im UK St. Pölten verließen 4 % der Mütter die Krankenanstalt nach höchstens einem Belagstag, im SMZ Ost 6 %. Generell waren sehr kurze Aufenthalte in niederösterreichischen Geburtshilfen häufiger als in KAV–Krankenanstalten, unabhängig von der Versorgungsstufe. Hinsichtlich der erzielbaren LKF–Punkte machte es keinen Unterschied, ob die Mutter das Krankenhaus am selben Tag oder etwa nach drei Tagen verließ.

Die überprüften Geburtshilfen führten aus, dass die Inanspruchnahme der ambulanten Geburt wesentlich von den Patientinnen und von der Verfügbarkeit einer Nachbetreuung durch eine Hebamme zu Hause abhänge und weniger durch medizinische Gründe bedingt sei.

27.2 Der RH hielt fest, dass im überprüften Zeitraum die Verweildauer nach einer Spontangeburt in allen vier überprüften Geburtshilfen unter dem Österreichdurchschnitt lag; die Geburtshilfen im LK Korneuburg und KH St. Josef wiesen sehr niedrige Werte auf. Bei der Verweildauer nach einem Kaiserschnitt wirkten sich die durch die Versorgungsstufe bedingten Unterschiede in der Betreuung von Risikoschwanger-

[36] Wegen der besseren Vergleichbarkeit wurde hier nur auf die Spontangeburt abgestellt.

schaften deutlicher aus; auch hier wiesen die Geburtshilfen im LK Korneuburg und KH St. Josef vergleichsweise sehr niedrige Werte auf.

Der RH wies kritisch darauf hin, dass in einzelnen niederösterreichischen Geburtshilfen die Verweildauern nach Spontangeburten überdurchschnittlich hoch waren.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding zu evaluieren, worauf die in einigen niederösterreichischen Geburtshilfen vergleichsweise hohen Verweildauern nach Spontangeburten zurückzuführen waren.

Der RH hielt weiters fest, dass die Zahl der sehr kurzen Aufenthalte nach Spontangeburten äußerst unterschiedlich war und dass solche Aufenthalte im KH St. Josef und generell in niederösterreichischen Geburtshilfen deutlich häufiger waren als in Krankenanstalten des KAV.

27.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich werde die NÖ Landeskliniken–Holding diesbezüglich eine Evaluierung durchführen.

Versorgung von gesunden Neugeborenen und kinderfachärztliche Präsenz

28 (1) In allen überprüften Geburtshilfen waren bei bestimmten Geburten – vor allem bei Kaiserschnitten, Früh– und Risikogeburten – Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder– und Jugendheilkunde (**pädiatrisches Personal**) beizuziehen. Im UK St. Pölten und im SMZ Ost handelte es sich dabei um Personal der Abteilung für Kinder– und Jugendheilkunde der jeweiligen Krankenanstalt. Das LK Korneuburg verfügte über pädiatrisches Konsiliarpersonal aus dem UK Tulln, das regelmäßig zu bestimmten Zeiten anwesend war, aber auch bei Bedarf (etwa nicht geplanter Kaiserschnitt) gerufen werden konnte. Im KH St. Josef deckte – bis zur Eröffnung der Kinderabteilung Mitte 2018 – angestelltes pädiatrisches Personal die Vormittagsdienste ab, außerhalb dieser Zeit gab es ein Rufbereitschaftsmodell durch pädiatrisches Konsiliarpersonal. Bei schnellen Geburtsverläufen war es dadurch nicht immer möglich, die erforderliche pädiatrische Präsenz sicherzustellen (TZ 44).

(2) Das pädiatrische (Konsiliar–)Personal übernahm auch die Betreuung von gesunden Neugeborenen auf der Wochenbettstation. Diese umfasste Routineuntersuchungen (Neugeborenenscreening, Hörscreening etc.) und Behandlungen des Säuglings (wie etwa bei Gelbsucht) ebenso wie Beratungen der Mütter.[37] Das

[37] Die Betreuung von gesunden Neugeborenen war durch die Fallpauschalen für den stationären Aufenthalt der Mutter bei der Geburt umfasst. Unter gesunden Neugeborenen waren jene Kinder zu verstehen, die im geburtshilflichen Bereich versorgt werden konnten und nicht auf die Neonatologie verlegt werden mussten.

UK St. Pölten und das SMZ Ost boten auch die laut Mutter–Kind–Pass in der ersten Lebenswoche empfohlene Hüftultraschalluntersuchung an.

Leistungs– und Qualitätskennzahlen

Geburtshilfliche Leistungen

29.1 Die folgende Tabelle stellt die Anzahl der vier geburtshilflichen Leistungen nach dem LKF–Modell[38] in den vier überprüften Geburtshilfen in den Jahren 2015 und 2018 dar:

Tabelle 17: Geburtsarten in den überprüften Geburtshilfen

	Landesklinikum Korneuburg			Universitätsklinikum St. Pölten			St. Josef Krankenhaus			Sozialmedizinisches Zentrum Ost		
	2015	2018	Veränderung	2015	2018	Veränderung	2015	2018	Veränderung	2015	2018	Veränderung
	Anzahl		in %	Anzahl		in %	Anzahl		in %	Anzahl		in %
Spontangeburt	482	559	16	559	526	-6	1.541	1.511	-2	1.690	1.655	-2
Geburt mit Manualhilfe bei Beckenendlage[1]	0	0	0	1	0	-100	12	17	42	39	31	-21
Kaiserschnitt	220	244	11	293	327	12	499	489	-2	439	419	-5
Geburt durch Zange oder Saugglocke	53	35	-34	25	38	52	106	136	28	126	169	34
Summe	**755**	**838**	**11**	**878**	**891**	**1**	**2.158**	**2.153**	**0**	**2.294**	**2.274**	**-1**

[1] spezielle Technik zur vaginalen Entbindung aus Beckenendlage, die aber nur bei einem Teil der Beckenendlagen angewandt wurde

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; DIAG

[38] JN 020 Entbindung, JN 030 Entbindung mit Manualhilfe bei Beckenendlage, JN 040 Entbindung durch Sectio caesarea (Kaiserschnitt), JN 050 Entbindung durch Vakuumextraktion (Saugglocke), Zangenextraktion (Zange)

- Das LK Korneuburg wies als einzige Geburtshilfe eine im überprüften Zeitraum deutlich steigende Geburtenzahl auf (11 %), dies bei gleichbleibender Anzahl an Betten. Bei den anderen drei Geburtshilfen zeigten sich kaum Veränderungen (zwischen -1 % und +1 %).[39] Das UK St. Pölten verzeichnete 2016 einen Höchststand von 980 Geburten, anschließend wieder eine deutliche Reduktion.
- Das LK Korneuburg wies zwischen 2015 und 2018 mit 16 % auch eine deutliche Steigerung der Spontangeburten auf, das UK St. Pölten hingegen einen Rückgang von 6 %. Beide Geburtshilfen verzeichneten 2018 um 11 % bis 12 % mehr Kaiserschnitte als 2015, während diese im SMZ Ost um 5 % zurückgingen.
- Bei der Geburt mittels Saugglocke oder sehr selten mittels Zange war die Entwicklung aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl nur bedingt aussagekräftig: Im LK Korneuburg sank die Anzahl derartiger Geburten stetig, während in den anderen drei Geburtshilfen stärkere Schwankungen zu verzeichnen waren. Insgesamt beendeten die überprüften Krankenanstalten 4 % bis 10 % der vaginalen Geburten mit Saugglocke oder Zange.
- Die sogenannte Beckenendlage trat österreichweit bei 5 % aller Geburten auf, in durchschnittlich 94 % wurde ein Kaiserschnitt durchgeführt. In Geburtshilfen der Grundversorgung war dieser Wert mit über 97 % noch höher. Im LK Korneuburg erfolgten fast alle Geburten aus dieser Lage per Kaiserschnitt. Das UK St. Pölten entband mit fallender Tendenz zwischen 11 % und 2 % der Beckenendlagen vaginal, das SMZ Ost hingegen zwischen 17 % und 23 % und das KH St. Josef – teilweise deutlich – über 25 %. Beide Geburtshilfen lagen damit weit über den österreichischen Durchschnittswerten, auch was die jeweilige Versorgungsstufe betraf. Die Leiter der beiden Abteilungen führten diesen Umstand auf langjährige Erfahrung und entsprechende Expertise bei ärztlichem Personal und Hebammen zurück und betonten die Wichtigkeit der Ausbildung in diesem Bereich, aber auch eine sorgfältige Aufklärung der betroffenen Schwangeren.

29.2 Der RH hielt fest, dass in der Geburtshilfe des LK Korneuburg bei gleichbleibender Anzahl an Betten die Zahl der Geburten im überprüften Zeitraum deutlich anstieg, während sie in den anderen drei überprüften Geburtshilfen – mit gewissen Schwankungen – weitgehend gleich blieb.

Der RH hielt – auch im Hinblick auf die Ausbildung in diesem Bereich – fest, dass die Geburtshilfen des KH St. Josef und des SMZ Ost Expertise in der vaginalen Entbindung von Beckenendlagen aufwiesen und dementsprechend österreichweit überdurchschnittlich häufig derartige Geburten durchführten.

[39] Das KH St. Josef wies darauf hin, dass die Zahl der Geburten vor dem überprüften Zeitraum stark angestiegen war (von 854 Geburten im Jahr 2000 auf mehr als 2.100 im Jahr 2015).

Interventionsraten

30.1 (1) Die folgende Tabelle[40] zeigt zwei ausgewählte Kennzahlen zu geburtshilflichen Interventionen (Dammschnitt und Kaiserschnitt) für die Jahre 2016[41] bzw. 2018:

Tabelle 18: Interventionsraten in den überprüften Geburtshilfen

	Landesklinikum Korneuburg (Grundversorgung)		Universitätsklinikum St. Pölten (Schwerpunkt A)		St. Josef Krankenhaus (Schwerpunkt B)[1]		Sozialmedizinisches Zentrum Ost (Perinatalzentrum)		Perinatalzentrum	Schwerpunkt A	Schwerpunkt B	Grundversorgung
	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018	Österreichdurchschnitt 2018			
	in %											
Kaiserschnittrate bezogen auf alle Geburten	27,6	28,9	34,9	37,5	24,8	23,0	21,1	20,3	33,9	30,6	27,2	29,6
davon primär	*52,4*	*50,6*	*39,8*	*40,2*	*36,1*	*41,5*	*48,5*	*43,1*	*53,6*	*46,1*	*48,2*	*49,5*
Dammschnittrate bezogen auf vaginale Geburten	17,6	13,6	18,4	20,3	5,5	4,6	23,4	19,5	14,1	14,3	13,0	13,1

[1] Die Geburtshilfe des St. Josef Krankenhauses war in den Auswertungen des Geburtenregisters für 2017 und 2018 – im Unterschied zu den Versorgungsstufen gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit – als Schwerpunkt B kategorisiert, obwohl sie zu dieser Zeit zum größten Teil noch nicht über eine neonatologische Versorgung verfügte.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

Kaiserschnitte und Dammschnitte zählten – ebenso wie die Gabe von Wehenmitteln oder die Einleitung von Geburten – zu den geburtshilflichen Interventionen, deren Einsatz kontrovers diskutiert wurde.

[40] Die angeführten Zahlen stammen aus den Auswertungen des Geburtenregisters (TZ 48), das bei Mehrlingsgeburten auf die Zahl der geborenen Kinder und nicht die Zahl der geburtshilflichen Leistungen pro Mutter abstellte. Daher waren geringfügige Unterschiede zu Tabellen und Ausführungen mit geburtshilflichen Leistungen möglich (vor allem Kaiserschnittrate).

[41] Da für das Jahr 2015 nicht alle Werte in vergleichbarer Form vorhanden waren, wählte der RH für die Tabellen 18 bis 20 das Jahr 2016 als Vergleichsjahr zu 2018.

(2) Die Kaiserschnittrate war im überprüften Zeitraum österreichweit im Durchschnitt in den Perinatalzentren jeweils am höchsten, in den Schwerpunkt–Geburtshilfen oft etwas geringer als in der Grundversorgung. Im Jahr 2018 lag sie bei 30,1 % im Österreichdurchschnitt und bei 33,9 % in den Perinatalzentren. Die Geburtshilfe des SMZ Ost unterschritt diesen Wert deutlich und wies damit österreichweit die geringste Kaiserschnittrate von Perinatalzentren auf. Auch die Geburtshilfe des KH St. Josef lag ebenso wie eine Wiener und mehrere niederösterreichische Geburtshilfen deutlich unter den Werten vergleichbarer Krankenanstalten. Die Kaiserschnittrate des LK Korneuburg entsprach jeweils ungefähr dem Durchschnitt für die Versorgungsstufe, jene des UK St. Pölten war hingegen konstant höher. In Niederösterreich und Wien insgesamt bewegte sich die Kaiserschnittrate zwischen 17 % in einer Grundversorgung und über 55 % in einem Perinatalzentrum. Einige niederösterreichische und Wiener Geburtshilfen (Grundversorgung und Schwerpunkt B) lagen regelmäßig deutlich über 30 %.

Differenzierte man hinsichtlich der Kaiserschnittrate zwischen primären und sekundären Kaiserschnitten, zeigte sich, dass – wie beim KH St. Josef und SMZ Ost – eine niedrigere Kaiserschnittrate oft auch mit einer vergleichsweise niedrigen Rate an primären Kaiserschnitten einherging, ebenso eine höhere Kaiserschnittrate mit einer höheren Rate an primären Kaiserschnitten. Das UK St. Pölten hingegen wies zwar eine vergleichsweise hohe Rate an Kaiserschnitten auf, die aber überdurchschnittlich oft erst nach Geburtsbeginn (nach Einsetzen der Wehen, nach Blasensprung) bzw. bei akutem Anlass durchgeführt wurden.

(3) Die Dammschnittrate war in den vier überprüften Geburtshilfen – ebenso wie in den anderen niederösterreichischen und Wiener Geburtshilfen – sehr unterschiedlich und reichte im überprüften Zeitraum insgesamt von 4 % bis 34 % bezogen auf vaginale Geburten. Auch innerhalb der Versorgungsstufen gab es bei Betrachtung der Werte der einzelnen Geburtshilfen große Unterschiede: So wies eine Grundversorgung eine Dammschnittrate um 30 % auf, eine hohe Versorgungsstufe beispielsweise 12 %. Im Österreichdurchschnitt hingegen waren die Werte mit 13 % bis 14 % im Jahr 2018 über alle Versorgungsstufen hinweg sehr ähnlich.

Österreichweit war die Dammschnittrate zwischen 2008 und 2017 im Durchschnitt von 21 % auf 14 % gesunken. Auch die Geburtshilfen des LK Korneuburg und des SMZ Ost verzeichneten im überprüften Zeitraum einen deutlichen Rückgang, das KH St. Josef wies konstant niedrige Werte auf. Das Geburtenregister definierte als Qualitätsindikator 3, dass der Anteil der Dammschnitte bei Vaginalgeburten unter 40 % liegen solle, was alle niederösterreichischen und Wiener Geburtshilfen erreichten. Ein möglicher Zusammenhang zwischen einer niedrigeren Kaiserschnittrate und einer dadurch steigenden Dammschnittrate (weil „schwierigere“ Geburten vaginal entbunden würden und damit häufiger ein Dammschnitt erforderlich wäre) war aus den Geburtenregisterauswertungen für Niederösterreich und Wien nicht zu erkennen.

Zweck eines Dammschnitts konnte auch die Verhinderung eines Dammrisses sein. Während Dammrisse I. oder II. Grades im Allgemeinen komplikationslos verheilten, war bei einem Dammriss III. Grades der Schließmuskel betroffen, beim Dammriss IV. Grades auch die Darmschleimhaut; dies konnte zu einer schweren Beeinträchtigung der Lebensqualität insbesondere durch Stuhlinkontinenz führen. Das Geburtenregister wertete 2015, 2017 und 2018 den Prozentsatz an Dammrissen III. und IV. Grades aus und zeigte dabei auf, dass auch bis zu 10 % der Frauen mit einem Dammschnitt diesen Dammriss erlitten. Insgesamt trat in Österreich durchschnittlich bei 2,1 % der Gebärenden ein Dammriss III. oder IV. Grades auf, der Großteil davon entfiel auf den Dammriss III. Grades. Einzelne niederösterreichische Geburtshilfen wiesen deutlich höhere Werte auf.

Die Rate an Dammrissen III. und IV. Grades war aufgrund der schwerwiegenden Folgen für die betroffenen Frauen auch einer der A–IQI–Indikatoren zum Thema Geburt (TZ 47). Grundlage dafür war die Codierung der entsprechenden Diagnosen im LKF–System. Der RH verglich die A–IQI–Daten für das Jahr 2017 mit den Auswertungen des Geburtenregisters für dasselbe Jahr und stellte dabei fest, dass die Werte fast nie übereinstimmten. Eine höhere Dammrissrate im Geburtenregister als in den A–IQI–Daten konnte insbesondere auf eine nicht vollständige Diagnosencodierung zurückzuführen sein. Teilweise waren die Dammrissraten aber auch im Geburtenregister niedriger als in den A–IQI–Auswertungen.

30.2 Der RH hielt fest, dass die Kaiserschnittrate in den niederösterreichischen und Wiener Geburtshilfen sehr unterschiedlich war und einige Geburtshilfen deutlich über oder unter den Durchschnittswerten der jeweiligen Versorgungsstufe lagen. Dies galt auch für die Rate an primären Kaiserschnitten, die anzeigte, wie viele Kaiserschnitte insbesondere vor Geburtsbeginn (häufig länger geplant) durchgeführt wurden.

Der RH hielt weiters fest, dass die Dammschnittrate in den einzelnen Geburtshilfen sehr unterschiedlich war und diese Unterschiede offensichtlich weder mit der Versorgungsstufe und der dadurch bedingten unterschiedlich hohen Anzahl an „schwierigeren“ Geburten noch mit der Kaiserschnittrate in Zusammenhang standen. Hinsichtlich der Rate an Dammrissen III. und IV. Grades sah er eine unzureichende Datenqualität aufgrund unterschiedlicher Werte zwischen A–IQI–Daten und Geburtenregister–Auswertungen. Der RH verwies auf seine Empfehlungen in TZ 47.

Verlegungsrate

31.1 Die folgende Tabelle zeigt für die Jahre 2016 und 2018 die Verlegungsrate, d.h. den Prozentsatz der nach der Geburt zur Behandlung auf eine Abteilung für Kinder– und Jugendheilkunde verlegten Neugeborenen, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine derselben oder einer anderen Krankenanstalt handelte. In letzterem Fall war ein Transfer des Neugeborenen notwendig (TZ 41).

Tabelle 19: Verlegungsrate in den überprüften Geburtshilfen

	Landesklinikum Korneuburg (Grundversorgung)		Universitätsklinikum St. Pölten (Schwerpunkt A)		St. Josef Krankenhaus (Schwerpunkt B)[1]		Sozialmedizinisches Zentrum Ost (Perinatalzentrum)		Perinatalzentrum	Schwerpunkt A	Schwerpunkt B	Grundversorgung
	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018	Österreichdurchschnitt 2018			
	in %											
Verlegungsrate	4,3	4,6	–[2]	33,5[2]	2,8	2,1	10,2	12,8	11,1	7,0	8,3	3,6

[1] Die Geburtshilfe des St. Josef Krankenhauses war in den Auswertungen des Geburtenregisters für 2017 und 2018 – im Unterschied zu den Versorgungsstufen gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit – als Schwerpunkt B kategorisiert, obwohl sie zu dieser Zeit zum größten Teil noch nicht über eine neonatologische Versorgung verfügte.

[2] Laut Geburtenregister–Auswertung betrug die Verlegungsrate im Universitätsklinikum St. Pölten jeweils 0 %. Für das Jahr 2018 wurde daher der aus der Krankenanstaltendokumentation ersichtliche Wert angeführt, für 2016 war dies nicht möglich.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; DIAG

Der RH wählte die Verlegungsrate als einen von mehreren möglichen Indikatoren für den Gesundheitszustand von Neugeborenen (neben Mortalitätsrate, APGAR–Werten etc.). Im Durchschnitt war die Verlegungsrate in der Grundversorgung am niedrigsten, in Perinatalzentren am höchsten.

Zur besseren Identifizierbarkeit von Geburten, nach denen das Neugeborene verlegt werden musste, war im LKF–Modell ab 2018 ein neues Aufnahmekennzeichen für am Tag der Geburt oder Folgetag stationär aufgenommene Neugeborene vorgesehen. Dabei war auch die zuweisende Krankenanstalt verpflichtend anzuführen. Für den Zeitraum 2015 bis 2017 hingegen fehlten valide Daten für die Abbildung der Verlegungen im LKF–System und damit auch in den A–IQI–Auswertungen, sodass dem RH ein Vergleich bzw. eine Ergänzung der im Geburtenregister angegebenen – vereinzelt nicht plausibel erscheinenden bzw. auch fehlenden – Verlegungsraten mit Daten aus der Krankenanstaltendokumentation nicht möglich war. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen stellte der RH dennoch fest, dass die Verlegungsraten der niederösterreichischen und Wiener Geburtshilfen in vielen Fällen etwa den Durchschnittswerten für die jeweilige Versorgungsstufe

entsprachen oder sogar deutlich darunter lagen. In vier niederösterreichischen und einer Wiener Geburtshilfe hingegen war die angegebene Verlegungsrate regelmäßig auffällig hoch, im UK St. Pölten im Jahr 2018 mit über 33 % sehr hoch.[42] Die Anzahl der verlegten Neugeborenen beeinflusste die Zahl der Aufenthalte und Belagstage und damit die Auslastung der neonatologischen Betten (TZ 12).

31.2 Der RH hielt fest, dass die Verlegungsrate von Neugeborenen in vielen niederösterreichischen und Wiener Geburtshilfen dem Durchschnittswert für die jeweilige Versorgungsstufe entsprach oder auch darunter lag, aber in einzelnen Geburtshilfen auffällig hoch war. Er kritisierte, dass diese versorgungsrelevante Kennzahl im LKF–Modell im überprüften Zeitraum weitgehend nicht valide abgebildet war. In Zusammenhang mit der Verlegungsrate verwies der RH auch auf seine Feststellungen zur unterschiedlichen Auslastung der neonatologischen Einheiten in TZ 12.

Frühgeburten

32.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt den Prozentsatz an Frühgeburten unter Angabe der Schwangerschaftswoche in den vier überprüften Krankenanstalten sowie die österreichweiten Durchschnittswerte für die jeweilige Versorgungsstufe laut Geburtenregister in den Jahren 2016 bzw. 2018:

Tabelle 20: Frühgeburtenrate nach Schwangerschaftswochen

	Landesklinikum Korneuburg (Grundversorgung)		Universitätsklinikum St. Pölten (Schwerpunkt A)		St. Josef Krankenhaus (Schwerpunkt B)[1]		Sozialmedizinisches Zentrum Ost (Perinatalzentrum)		Perinatalzentrum	Schwerpunkt A	Schwerpunkt B	Grundversorgung
Schwangerschaftswoche[2]	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018	Österreichdurchschnitt 2018			
	in %											
bis 27+6	0	0	1,8	0,7	0,1	0,1	0,7	0,8	1,4	0,6	0	0
28+0 bis 31+6	0	0	3	4,8	0	0,1	2	1,7	1,8	1,5	0,3	0
32+0 bis 36+6	2,5	3,1	12,1	11,0	3,6	4,5	9,7	9,1	10,4	8,2	6,5	3,1
Summe	**2,5**	**3,1**	**16,9**	**16,5**	**3,7**	**4,7**	**12,4**	**11,6**	**13,6**	**10,3**	**6,8**	**3,1**

[1] Die Geburtshilfe des St. Josef Krankenhauses war in den Auswertungen des Geburtenregisters für 2017 und 2018 – im Unterschied zu den Versorgungsstufen gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit – als Schwerpunkt B kategorisiert, obwohl sie zu dieser Zeit zum größten Teil noch nicht über eine neonatologische Versorgung verfügte.

[2] Die Angaben für die Schwangerschaftswochen sind folgendermaßen zu verstehen: Beispiel „bis 27+6“: Erfasst sind alle Frühgeburten, die bis zur vollendeten 27. Schwangerschaftswoche zuzüglich bis zu sechs Tagen stattfanden.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

[42] Das UK St. Pölten betreute überdurchschnittlich viele Frühgeburten.

Als Frühgeburten bezeichnete man Geburten vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche. Vor allem die sehr frühen Frühgeburten vor der 28. Schwangerschaftswoche, oft mit einem Geburtsgewicht von unter 1.000 Gramm, und die frühen Frühgeburten zwischen 28. und 32. bzw. teilweise auch in der 34. Schwangerschaftswoche wiesen aufgrund der mangelnden Organreife (insbesondere Lungenreifung) und des unzureichend entwickelten Immunsystems ein erhöhtes Risiko auf; diese Kinder bedurften oft langer (intensiv)medizinischer Betreuung. Solche Frühgeburten sollten daher nur in speziellen Zentren stattfinden; die rechtzeitige Zuweisung oder der Transport der Schwangeren im Notfall bei drohender Frühgeburt war jedenfalls gegenüber dem Transport des Neugeborenen zu bevorzugen. Der ÖSG 2017 sah in Anhang 3 „Risikoliste Geburtshilfe" Indikationen zum Transfer von Schwangeren und Neugeborenen aus der Grundversorgung in eine höhere Versorgungsstufe vor.

(2) Sowohl in Niederösterreich als auch in Wien gab es daher Regelungen, welche Geburtshilfe welche Frühgeburten übernehmen sollte, wobei in Einzelfällen ein Abweichen medizinisch sinnvoll bzw. erforderlich sein konnte:

- Das perinatologische Versorgungskonzept in Niederösterreich legte vorgeburtliche Zuweisungskriterien (Risikofaktoren wie Frühgeburtlichkeit, Mehrlingsschwangerschaft, Fehlbildungen des Ungeborenen, Erkrankungen der Mutter) für die einzelnen Versorgungsstufen fest. Demnach sollten etwa Krankenanstalten ohne Abteilung für Kinder– und Jugendheilkunde risikoarme Schwangerschaften ab Schwangerschaftswoche 36+0 betreuen, Zentren mit NIMCU drohende Frühgeburten ab Schwangerschaftswoche 29+0 oder Zwillingsschwangerschaften ab Schwangerschaftswoche 32+0. Zentren mit NICU konnten auch drohende Frühgeburten unter der 29. Schwangerschaftswoche sowie Schwangere, bei deren Ungeborenem fetale Erkrankungen festgestellt worden waren, versorgen. Bedurften Neugeborene einer kinderchirurgischen oder kardiologischen Versorgung, war an ein Perinatalzentrum in Wien oder an das Kinderherzzentrum Linz zu verweisen.
- Das Wiener Konzept sah in der aktuellen Fassung aus Ende 2018 vor, dass für die frühesten Frühgeburten (ab Schwangerschaftswoche 22+0) das AKH Wien zuständig war, ab Schwangerschaftswoche 24+0 auch das SMZ Ost. Grundversorgungen sollten hingegen – je nach Krankenanstalt – Geburten ab Schwangerschaftswoche 34+0 oder 36+0 betreuen. Eine Schwerpunkt–B–Geburtshilfe durfte Frühgeburten ab der 32. Schwangerschaftswoche übernehmen, während in der bis Ende 2018 gültigen Version die Grenze bei der 28. Schwangerschaftswoche lag.

(3) Der RH überprüfte anhand der Angaben im Geburtenregister, welche Frühgeburten die einzelnen Geburtshilfen betreuten und inwiefern dies den beiden Versorgungskonzepten entsprach. Die Kategorisierung im Geburtenregister (Schwangerschaftswoche 32+0 bis 36+6) stimmte dabei nicht gänzlich mit jener in den Versorgungskonzepten in Niederösterreich und Wien überein (Schwangerschaftswoche 36+0).

Im LK Korneuburg fanden – entsprechend der Versorgungsstufe – keine frühen Frühgeburten statt, der Prozentsatz der zwischen Schwangerschaftswoche 32+0 bis 36+6 geborenen Kinder stimmte mit dem Österreichdurchschnitt überein. Auch das KH St. Josef und das SMZ Ost lagen weitgehend im Österreichdurchschnitt für die jeweilige Versorgungsstufe bzw. teilweise darunter.[43] Das UK St. Pölten hingegen verzeichnete deutlich mehr Frühgeburten als vergleichbare Geburtshilfen des Schwerpunkts A. Auch in Schwerpunkt B–Geburtshilfen in Niederösterreich und Wien fanden teilweise deutlich mehr Frühgeburten statt als im österreichischen Durchschnitt für diese Versorgungsstufe, wobei dies nicht im Widerspruch zu den Versorgungskonzepten stand. Allerdings sah das Geburtenregister ab 2016 als Qualitätsindikator 2 vor, dass Frühgeburten bis Schwangerschaftswoche 31+6 mit einem Aufenthalt vor Geburt von mindestens zwei Tagen nur in einer Klinik bzw. Abteilung mit angeschlossener Intensivbehandlungseinheit für Früh– und Neugeborene stattfinden sollten. Dieser Zielvorgabe entsprachen einige Geburtshilfen nicht, wobei der KAV sein Versorgungskonzept Ende 2018 entsprechend anpasste.

32.2 Der RH hielt fest, dass es in beiden Ländern Regelungen über die Versorgung von Frühgeburten gab und dass die überprüften Geburtshilfen diese im überprüften Zeitraum – soweit dies anhand der Angaben im Geburtenregister nachvollziehbar war – weitgehend einhielten. Allerdings stand die Versorgung von (frühen) Frühgeburten in manchen Geburtshilfen im Widerspruch zu Zielvorgaben des Geburtenregisters (Qualitätsindikator 2).

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding zu prüfen, ob eine Anpassung ihres Versorgungskonzepts für Frühgeburten an den entsprechenden Qualitätsindikator im Geburtenregister (wonach Frühgeburten bis Schwangerschaftswoche 31+6 mit einem Aufenthalt vor Geburt von mindestens zwei Tagen nur in einer Klinik bzw. Abteilung mit angeschlossener Intensivbehandlungseinheit für Früh– und Neugeborene stattfinden sollten) zweckmäßig und erforderlich ist.

32.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich gebe es in Niederösterreich einen klaren Versorgungsauftrag gemäß den Vorgaben des ÖSG 2017: Standorte der Grundversorgung – risikoarme Schwangerschaft (ab Schwangerschaftswoche 36+0) und Schwerpunktversorgung – ab Schwangerschaftswoche 25+0. Dieser Versorgungsauftrag sei klar kommuniziert. In den zweimal jährlich stattfindenden Fachbeiräten der Abteilungsleitungen für Gynäkologie und Geburtshilfe werde das Thema Geburt an den „richtigen" Standorten und die rechtzeitige Transferierung in die entsprechende Versorgungsstruktur regelmäßig thematisiert. Die NÖ Landeskliniken–Holding könne ab dem Abrechnungsjahr 2020 diesen Sachverhalt (auch ohne Vorliegen der Ergebnisse der Geburtenregister) aufgrund der Änderungen

[43] Der Prozentsatz an (auch sehr frühen) Frühgeburten war im zweiten Wiener Perinatalzentrum (AKH Wien) deutlich höher.

der LKF–Dokumentation (verpflichtende Dokumentation der Schwangerschaftswoche) monitoren und gegebenenfalls qualitätssichernd eingreifen.

Resümee

33.1 Neben den Entbindungsarten, den Interventionsraten und der Darstellung der Frühgeburtlichkeit beinhalteten die Geburtenregister–Auswertungen viele weitere Qualitätskennzahlen und –indikatoren, etwa zum gesundheitlichen Zustand der Mutter und des Neugeborenen oder zu Abläufen vor bzw. bei der Geburt. Zu ersterem zählten etwa das Geburtsgewicht, die perinatale Mortalität und die APGAR–Werte der Neugeborenen sowie medizinische Probleme der Mutter, zu letzterem etwa die Art der Anästhesie bei Kaiserschnitten,[44] die Anwesenheit von pädiatrischem Personal bei Frühgeburten, das Erfordernis einer Lungenreifung mittels Medikamenten bei Frühgeburten oder die Einhaltung der sogenannten Entscheidungs–Entbindungszeit bei Notkaiserschnitten.[45] Ein Teil dieser Ergebnisse war im Zusammenhang mit infrastrukturellen und personellen Ressourcen zu sehen, wie etwa die Verfügbarkeit von pädiatrischem Fachpersonal oder die räumlichen Möglichkeiten für eine schnelle Durchführung von Notkaiserschnitten.

Der RH überprüfte einige dieser Kennzahlen überblicksmäßig und stellte dabei – in manchen niederösterreichischen und Wiener Geburtshilfen auch gehäuft bzw. wiederholt – einige Abweichungen vom definierten Idealzustand bzw. von den Durchschnittswerten für die jeweilige Versorgungsstufe fest; dies unabhängig von Größe, Geburtenzahlen etc.

33.2 Der RH hielt kritisch fest, dass es in niederösterreichischen und Wiener Geburtshilfen unabhängig von Größe, Geburtenzahlen etc. auch bei anderen im Geburtenregister ausgewerteten Qualitätsindikatoren bzw. –kennzahlen Abweichungen vom definierten Idealzustand bzw. von den Durchschnittswerten für die jeweilige Versorgungsstufe gab. Dies betraf sowohl Angaben zum Gesundheitszustand von Mutter und Neugeborenem als auch zu Abläufen vor und bei der Geburt und hing teilweise von den infrastrukturellen und personellen Ressourcen der jeweiligen Geburtshilfe ab.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, der St. Josef Krankenhaus GmbH und dem Wiener Gesundheitsverbund, im Interesse der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit anhand der Geburtenregister–Kennzahlen gemeinsam mit ihren Krankenanstalten deren geburtshilfliche Performance (Abläufe, Ressourcen, Leistungserbringung etc.) zu evaluieren und gegebenenfalls daraus Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten (TZ 48).

[44] Der Anteil an Kaiserschnitten, bei denen eine Regionalanästhesie durchgeführt wird, sollte über 70 % liegen.

[45] Von der Entscheidung zum Notkaiserschnitt bis zur Geburt des Kindes sollten nicht mehr als 20 Minuten vergehen.

33.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich stünden der NÖ Landeskliniken–Holding derzeit die Standortergebnisse des Geburtenregisters zentral nicht zur Verfügung. Diesbezüglich finde aktuell eine Klärung dieses Sachverhalts durch das Ministerium statt. Bis zur Klärung des Sachverhalts sei als zusätzliche qualitätssichernde Maßnahme eine Fallanalyse beim jeweiligen Fachbeiratstermin vereinbart. Darüber hinaus sei die Etablierung von Morbiditäts– und Mortalitätskonferenzen forciert worden.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien teile der Wiener Gesundheitsverbund die Einschätzung des RH, dass eine Evaluierung dieser Daten und das allfällige Setzen von Verbesserungsmaßnahmen positive Auswirkungen auf Patientensicherheit und Qualität haben würden. Da bei diesem Register der österreichweite Durchschnitt als Vergleich herangezogen werde, scheine eine Integration in das bestehende Indikatoren–System von A–IQI am sinnvollsten. Die Stadt Wien setze sich in der Bundeszielsteuerung dafür ein.

33.4 Der RH nahm die Ausführungen der Stadt Wien zur Kenntnis. Er wies allerdings auch darauf hin, dass der Krankenanstaltenträger nach dem Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 dazu verpflichtet war, für die Qualitätssicherung und die Wahrung der Patientensicherheit vorzusorgen. Die Maßnahmen der Qualitätssicherung hatten die Struktur–, Prozess– und Ergebnisqualität zu umfassen.

Hebammen

Personalausstattung

34.1 (1) Hebammen waren in Krankenanstalten im Kreißsaalbereich, auf den geburtshilflichen Stationen im Wochenbett und in den Ambulanzen (z.B. Cardiotokographie–Ambulanz) eingesetzt. Im LK Korneuburg, im SMZ Ost und teilweise auch im KH St. Josef konnten ohne Komplikationen verlaufende Spontangeburten grundsätzlich ohne Beiziehung des fachärztlichen Personals stattfinden („hebammengeleitete Geburten“).

Die folgende Tabelle zeigt die Zahl der an den vier überprüften Geburtshilfen angestellten Hebammen sowie die Zahl der Geburten pro Hebamme in den Jahren 2015 und 2018:

Tabelle 21: Hebammen in den überprüften Geburtshilfen

	Hebammen (Vollzeitäquivalente im Jahresdurchschnitt)			Geburten pro Hebamme			Wochenbett-betreuung durch Hebammen	
	2015	2018	Veränderung	2015	2018	Veränderung	2015	2018
	Anzahl		in %	Anzahl		in %		
Landesklinikum Korneuburg	13,76	16,12	17	55	52	-5	ja	
Universitätsklinikum St. Pölten	12,60	11,94	-5	70	75	7	nein	
St. Josef Krankenhaus	19,11	23,82	25	113	90	-20		
Sozialmedizinisches Zentrum Ost	21,68	21,59	0	106	105	0		

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; DIAG

(2) Bei der Personalausstattung an Hebammen und der daraus gebildeten Kennzahl Geburten pro Hebamme war zu berücksichtigen, dass im LK Korneuburg Hebammen die gesamte Wochenbettbetreuung der Mütter und Neugeborenen übernahmen. In den drei anderen Geburtshilfen war – wie in fast allen Geburtshilfen des KAV und in den niederösterreichischen Geburtshilfen – in diesem Bereich (auch) Pflegepersonal tätig. Die Leitung der Geburtshilfe am LK Korneuburg sah in der durchgehenden Betreuung durch Hebammen einen Qualitätsgewinn, auch weil den Müttern damit weniger unterschiedliche Ansprechpartnerinnen gegenüberstünden. Allerdings mussten die Hebammen auch „Hilfsdienste“ wie das Austeilen der Mahlzeiten und bestimmte Reinigungsarbeiten übernehmen, weil kein entsprechendes (Pflege–) Personal dafür zur Verfügung stand.

Neben der Wochenbettbetreuung war bei der Analyse der Personalausstattung auch zu berücksichtigen, dass in niederösterreichischen Geburtshilfen und im KH St. Josef die Geburtsbegleitung durch (externe) Wahlhebammen möglich war (TZ 35). Auch die Kaiserschnittrate (insbesondere die der geplanten Kaiserschnitte) war insofern von Bedeutung, als die Betreuung der Gebärenden durch Hebammen bei Kaiserschnitten weniger Zeit in Anspruch nehmen konnte als bei – sich teilweise über Stunden hinziehenden – Spontangeburten. Weiters wirkte sich etwa die Art der Besetzung der geburtshilflichen Ambulanzen auf die Zahl der erforderlichen Hebammen aus.

Im LK Korneuburg war im überprüften Zeitraum ein starker Personalzuwachs bei den Hebammen zu verzeichnen; damit verbunden war ein leichter Rückgang bei den Geburten pro Hebamme. Auch das KH St. Josef verfügte im Jahr 2018 über mehr Hebammen als in den Vorjahren, u.a. weil ab 2019 die Übernahme der Wochenbettbetreuung durch Hebammen geplant war. Aufgrund der in diesem Zeitraum noch nicht gestiegenen Geburtenzahlen ging die Zahl der Geburten pro Hebamme um 20 % zurück, war aber im Niederösterreich– und Wienvergleich noch immer hoch (der höchste Wert in beiden Ländern lag bei rd. 115 Geburten pro Hebamme und Jahr). Auch die Hebammen im SMZ Ost hatten durchschnittlich mehr als 100 Geburten pro Jahr zu betreuen, ebenso jene in einigen anderen niederösterreichischen und in einer Wiener Geburtshilfe(n). Im Unterschied dazu kamen in einigen niederösterreichischen Geburtshilfen nur rd. 40 bis 50 Geburten auf eine Hebamme, vereinzelt auch weniger. Auch bei vergleichsweise geringer Geburtenzahl pro Jahr in einer Geburtshilfe war eine bestimmte Anzahl von Hebammen erforderlich, um alle Dienste abdecken zu können.

Der ÖSG 2017 sah für Perinatalzentren sowie Schwerpunkt–Geburtshilfen die durchgängige Anwesenheit einer Hebamme vor. In der Grundversorgung war – wenn in einer Krankenanstalt weniger als 365 Geburten pro Jahr stattfanden – die durchgängige Anwesenheit einer Hebamme bei Patientinnenanwesenheit ausreichend. Nähere Angaben zum erforderlichen oder als ideal erachteten Personalbedarf an Hebammen waren nicht enthalten. Laut einer einschlägigen deutschen Leitlinie[46] sollte eine kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren während der Geburt durch eine Hebamme gewährleistet sein, zu mehr als 95 % der Zeit sollte es sich dabei um eine ausschließliche Betreuung einer einzigen Gebärenden handeln.

(3) Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Gestaltung der Wochenbettbetreuung und der Probleme bei der Rekrutierung von Hebammen verglich der RH die Gehälter der Hebammen und des diplomierten Pflegepersonals bei den drei überprüften Krankenanstaltenträgern.[47]

[46] Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland: S1–Leitlinie 087–001, publiziert bei AWMF online: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087–001l_S1_Perinatologische_Versorgung_2015–05.pdf (Stand 13. August 2019)

[47] Er zog dazu jeweils zum Stand 31. Dezember 2018 das Jahresbruttogehalt der beiden Berufsgruppen bei Berufseintritt, nach zehn und nach 20 Dienstjahren nach für Neuaufnahmen gültigem Dienstrecht heran.

In Niederösterreich erhielten Hebammen ein 9 % höheres Gehalt als das diplomierte Pflegepersonal, im KH St. Josef[48] und in den Geburtshilfen des KAV hingegen waren beide Berufsgruppen besoldungsrechtlich gleich eingestuft. Beide Berufsgruppen verdienten in Niederösterreich mehr als bei den beiden anderen Krankenanstaltenträgern.

34.2 Der RH hielt fest, dass die Zahl der Geburten pro Hebamme in den niederösterreichischen und Wiener Geburtshilfen mit einer Bandbreite zwischen rd. 40 und rd. 115 pro Jahr sehr unterschiedlich war und dass diese Unterschiede nicht primär durch die Gestaltung der Wochenbettbetreuung bedingt waren. Hinsichtlich der Wochenbettbetreuung durch Hebammen im LK Korneuburg kritisierte er, dass die Hebammen regelmäßig auch Hilfsdienste übernehmen mussten.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, Geburtshilfen mit Wochenbettbetreuung durch Hebammen (Pflege–)Personal für nicht hebammenspezifische Tätigkeiten beizustellen.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding und dem Wiener Gesundheitsverbund, angesichts der stark differierenden Zahl der Geburten pro Hebamme den Ist–Stand und den Bedarf an Hebammen unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben (etwa Gestaltung der Wochenbettbetreuung) zu evaluieren.

34.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich werde die NÖ Landeskliniken–Holding die gegenwärtige unterschiedliche Personalausstattung an den Abteilungen für Geburtshilfe der niederösterreichischen Landes– und Universitätskliniken evaluieren.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien werde im Wiener Gesundheitsverbund die Zahl der jährlichen Geburten pro systemisierten Hebammendienstposten (VZÄ) mit Einsatz im Kreißsaal monitorisiert. Die dafür verwendete Kennzahl von rd. 118 Geburten pro Hebammendienstposten inkludiere jene Hebammen nicht, die in der Ambulanz, bei der Betreuung Schwangerer oder im Wochenbett (vor– und nachgeburtlich) eingesetzt seien. Diese Vorgangsweise der Berechnung habe der Wiener Gesundheitsverbund gewählt, um seine verschiedenen geburtshilflichen Abteilungen vergleichen zu können, weil der vor– und nachgeburtliche Bereich lediglich in drei Abteilungen von Hebammen betreut werde.

[48] Ab 2019 erhielten ab einem bestimmten Stichtag eingetretene Hebammen eine monatliche Überzahlung von rd. 200 EUR brutto.

Wahlhebammen

35.1 (1) Manche Geburtshilfen ermöglichten Schwangeren auch bei der Geburt in der Krankenanstalt die Begleitung durch eine Hebamme ihrer Wahl (Wahl– oder Begleit– bzw. Beleghebamme, in der Folge: **Wahlhebamme**). Dabei konnte es sich einerseits um eine frei praktizierende Hebamme handeln, andererseits auch um eine in der jeweiligen Krankenanstalt beschäftigte Hebamme, die aufgrund einer speziellen Vereinbarung und gegen Entgelt nur diese eine Gebärende betreute. Davon abgesehen war die Gebärende „normale" Patientin der Krankenanstalt. Die Krankenanstalt erzielte entsprechende Erlöse aus der medizinischen Leistung und stellte die Wochenbettbetreuung sowie im Bedarfsfall ärztliches Personal während der Geburt zur Verfügung.

Wahlhebammen waren landeskrankenanstaltenrechtlich nicht explizit geregelt. Offen blieb daher, unter welchen Bedingungen sie in öffentlichen Krankenanstalten tätig werden konnten.

In Niederösterreich war die Betreuung sowohl durch frei praktizierende als auch durch angestellte Hebammen möglich, ebenso im KH St. Josef. Der KAV bot diese Art der Geburtsbegleitung nur in einer geburtshilflichen Abteilung mit einem Pool an Wahlhebammen an. Im SMZ Ost gab es im Zeitraum von 2015 bis 2018 keine Betreuung durch Wahlhebammen.

In den drei anderen Geburtshilfen zeigte sich eine unterschiedliche Inanspruchnahme von Wahlhebammen, die von rd. 14 Geburten pro Jahr im UK St. Pölten (1,5 % aller Geburten) über rd. 40 pro Jahr im LK Korneuburg (5 %) bis zu rd. 300 pro Jahr (14 %) im KH St. Josef, davon allein 250 durch frei praktizierende Hebammen, reichte.

(2) Sowohl die NÖ Landeskliniken–Holding als auch das KH St. Josef verfügten über eine „Rahmenvereinbarung" zwischen dem Krankenanstaltenträger und der frei praktizierenden Hebamme. Darüber hinaus schloss die Hebamme jeweils mit der Schwangeren einen separaten Vertrag, in dem sie auch die Höhe des Entgelts vereinbarten. Beide Verträge regelten wesentliche Aspekte der Betreuung der Gebärenden inklusive Dokumentationspflichten, Zusammenarbeit vor allem mit dem ärztlichen Personal der Abteilung etc. Auch der KAV verfügte über Richtlinien für Wahlhebammen.

Die Haftung für ein allfälliges Fehlverhalten der Hebamme war – anders als im KH St. Josef, wo darüber hinaus auch die Schwangere in der Patientenerklärung auf den eingeschränkten Umfang des Behandlungsvertrags hingewiesen wurde – in Niederösterreich nicht explizit angesprochen.

(3) Die NÖ Landeskliniken–Holding verwendete dieselbe Rahmenvereinbarung wie für frei praktizierende Hebammen auch für in einem Dienstverhältnis stehende Hebammen, die freiberuflich in Form einer ordnungsgemäß gemeldeten Nebenbeschäftigung und außerhalb ihrer regulären Dienstzeit als Wahlhebamme tätig wurden. Auch das KH St. Josef wandte die für frei praktizierende Hebammen geltende Rahmenvereinbarung für in einem Dienstverhältnis stehende Wahlhebammen an und verwies auf die strikt vom Dienstplan zu trennende und in der Freizeit erfolgende Tätigkeit in Form einer Nebenbeschäftigung.

Bei Kollisionen mit dem Dienstplan war ein Diensttausch mit einer anderen Hebamme möglich. Kollisionen konnten nicht nur dadurch entstehen, dass die Hebamme zum Zeitpunkt einer persönlich zu begleitenden Geburt für den normalen Dienst eingeplant war, sondern etwa auch durch die normale Diensteinteilung, die an eine persönliche Geburtsbegleitung anschloss. In diesem Fall stellte sich insbesondere die Frage einer möglicherweise gegebenen Beeinträchtigung der Dienstfähigkeit aufgrund fehlender Ruhezeiten (Behinderung der Erfüllung der dienstlichen Aufgaben durch eine Nebenbeschäftigung[49]).

35.2 Der RH hielt fest, dass sowohl in niederösterreichischen Geburtshilfen als auch im KH St. Josef die Begleitung von Gebärenden durch Wahlhebammen möglich und – in unterschiedlichem Ausmaß – üblich war. Der KAV bot diese Form der Geburtsbegleitung nur in einer Geburtshilfe an. Alle überprüften Krankenanstaltenträger verfügten über Richtlinien bzw. Vereinbarungen, die insbesondere auf das Tätigwerden von frei praktizierenden Hebammen ausgerichtet waren. Landeskrankenanstaltenrechtlich blieb offen, unter welchen Bedingungen Wahlhebammen in öffentlichen Krankenanstalten tätig werden konnten.

Der RH sah die Vorteile für die Betroffenen (persönliche Betreuung der Mutter durch eine selbst gewählte Hebamme; Erlöse für die Krankenanstalt, ohne eine Hebamme während der Geburt abstellen zu müssen; Zuverdienst für die privat bezahlte Hebamme), aber auch offene Fragen etwa hinsichtlich der Haftung für ein Fehlverhalten der Hebamme. Bei Wahlhebammen mit Dienstverhältnis schloss er dienst– und arbeitszeitrechtliche Probleme nicht aus.

Der RH empfahl daher der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, der St. Josef Krankenhaus GmbH und dem Wiener Gesundheitsverbund, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Geburtsbegleitung durch Wahlhebammen umfassend zu klären.

[49] siehe z.B. § 39 NÖ Landes–Bedienstetengesetz, LGBl. 2100–17

35.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich werde die Zulässigkeit der Einsatzmöglichkeit von Wahlhebammen in den niederösterreichischen Landes– und Universitätskliniken generell strategisch evaluiert.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien seien die rechtlichen Rahmenbedingungen seinerzeit bei Umsetzung der Wahlhebammengeburten geprüft und in den entsprechenden Richtlinien des Wiener Gesundheitsverbunds festgehalten worden.

35.4 Der RH nahm die Ausführungen der Stadt Wien zur Kenntnis, verwies aber nochmals auf die unklare landeskrankenanstaltenrechtliche Regelung für den Einsatz von Wahlhebammen.

Pränataldiagnostik

Allgemeines und rechtlicher Hintergrund

36 (1) Die Pränataldiagnostik umfasste erweiterte vorgeburtliche Untersuchungen, die Schwangere über die Mutter–Kind–Pass–Untersuchungen hinaus vornehmen lassen konnten und die Aufschlüsse über die Entwicklung des Kindes, insbesondere im Hinblick auf mögliche Fehlbildungen, Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen, geben sollten. Dabei unterschied man zwischen invasiven und nicht invasiven Methoden. Invasive Methoden waren mit einem Eingriff in den Körper der Frau verbunden (z.B. Fruchtwasserpunktion). Sie waren im Gegensatz zu den nicht invasiven mit einem Komplikationsrisiko, insbesondere einem Fehlgeburtsrisiko, behaftet und wurden zumeist nur bei Vorliegen klarer Indikationen vorgenommen (etwa bei durch vorangegangene Tests festgestellten Auffälligkeiten). Nicht invasive Methoden hingegen entwickelten sich im Laufe der vergangenen Jahre zu einem fixen Bestandteil der Schwangerenbetreuung, unabhängig davon, ob bei der Schwangeren Risikofaktoren vorlagen oder nicht.

Für viele der feststellbaren Behinderungen oder Erkrankungen standen weder vorgeburtlich noch nachgeburtlich Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, sodass die betroffene Schwangere – teils schon bei fortgeschrittener Schwangerschaft – mit einem möglichen Schwangerschaftsabbruch konfrontiert war. Aus diesem Grund war eine genaue Aufklärung der Schwangeren über mögliche Konsequenzen und das Recht auf „Nichtwissen“ bereits vor der Durchführung entsprechender Untersuchungen wesentlich.

Zu den im überprüften Zeitraum am häufigsten auch ohne Indikation durchgeführten nicht invasiven pränataldiagnostischen Untersuchungen zählten

- die Nackendichtemessung („Nackenfaltenmessung“) in Form einer Ultraschalluntersuchung im ersten Drittel der Schwangerschaft,
- der Combined Test, der die Nackendichtemessung um einen Bluttest ergänzte und zum selben Zeitpunkt durchgeführt wurde (auch Ersttrimesterscreening genannt), sowie
- das Organscreening in Form einer sehr genauen Ultraschalluntersuchung zwischen der 20. und 22. Schwangerschaftswoche.

Anbieter waren neben den Krankenanstalten Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich.

(2) Eine aufgrund des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes[50] erlassene Verordnung[51] bezeichnete humangenetische Untersuchungen insbesondere durch genetische Familienberatung, pränatale Diagnose und zytogenetische Untersuchungen als eine der vordringlichen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit, deren Ziel die Senkung des Risikos von genetisch bedingten Erkrankungen war. Die Durchführung dieser Maßnahmen war den Trägern der Krankenversicherung überantwortet. Allerdings waren nur Schwangerschaften mit bestimmten Risikofaktoren umfasst, wie etwa das Alter der werdenden Mutter (über 35) bzw. des Vaters (über 50) oder das Vorliegen von genetisch bedingten Erkrankungen bei den Eltern oder in der näheren Verwandtschaft.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Hauptverband**) stellte Anfang 2010 in einem nach wie vor gültigen Schreiben an die Landesgesundheitsfonds klar, welche Untersuchungen in Fondskrankenanstalten bei welchen Indikationen als Leistungen der sozialen Krankenversicherung mit den LKF–Zahlungen abgegolten waren. Dies war etwa eine Nackendichtemessung oder ein Combined Test bei einem Alter der Mutter über 35 oder ein Organscreening, wenn die Mutter bereits ein Kind mit Fehlbildungen geboren hatte. Solche Untersuchungen sollten aus Gründen der Qualitätssicherung in dafür besonders geeigneten Zentren durchgeführt werden. Eine Verrechnung dieser Leistungen an die Versicherte durfte die Fondskrankenanstalt nur außerhalb dieser Indikationen vornehmen.

Der ÖSG 2017 sah vor, dass Perinatalzentren als Referenzzentren auch für pränatale Diagnostik Mütter und Kinder mit pränatal diagnostizierten medizinischen Risikokonstellationen umfassend zu versorgen hatten. Auch Abteilungen der Schwerpunktversorgung hatten Schwangere mit festgestellten Risikobildern zu betreuen und Fehlbildungs–Ultraschalluntersuchungen sowie fachspezifische genetische Untersuchungen durchzuführen.

[50] § 132c Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. 189/1955 i.d.g.F.

[51] Verordnung des Bundesministers für Gesundheit und Umweltschutz vom 20. Mai 1981 über vordringliche Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit, BGBl. 274/1981

Niederösterreichische Krankenanstalten

37.1 Die NÖ Landeskliniken–Holding definierte 2010 für ihre Krankenanstalten in einem Finanzierungsschema, unter welchen Voraussetzungen Schwangere welche pränataldiagnostischen Leistungen unentgeltlich oder entgeltlich beanspruchen konnten. Demnach waren etwa – in Übereinstimmung mit dem Schreiben des Hauptverbands – Nackendichtemessung bzw. Combined Test und Organscreening bei Vorliegen bestimmter Indikationen unentgeltlich.

Bei den entgeltlich durchgeführten Untersuchungen handelte es sich um von der Schwangeren gewünschte Sonderleistungen[52], für die eine Gebühr im Landesgesetzblatt festgesetzt war.[53] Laut Gebührenfestsetzung für das Jahr 2018 kosteten die Nackendichtemessung 120 EUR, der Combined Test 230 EUR und das Organscreening durch zertifiziertes Personal[54] 176 EUR.

Das bedeutete aber nicht, dass alle Geburtshilfen diese Leistungen auch anboten bzw. anbieten mussten. Das LK Korneuburg etwa führte mangels eines entsprechend ausgebildeten Pränataldiagnostikers in der Ambulanz keine Organscreenings durch. Einige Grundversorgungs– und Schwerpunkt B–Geburtshilfen boten keine pränataldiagnostische Untersuchungen an; in einer Grundversorgung konnten diese Untersuchungen nur bei entsprechender Indikation in Anspruch genommen werden. Einige Geburtshilfen, darunter auch Grundversorgungen, führten die Untersuchungen sowohl unentgeltlich als auch entgeltlich durch, vereinzelt sogar mehr Untersuchungen als Geburten. Der Anteil an Schwangeren ohne Indikationen war dabei sehr unterschiedlich. Das UK St. Pölten betreute auch Schwangere, bei denen zur Abklärung von auffälligen Vorbefunden invasive Methoden erforderlich waren.

Die NÖ Landeskliniken–Holding erachtete pränataldiagnostische Untersuchungen im Wesentlichen als Leistungen des niedergelassenen Bereichs und sah dafür keinen Steuerungsbedarf. Das Angebot an pränataldiagnostischen Leistungen in den einzelnen Krankenanstalten hing vom Vorliegen der erforderlichen infrastrukturellen und personellen Gegebenheiten ab.

Laut § 43b NÖ KAG konnten die Rechtsträger der Krankenanstalten Fachärztinnen und Fachärzten die Führung einer Ordination in den Räumlichkeiten der Krankenanstalt einräumen. Dabei war eine kostenmäßige und organisatorische Trennung zwischen Krankenanstalt und Ordination vorzunehmen. Der RH konnte nicht feststellen, ob Ambulanzen Schwangere an derartige, vereinzelt eingerichtete Ordinati-

[52] § 45 Abs. 1 lit. e NÖ KAG

[53] NÖ Krankenanstaltengebühren, medizinische Sonderleistungen und ambulanter Leistungskatalog der NÖ Fondskrankenanstalten 2018, LGBl. 103/2017

[54] ÖGUM–Zertifikat der Stufe II (ÖGUM = Österreichische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin)

onen zwecks Durchführung von pränataldiagnostischen Untersuchungen verwiesen. Diesbezügliche Vorgaben der NÖ Landeskliniken–Holding gab es nicht.

37.2 Der RH hielt fest, dass die niederösterreichischen Geburtshilfen gemäß den Vorgaben der NÖ Landeskliniken–Holding pränataldiagnostische Untersuchungen – soweit sie diese bei Vorhandensein entsprechender Ressourcen anboten – dann unentgeltlich durchführten, wenn bei der Schwangeren entsprechende Risikofaktoren bzw. Indikationen vorlagen. Schwangere ohne diese Voraussetzungen hatten die Kosten für die Untersuchungen selbst zu tragen. Die Entscheidung, pränataldiagnostische Untersuchungen anzubieten, überließ die NÖ Landeskliniken–Holding den einzelnen Geburtshilfen.

St. Josef Krankenhaus

38.1 Das KH St. Josef führte pränataldiagnostische Untersuchungen im überprüften Zeitraum ausschließlich entgeltlich durch (Preise zum Stand 1. Jänner 2018: Nackendichtemessung: 130 EUR, Combined Test: 190 EUR, Organscreening: 160 EUR). Diese Untersuchungen waren weitgehend den zur Geburt angemeldeten Schwangeren mit fachärztlicher Überweisung vorbehalten. Die Anzahl der Untersuchungen hatte sich im überprüften Zeitraum auf mehr als 1.500 im Jahr 2018 mehr als verdoppelt.

Die Verrechnung der Kosten auch an Schwangere mit Indikationen begründete das KH St. Josef damit, dass es zum Zeitpunkt der Klarstellung des Hauptverbands im Jahr 2010 kaum derartige Untersuchungen durchgeführt habe und die Frage der Kostenpflicht damals nicht relevant gewesen sei. Seit einem Hinweis Anfang 2019 verrechne es die Untersuchungen bei Vorliegen von Indikationen nicht mehr.

38.2 Der RH kritisierte, dass das KH St. Josef im überprüften Zeitraum pränataldiagnostische Untersuchungen auch Schwangeren mit Risikofaktoren bzw. Indikationen verrechnete und diese Praxis erst 2019 änderte, obwohl diese Leistungen gemäß Schreiben des Hauptverbands im Rahmen der LKF–Zahlungen seit 2010 abgegolten waren.

Krankenanstalten des KAV

39.1 (1) Im überprüften Zeitraum führten neben dem SMZ Ost auch drei weitere Krankenanstalten pränataldiagnostische Untersuchungen insbesondere in Form des Ersttrimesterscreenings und des Organscreenings durch. Diese waren bei krankenversicherten Frauen immer unentgeltlich. Die Zahl der KAV–weit durchgeführten Untersuchungen sank im überprüften Zeitraum – bei einer Steigerung der Geburtenzahlen um 8,6 % auf rd. 13.500 im Jahr 2018 – um 28 % von über 13.200 auf rd. 9.600, wobei die stärksten Rückgänge im SMZ Ost (44 %) und in einer weite-

ren Krankenanstalt (58 %) zu verzeichnen waren. In einer Krankenanstalt blieb die Zahl der Untersuchungen weitgehend konstant. Hier war auch der Anteil der Untersuchungen, denen eine Indikation[55] gemäß Schreiben des Hauptverbands zugrunde lag, mit rund einem Drittel am größten, während die anderen drei Krankenanstalten in mehr als drei Viertel der Fälle die Untersuchungen auch ohne Indikation unentgeltlich durchführten. Mit der Reduktion der Untersuchungen insgesamt ging in diesen drei Krankenanstalten jeweils eine leichte Steigerung des Anteils der Fälle mit Indikation einher. Der KAV begründete die Abnahme der Zahl der Untersuchungen mit dem Abgang von entsprechend ausgebildetem fachärztlichen Personal[56] in den niedergelassenen Bereich.

(2) Im Jahr 2018 lag der für KAV–Krankenanstalten festgesetzte Ambulatoriumsbeitrag[57] für ein Organscreening bei 217,28 EUR, für ein Ersttrimesterscreening bei 181,59 EUR. Diese Beiträge hatten nur Schwangere ohne Pflichtversicherung zu bezahlen, obwohl die Generaldirektion des KAV im April 2010 in dem Erlass „Humangenetik" die Krankenanstalten über die im Schreiben des Hauptverbands angeführten Indikationen informiert hatte. Dass der KAV auch Schwangeren ohne Indikationen pränataldiagnostische Untersuchungen unentgeltlich ermöglichte, begründete er insbesondere mit dem Erhalt und Ausbau der nötigen Expertise für die Diagnose von Fehlbildungen. Ob eine Schwangere ohne Indikationen die Untersuchungen in der Krankenanstalt tatsächlich in Anspruch nehmen konnte oder an den niedergelassenen Bereich verwiesen wurde, hing insbesondere von den personellen Kapazitäten ab.

Im Juni 2018 überlegte der KAV, pränataldiagnostische Untersuchungen nur mehr Schwangeren mit Risikofaktoren unentgeltlich anzubieten. Damit wollte man jene Fälle reduzieren, in denen sich Frauen nur deswegen zur Geburt in einer Krankenanstalt des KAV anmeldeten, um unentgeltlich pränataldiagnostische Leistungen beanspruchen zu können, anschließend aber nicht in dieser Krankenanstalt entbanden (No–Show–Rate, TZ 17). Die geplante Dienstanweisung trat bis Ende Juli 2019 nicht in Kraft.

Die Leitungen der Geburtshilfen des KAV befürworteten die unentgeltliche Bereitstellung wesentlicher pränataldiagnostischer Leistungen für alle Schwangeren in Wien. Die Hauptverbandskriterien zur Kostenübernahme würden nicht mehr den geburtshilflichen Standards entsprechen.

Laut Medizinischem Masterplan für die KAV–Krankenanstalten (ohne AKH Wien) sollte die Pränataldiagnostik in einem Zentrum organisiert werden und der Combined Test für

[55] Auswertbar war nur die Indikation des mütterlichen Alters, die den größten Anteil einnahm.

[56] mit Zertifizierungen für die Ultraschalluntersuchungen

[57] Verordnung der Wiener Landesregierung über die Festsetzung der Ambulatoriumsbeiträge für die Wiener Städtischen Krankenanstalten, LGBl. 5/2018

alle Schwangeren unentgeltlich verfügbar sein, ein unentgeltliches Organscreening hingegen nur bei Vorliegen von Risikofaktoren.

(3) Im Jahr 2016 beschwerten sich mehrere Frauen bei der Wiener Pflege–, Patientinnen– und Patientenanwaltschaft, sie hätten sich im Zuge der Anmeldung zur Geburt in einer KAV–Krankenanstalt dazu verpflichten müssen, auf „eigenen Wunsch" pränataldiagnostische Untersuchungen durchführen zu lassen und einen Nachweis darüber zu erbringen; anderenfalls würden sie das zugesagte Bett wieder verlieren. Diese Untersuchungen seien mangels Kapazitäten der Ambulanzen außerhalb der Krankenanstalt durchzuführen und von der Schwangeren zu bezahlen. In der den Schwangeren ausgehändigten Liste mit entsprechenden Einrichtungen fand sich auch die Ordination eines in einer Krankenanstalt tätigen Facharztes. Nach Intervention der Wiener Pflege–, Patientinnen– und Patientenanwaltschaft untersagte der KAV seinen Geburtshilfen, pränataldiagnostische Untersuchungen als Bedingung für eine Geburtsanmeldung zu verlangen.

39.2 Der RH hielt fest, dass die Krankenanstalten des KAV pränataldiagnostische Untersuchungen auch dann unentgeltlich durchführten, wenn bei den Schwangeren keine Indikationen vorlagen. In diesen Fällen wäre es möglich gewesen, festgesetzte Ambulatoriumsbeiträge zu verrechnen. Der RH kritisierte, dass es keine Vorgaben des KAV für eine einheitliche Vorgangsweise bei ambulant erbrachten pränataldiagnostischen Leistungen gab. Laut Unterlagen bestand das Ziel, auch Schwangeren ohne Risikofaktoren solche Leistungen zur Verfügung zu stellen. Tatsächlich aber erfolgte eine deutliche Reduktion der Untersuchungen im überprüften Zeitraum und es war nicht nachvollziehbar, nach welchen Kriterien die Geburtshilfen die unentgeltlichen Untersuchungen an Schwangere vergaben.

Der RH kritisierte, dass im Jahr 2016 eine KAV–Krankenanstalt nicht verpflichtende pränataldiagnostische Untersuchungen zur Bedingung für eine Geburtsanmeldung machte.

Der RH empfahl dem Wiener Gesundheitsverbund, einheitliche Kriterien für die Vergabe und Verrechnung von – indizierten und nicht indizierten – pränataldiagnostischen Untersuchungen in den Ambulanzen der Krankenanstalten vorzugeben und dabei die Regelungen des Hauptverbands zu beachten.

39.3 Laut Stellungnahme der Stadt Wien teile der Wiener Gesundheitsverbund die Ansicht des RH. Die bisherige Vorgabe einheitlicher Kriterien für die Vergabe und Verrechnung von pränataldiagnostischen Untersuchungen entsprechend ihrer medizinischen Indikation würde in den Ambulanzen der Krankenanstalten verstärkt weitergeführt.

Resümee

40.1 (1) Die geburtshilflichen Ambulanzen der drei überprüften Krankenanstaltenträger unterschieden sich im Angebot und in der Verrechnung von pränataldiagnostischen Untersuchungen. Obwohl diese Leistungen laut NÖ Landeskliniken–Holding dem niedergelassenen Bereich zuzuordnen waren, führten sie auch Krankenanstalten in unterschiedlichem Ausmaß durch. Während die NÖ Landeskliniken–Holding die Unentgeltlichkeit solcher Untersuchungen an das Vorliegen von Indikationen gemäß Schreiben des Hauptverbands knüpfte, verrechnete das KH St. Josef diese Untersuchungen auch Schwangeren mit Indikationen. In den Krankenanstalten des KAV hingegen waren die Untersuchungen bei krankenversicherten Schwangeren generell unentgeltlich, standen aber aus Kapazitätsgründen nicht allen zur Verfügung.

(2) Die Durchführung bzw. Empfehlung von pränataldiagnostischen Untersuchungen war auch haftungsrechtlich relevant, weil aus unterlassenen, nicht empfohlenen oder nicht ordnungsgemäß durchgeführten Untersuchungen im Falle der Geburt eines behinderten Kindes Schadenersatzansprüche resultieren konnten. Einer umfassenden Aufklärung kam daher große Bedeutung zu.

40.2 Der RH erachtete die Unterschiede in Angebot und Verrechnungspraxis von bzw. bei pränataldiagnostischen Untersuchungen in Krankenanstalten als problematisch, zumal diese Untersuchungen eng mit haftungsrechtlichen Fragen und Folgen verbunden sein konnten.

Daher empfahl der RH dem Ministerium, dem Land Niederösterreich und der Stadt Wien, gemeinsam mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger geeignete Maßnahmen zu setzen, um eine angemessene, dem Stand der Wissenschaft entsprechende Versorgung von Schwangeren im Bereich der vorgeburtlichen Untersuchungen sicherzustellen.

40.3 Laut Stellungnahme des Ministeriums behandle dieser Punkt die pränataldiagnostischen Untersuchungen, die bei Zutreffen der in der Verordnung des Bundesministers für Gesundheit und Umweltschutz vom 20. Mai 1981 über vordringliche Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit festgelegten Risikofaktoren den schwangeren Frauen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden müssten. Der Hauptverband habe dazu die dafür in Betracht kommenden Untersuchungen und die Indikationen für die Leistungserbringung auf Kosten der Krankenversicherung definiert und festgehalten, dass diese Untersuchungen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten mit den LKF–Zahlungen abgegolten seien. Diese Untersuchungen sollten nach Ansicht des Hauptverbands aus Gründen der Qualitätssicherung dafür besonders geeignete Zentren, die sich optimalerweise in Verbindung mit geburtshilflichen Abteilungen befinden, erbringen. Dementsprechend bestünden für die Erbringung dieser Leis-

tungen auch keine gesamtvertraglichen Vereinbarungen zur Honorierung derartiger Untersuchungen im niedergelassenen Bereich.

Weiters – so das Ministerium – liege das vom RH aufgezeigte Problem nunmehr darin, dass offenbar zumindest einzelne Krankenanstalten zunehmend aus Kapazitätsgründen derartige Untersuchungen nicht mehr oder unzureichend erbringen würden. Daraus resultiere die Empfehlung des RH zur Setzung geeigneter Maßnahmen, um eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende Versorgung der Schwangeren im Bereich der vorgeburtlichen Untersuchungen sicherzustellen.

Das Land Niederösterreich sagte zu, Gespräche mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger aufzunehmen.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien werde sie die Empfehlung des RH aufgreifen und die Thematik der vorgeburtlichen Untersuchungen im Rahmen der Bundes–Zielsteuerungskommission thematisieren.

40.4 Der RH entgegnete dem Ministerium, dass seine Empfehlung nicht nur auf pränataldiagnostische Untersuchungen an Schwangeren mit Risikofaktoren abzielte, sondern auf alle pränanataldiagnostischen Untersuchungen und auf die Klärung der Frage, wo (z.B. im niedergelassenen Bereich oder in Krankenanstalten) und in welchem Ausmaß diese kostenpflichtig oder kostenlos durchzuführen wären. Er hielt daher seine Empfehlung aufrecht.

Verlegung von kranken Neugeborenen

Allgemeines

41 Während die Versorgung von gesunden Neugeborenen[58] auf den geburtshilflichen Einheiten – allenfalls unter Beiziehung von pädiatrischem Fachpersonal – erfolgte, war bei kranken Neugeborenen eine Verlegung auf eine Neonatologie erforderlich. War in der Krankenanstalt keine oder keine adäquate neonatologische Versorgung vorhanden und im Falle absehbarer Probleme eine rechtzeitige Verlegung der Schwangeren nicht möglich, waren das Neugeborene und oft auch die Mutter zu verlegen.

Abgesehen von geplanten Verlegungen erfolgten Transporte von Neugeborenen häufig akut und medizinisch dringlich. Zwar gab es – auch trägerübergreifend – Kooperationen zwischen den Krankenanstalten untereinander und mit Rettungsorganisationen sowie Vereinbarungen und vordefinierte Abläufe. Dennoch erforderten Notfälle anlassbezogen ein hohes Maß an Organisation und Kommunikation zwischen den Beteiligten. Für den (Intensiv–)Transport von Neugeborenen waren ein für den Transportinkubator geeignetes Transportmittel (bodengebunden oder Hubschrauber) sowie eine entsprechend ausgebildete Begleitung erforderlich.

Neugeborenentransporte

42.1 (1) In Niederösterreich waren Neugeborenentransporte je nach Standort und Verfügbarkeit adäquaten Personals bzw. entsprechender Fahrzeuge unterschiedlich organisiert. Teilweise holte ein aus fachärztlichem und pflegerischem Personal bestehendes Team der aufnehmenden neonatologischen Abteilung das Neugeborene von der zuweisenden Krankenanstalt ab, teilweise war dies nicht möglich.

Die NÖ Landeskliniken–Holding entwickelte daher ab dem Jahr 2015 ein Konzept für eine an internationalen Leitlinien orientierte Organisationsfestlegung: Demnach sollte die pädiatrische Abteilung des UK St. Pölten rund um die Uhr und zentral für ganz Niederösterreich das für einen qualifizierten Transport von Neu– und Frühgeborenen mit lebensbedrohlichen Krankheitsbildern erforderliche Fachpersonal für die Begleitung aller Transporte innerhalb Niederösterreichs und in ein anderes Bundesland zur Verfügung stellen. Das Transportmittel sollten weiterhin die Rettungsorganisationen stellen. Die Zentralisierung des Transports sollte nicht nur eine den Leitlinien entsprechende Transportqualität sicherstellen, sondern auch die pädiatrischen Abteilungen entlasten.

[58] Darunter waren auch jene Neugeborenen zu verstehen, die unter häufig nach der Geburt auftretenden „leichten“ gesundheitlichen Störungen litten, insbesondere an der Neugeborenen–Gelbsucht.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war das Konzept noch nicht umgesetzt, die personellen Ressourcen im Rahmen des Dienstpostenplans aber schon genehmigt. Die NÖ Landeskliniken–Holding verwies hinsichtlich der Umsetzung auf den Mangel an neonatologisch–fachärztlichem Personal.

(2) Für Neugeborenentransporte der KAV–Krankenanstalten stellten Rettungsorganisationen das Transportmittel zur Verfügung; das begleitende Team (pädiatrisches Fachpersonal und Intensivpflegekraft) kam häufig aus der Zielkrankenanstalt. Transporte aus dem KH St. Josef begleitete teilweise eigenes Personal oder Personal der Rettungsorganisationen; kritisch kranke Kinder waren laut einer Kooperationsvereinbarung mit dem KAV durch Personal der Zielkrankenanstalt abzuholen.

Aufgrund immer wieder auftretender Kapazitätsprobleme insbesondere hinsichtlich des Begleitpersonals strebte man eine wienweite Lösung für einen durch Fachpersonal begleiteten neonatologischen Transportdienst an. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es schriftliche Überlegungen, aber kein umsetzungsreifes Konzept.

42.2 Der RH stellte fest, dass sowohl in Niederösterreich als auch in Wien bei der Durchführung der Neugeborenentransporte insbesondere hinsichtlich des Begleitpersonals Kapazitätsprobleme auftraten. In beiden Ländern existierten Überlegungen und – in unterschiedlichem Ausmaß ausgearbeitete – Konzepte für eine zentrale Transportbegleitung.

Der RH empfahl daher der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, der St. Josef Krankenhaus GmbH und dem Wiener Gesundheitsverbund, geeignete Maßnahmen zu setzen, um eine optimale Transportqualität bei der Verlegung von kranken Neugeborenen sicherzustellen. Die Stadt Wien sollte die Wiener Krankenanstaltenträger dabei unterstützen.

Hinsichtlich des neonatologischen Personals verwies er auf seine Empfehlung in TZ 12.

42.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich werde das dem RH vorliegende Konzept derzeit umgesetzt.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien habe der Wiener Gesundheitsverbund im Juli 2019 die Zuständigkeit der Wiener Städtischen Krankenanstalten für die Neo–Transportbereitschaft verbundweit geregelt. Darin sei festgelegt, welches Haus für den Transport eines kritisch kranken Neugeborenen zuständig sei. Um die Regelung nachhaltig implementieren zu können, sei im Oktober 2019 im Wiener Gesundheitsverbund im Auftrag des Vorstands ein Projekt zum Thema „Neonatologie–Konzept Wien – Wien–weite Neugeborenen Transporte“ gestartet worden. Inhalt des Projekts sei – unter Einbeziehung aller Stakeholder – die Überlegung und Konzeption

verschiedener wienweiter und auch trägerübergreifender Modelle für die Primärtransporte von Neugeborenen (d.h. Frühgeborenen und kranken Neugeborenen).

Die St. Josef Krankenhaus GmbH teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass laut § 5 Wiener Rettungs– und Krankentransportgesetz die Stadt Wien den Rettungsdienst für das Gemeindegebiet sicherzustellen habe. Sie sei gerne bereit, die Stadt Wien bei der Umsetzung geeigneter Maßnahmen zu unterstützen, sehe die Verantwortung aber bei der Stadt Wien.

42.4 Der RH entgegnete der St. Josef Krankenhaus GmbH, dass es sich bei der Verlegung von Neugeborenen um einen Transport zwischen zwei Krankenanstalten handelte, der – auch trägerübergreifend – eine entsprechende Koordination und Kooperation voraussetzte. Er hielt daher seine Empfehlung nach Setzung von geeigneten Maßnahmen durch die Träger aufrecht; dies unter Unterstützung durch die Stadt Wien.

Qualitäts– und Risikomanagement

Organisation

43.1 (1) Auf Ebene der NÖ Landeskliniken–Holding war im Bereich Qualitätsmanagement für die übergreifende Bearbeitung von Qualitätsthemen seit September 2018 eine Person (ein VZÄ) tätig. Im Rahmen des Patientensicherheitsmanagements waren für das klinische Risikomanagement ab 2019 zwei Personen (zwei VZÄ) verantwortlich. Die Aufgaben umfassten vor allem strategische, planerische, koordinierende und kontrollierende Tätigkeiten und die Mitarbeit in niederösterreichweiten klinikübergreifenden Projekten.

Da die St. Josef Krankenhaus GmbH nur eine Krankenanstalt betrieb, fielen die personellen Ressourcen der im Qualitäts– und Risikomanagement Tätigen zusammen.

Der Bereich „Qualitätsmanagement und PatientInnensicherheit“ im Vorstandsbereich Health Care Management des KAV arbeitete mit den zuständigen Stellen in den Krankenanstalten u.a. in den Bereichen Patientenbefragungen, Patientensicherheit sowie Fehlermelde– und Lernsystem Critical Incident Reporting Systems (**CIRS**) zusammen. Für das Qualitätsmanagement nahmen diese Aufgaben seit 2015 drei VZÄ wahr, für das Risikomanagement zwei VZÄ.

(2) In den Krankenanstalten war das Qualitäts– und Risikomanagement meist als Stabsstelle organisiert. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sowie Risikomanagerinnen und –manager hatten Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren,

zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die Führungsebene zu beraten.

Im Unterschied zur NÖ Landeskliniken–Holding und der St. Josef Krankenhaus GmbH verfügte nur der KAV über Vorgaben zur quantitativen Personalausstattung im Bereich des Qualitäts– und Risikomanagements. Diesen zufolge legte der KAV in den Zielvereinbarungen mit den Kollegialen Führungen 2019 fest, dass je 1.000 systemisierte Betten mittelfristig 4,5 VZÄ für das Qualitäts– und Risikomanagement in den Krankenanstalten des KAV aufzubauen wären. Auf Abteilungsebene ergab eine KAV–weite Erhebung einen Bedarf von rd. 0,6 VZÄ je 1.000 systemisierte Betten.

Die NÖ Landeskliniken–Holding plante personelle Vorgaben für das Qualitäts– und Risikomanagement in ihren Krankenanstalten.

In den überprüften Krankenanstalten stellte der RH Folgendes fest:

Tabelle 22: Qualitäts– und Risikomanagement 2018

	Qualitäts– und Risikomanagement in Köpfen/Vollzeitäquivalenten	systemisierte Betten
	Anzahl	
Landesklinikum Korneuburg	2/0,9	181
Universitätsklinikum St. Pölten	2/1,1	1.027
St. Josef Krankenhaus	2/1,2	221
Sozialmedizinisches Zentrum Ost	1/0,5	993

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

Wie die Tabelle zeigt, war die personelle Ausstattung des Qualitäts– und Risikomanagements bezogen auf die jeweilige Anzahl der systemisierten Betten unterschiedlich. Die vom KAV mittelfristig festgelegte Vorgabe von 4,5 VZÄ je 1.000 systemisierte Betten erfüllte das SMZ Ost 2018 erst zu 11 %.

In den Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des LK Korneuburg sowie des UK St. Pölten nahmen zwei Fachärztinnen und Fachärzte im Ausmaß von insgesamt 0,2 VZÄ bzw. 0,15 VZÄ Aufgaben des Qualitäts– und Risikomanagements wahr. An der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im KH St. Josef war damit keine Person beauftragt. Im SMZ Ost war das genaue Ausmaß der Tätigkeit des zuständigen Facharztes für das Qualitäts– und Risikomanagement – laut Angaben des SMZ Ost – nicht erhebbar; gemäß dem vom KAV erhobenen Bedarf pro Abteilung von 0,6 VZÄ je 1.000 systemisierte Betten wären auf Abteilungsebene 0,04 VZÄ erforderlich.

43.2 Der RH hielt fest, dass nur der KAV, aber nicht die NÖ Landeskliniken–Holding und die St. Josef Krankenhaus GmbH, quantitative Personalvorgaben für das Qualitäts– und Risikomanagement auf Krankenanstalten– und auf Abteilungsebene festlegte. Diese erfüllte das SMZ Ost auf Krankenanstaltenebene noch nicht; auf Abteilungsebene war das genaue Ausmaß der Tätigkeit des zuständigen Facharztes für das Qualitäts– und Risikomanagement nicht erhebbar.

Der RH wies darauf hin, dass die NÖ Landeskliniken–Holding personelle Vorgaben für das Qualitäts– und Risikomanagement in ihren Krankenanstalten plante.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding und der St. Josef Krankenhaus GmbH, personelle Vorgaben für das Qualitäts– und Risikomanagement festzulegen.

Dem Wiener Gesundheitsverbund und der Klinik Donaustadt empfahl er, die personellen Vorgaben im Bereich des Qualitäts– und Risikomanagements zu erfüllen.

43.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich werde die NÖ Landeskliniken–Holding die grundsätzliche strategische Ausrichtung des Qualitäts– und Risikomanagements festlegen. Dies umfasse u.a. die Definition von strukturellen Vorgaben hinsichtlich der Personalausstattung. Der Empfehlung des RH werde dahingehend entsprochen, dass der Dienstpostenplan nach Vorliegen einer Personalbedarfsberechnung entsprechend adaptiert werde.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien teile der Wiener Gesundheitsverbund die Sicht des RH und halte an den Zielvereinbarungen mit den Kollegialen Führungen über den mittelfristigen Aufbau von 4,5 VZÄ je 1.000 systemisierte Betten für das Qualitäts– und Risikomanagement fest.

Risikoanalysen

44.1 (1) In den vom RH überprüften Krankenanstalten führte jeweils dasselbe Unternehmen Sicherheits– und Risikoanalysen (in der Folge: **Audits**) in den Hochrisikobereichen, zu denen auch die Geburtshilfe zählte, durch. Ziele der Untersuchung waren die Identifizierung und Bewertung von Risiken in der Patientenversorgung unter Berücksichtigung schon vorhandener Qualitätsmanagement–Aktivitäten mittels eines IT–unterstützten Assessment–Instruments. Der Fokus lag auf vier Risiko–Themenkomplexen „Behandlung, Dokumentation, Patientenaufklärung und Organisation“. Dieses Unternehmen empfahl notwendige Reorganisationsmaßnahmen zur Risikoprävention.

Bei einer Evaluierung erfolgte die Überprüfung des Umsetzungsstands und der Wirksamkeit der vereinbarten Maßnahmen.

(2) In den Geburtshilfen der überprüften Krankenanstalten stellte der RH Folgendes fest:

Tabelle 23: Sicherheits– und Risikoanalysen sowie Monitoring in den Geburtshilfen

	Erstanalyse	Evaluierung	Monitoring
Landesklinikum Korneuburg	September 2011	Mai 2013	NÖ Landeskliniken–Holding (Medizinische Betriebsunterstützung)
Universitätsklinikum St. Pölten	Dezember 2016	–	
St. Josef Krankenhaus	Dezember 2014	November 2017	St. Josef Krankenhaus (Qualitäts– und Risikomananagement)
Sozialmedizinisches Zentrum Ost	April 2013	Jänner 2014	Wiener Krankenanstaltenverbund (Health Care Management)

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

- In der Geburtshilfe des LK Korneuburg lag im Jahr 2011 laut Erstanalyse kein Risikothema im roten (nicht tolerierbaren) Bereich; die Beanstandungen aus den weniger risikobehafteten Bereichen (z.B. bedarfsgerechter Personaleinsatz, Schulungsmaßnahmen) waren laut Evaluierung 2013 behoben. Eine baldige Re–Evaluierung war nicht geplant.

  Auf der Geburtshilfe des UK St. Pölten ergab die Erstanalyse aus 2016 Handlungsbedarf vor allem bei den räumlichen Gegebenheiten. Diesbezüglich erfolgten erste Schritte im Jahr 2019 (Übersiedlung der Neonatologie in die räumliche Nähe der Geburtshilfe); ab 2024 sollen Kreißsaal, Operationsbereich und Neonatologie auf einer Ebene in einem eigenen Gebäude untergebracht sein.

  Die NÖ Landeskliniken–Holding führte ein internes Monitoring durch, worin sie den selbstbewerteten Stand der Umsetzung samt Umsetzungszeitpunkt und Erfüllungsgrad der empfohlenen Maßnahmen aufnahm und darstellte. Eine externe Evaluierung fand bisher nicht statt, war aber für 2020 geplant.

  Die NÖ Landeskliniken–Holding legte die systematische Durchführung von Audits auch als eines der strategischen Sub–Ziele laut Zielelandkarte 2019 – 2024 fest. Sie plante vier bis sechs Audits und ungefähr ebenso viele Evaluierungen pro Jahr. Neben diesen geplanten Aktivitäten sollen auch spontan bei Bedarf bzw. im Anlassfall Audits stattfinden.

- Für die Geburtshilfe des KH St. Josef beanstandeten die Erstanalyse 2014 und die Evaluierung 2017 etwa Risikogeburten ohne Neonatologie sowie Raum– und Personalmangel vor allem in Spitzenzeiten. Das Qualitäts– und Risikomanagement und die Führungskräfte analysierten die Ergebnisse und je nach Bewertung der vorgeschlagenen Maßnahmen planten und initiierten sie die Umsetzung oder diese flossen in das „strategische Projekt" ein. Viele organisatorische, strukturelle und bauliche Maßnahmenvorschläge aus der Erstanalyse konnte das KH St. Josef erst mit Inbetriebnahme der Kinderabteilung (inklusive neonatologischer Überwachungsstation) und mit der Erweiterung räumlicher, technischer und personeller Ressourcen in den Jahren 2018 bzw. 2019 (also rund vier Jahre nach der Erstanalyse) umsetzen.
- Die Erstanalyse der Geburtshilfe im SMZ Ost 2013 sowie die Evaluierung 2014 ergaben vor allem eine unzureichende Dokumentation. Im Herbst 2014 erfolgte durch dasselbe Unternehmen ein spezielles Audit bei allen bisher auditierten und evaluierten Abteilungen des SMZ Ost mit Hauptaugenmerk auf deren Schnittstellen; dabei evaluierte es vor allem die als hoch eingeschätzten Risiken. Auf Basis eines vom KAV gemeinsam mit diesem Unternehmen entwickelten Verfahrens erfolgte im Juni 2019 ein weiteres Audit an der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im SMZ Ost.

44.2 Der RH hielt fest, dass in allen überprüften Krankenanstalten Audits in den Geburtshilfen stattfanden.

Auch wenn die Audits im LK Korneuburg grundsätzlich positiv verliefen, so lagen sie zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bereits sechs bzw. acht Jahre zurück; eine baldige Re–Evaluierung war nicht geplant. Der RH wies kritisch darauf hin, dass im UK St. Pölten – im Unterschied zu den anderen drei Krankenanstalten – bisher keine Evaluierung stattfand und erst für 2020 geplant war; einige bauliche Verbesserungen sollen erst bis 2024 erfolgen.

Der RH empfahl daher der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, den Qualitätszielen angemessene Audit–Frequenzen vorzusehen. Im LK Korneuburg wären die Risikothemen in der Geburtshilfe bis zu einer Re–Evaluierung zu beobachten und im UK St. Pölten wäre ehestmöglich eine Evaluierung im Bereich der Geburtshilfe durchführen zu lassen.

Der RH hielt fest, dass das KH St. Josef viele organisatorische, strukturelle und bauliche Maßnahmenvorschläge aus der Erstanalyse 2014 erst mit Inbetriebnahme der Kinderabteilung (inklusive neonatologischer Überwachungsstation) sowie der Erweiterung räumlicher, technischer und personeller Ressourcen in den Jahren 2018 bzw. 2019 umsetzen konnte.

Der RH hob hervor, dass der KAV ein SMZ Ost–weites Audit mit besonderem Fokus auf die Schnittstellenthematik durchführte, die gerade auch in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie (TZ 45) wesentlich war.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding und der St. Josef Krankenhaus GmbH, die Durchführung eines auf die Schnittstellenthematik fokussierten Audits zu prüfen.

44.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich werde derzeit ein neues Konzept für klinisches Risikomanagement in der NÖ Landeskliniken–Holding entwickelt. Darin würden u.a. Auditfrequenzen definiert und in der laufenden Auditplanung berücksichtigt. Im LK Korneuburg würden u.a. die Risikothemen der Geburtshilfe in einem Re–Audit 2020 erneut analysiert und bewertet. In der Geburtshilfe des UK St. Pölten werde diese Sicherheitsanalyse 2021 stattfinden. In der Auditplanung für 2020 sei die Priorisierung der Schnittstellenthematik bereits berücksichtigt und an das „AuditorInnen–Team“ kommuniziert worden.

Laut Stellungnahme der St. Josef Krankenhaus GmbH habe sie viele der Verbesserungsmaßnahmen aus der Erstanalyse in der Kategorisierung Prozesse und Dokumentation bereits im Jahr 2015, also sehr zeitnah, umsetzen können. Andere Verbesserungsmaßnahmen hinsichtlich der räumlichen Ressourcen und Strukturen (z.B. Schaffung einer neonatologischen Überwachungsstation) seien mit dem Bau und der Umsetzung des strategischen Projekts in den Jahren 2018 und 2019 umgesetzt worden.

Fehlermelde– und Lernsystem

45.1 (1) Bei den Fehlermelde– und Lernsystemen handelte es sich um Erfassungssysteme für Fehler, „Beinaheschäden“ und Schäden, die auf eine Analyse der Fehlererkennung und Vermeidung zukünftiger Fehler ausgerichtet waren. Diese sollten einerseits die Patientensicherheit und andererseits die Entwicklung einer Fehlerkultur ohne Schuldzuweisung bei der Aufarbeitung unerwünschter Ereignisse fördern. Als wichtigste Merkmale eines Fehlermeldesystems galten die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Sanktionsfreiheit und die Anonymität der Meldenden.

Eine der Handlungsempfehlungen der Patientensicherheitsstrategie 2.0[59] an Verantwortliche im Gesundheitswesen war, „Initiativen zu fördern, um das Einführen bzw. Ausbauen sanktionsfreier Räume der Berichterstattung (Fehlermelde– und Lernsysteme) zu ermöglichen“.

[59] österreichweite Rahmenvorgabe; beschlossen durch die Bundes–Zielsteuerungskommission im November 2018

(2) Laut NÖ Landeskliniken–Holding plane sie, das Fehlermelde– und Lernsystem CIRS im LK Korneuburg 2020 sowie im UK St. Pölten 2021 und 2022 umzusetzen. Das UK St. Pölten führte seit April 2015 ein eigenes Register kritischer Ereignisse, das aber kein klassisches Fehlermeldesystem war, weil u.a. die Anonymität der Meldenden sowie Beinahe–Vorkommnisse fehlten. Die Meldungen erfolgten aus einem Katalog von 14 taxativ aufgelisteten, allgemein vorformulierten Vorkommnissen.

(3) Eine Auswertung des im KH St. Josef seit Mai 2008 betriebenen Fehlermeldesystems ergab für den Zeitraum 2015 bis 2018, dass 38 % bis 51 % der Meldungen – bezogen auf das Gesamtkrankenhaus – auf den Bereich der Geburtshilfe inklusive Neugeborenen entfielen. Die Meldungen thematisierten u.a. fehlende Ressourcen aufgrund hoher Geburtsanmeldungen oder die mangelnde Verfügbarkeit von pädiatrischem Personal.

(4) An der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im SMZ Ost startete das abteilungszentrierte CIRS im Jahr 2013. Die bis Oktober 2014 erfolgten 40 Eingaben betrafen meist eine bestimmte Schnittstelle zur Neonatologie, die in der Folge behoben wurde. Seitdem nahm die Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe keine Meldungen mehr vor. Ab 2018 startete im SMZ Ost das krankenhausweite Fehlermeldesystem CIRS.

45.2 Der RH wies – auch im Hinblick auf die Patientensicherheitsstrategie 2.0 – auf die Bedeutung von Fehlermeldesystemen zur Verbesserung der Patientensicherheit hin und unterstrich die Voraussetzungen der Freiwilligkeit, Sanktionsfreiheit und Anonymität. Er hielt fest, dass es im LK Korneuburg und im UK St. Pölten im überprüften Zeitraum kein krankenhausweites Fehlermeldesystem gab, und verwies auf die geplante Einführung des standardisierten internen Fehlermelde– und Lernsystems für diese Krankenanstalten.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, im LK Korneuburg und im UK St. Pölten ein Fehlermelde– und Lernsystem baldig umzusetzen.

Der RH wies darauf hin, dass das KH St. Josef schon seit 2008 ein Fehlermeldesystem einsetzte und die Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe dieses nutzte. Er hielt fest, dass die Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im SMZ Ost nach anfänglicher Nutzung ihres CIRS keine Ereignisse mehr einmeldete.

Der RH empfahl dem Wiener Gesundheitsverbund und der Klinik Donaustadt, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Bewusstsein für die Bedeutung von Fehlermeldungen zur Verbesserung der Patientensicherheit durch gezielte Maßnahmen (z.B. Informationsveranstaltungen) zu stärken.[60]

45.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich implementiere das LK Korneuburg 2020 ein Fehlermelde– und Lernsystem. Für das UK St. Pölten sei die Implementierung 2021 und 2022 geplant.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien seien die Bediensteten in der Klinik Donaustadt bereits im Sommer 2019 bezüglich des CIRS/Fehlerberichtssystems geschult und nachgeschult worden. Die Evaluierung der angeregten Maßnahme erfolge im ersten Quartal 2020.

Austrian Inpatient Quality Indicators

Allgemeines

46 (1) Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 erklärten Bund, Länder und Sozialversicherungsträger das 2011 als Projekt eingeführte Indikatorenmodell zur bundesweit einheitlichen Ergebnisqualitätsmessung A–IQI unter Anwendung von Peer–Review–Verfahren[61] für verbindlich.[62]

Für die Arbeiten zu A–IQI richtete das Ministerium eine Steuerungsgruppe, einen Wissenschaftlichen Beirat sowie eine Geschäftsstelle im Ministerium ein.

Die Krankenanstalten erhielten dreimal jährlich ihre A–IQI–Auswertungen. Laut überprüften Krankenanstalten würden diese in ihren jeweiligen Gremien analysiert. Seit dem Jahr 2013 veröffentlichte das Ministerium kumulierte A–IQI–Jahresberichte – nicht bezogen auf Krankenanstalten – jeweils mit Daten bzw. Kennzahlen aus den vorvergangenen Jahren sowie Peer–Review–Ergebnissen. Einen direkteren Zugang zu konkreten Ergebnissen von A–IQI erhielt die Bevölkerung über die Informationsplattform „kliniksuche.at“ mit ausgewählten Daten zu den jeweiligen Krankenanstalten.

[60] siehe u.a. RH–Bericht „Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten“ (Reihe Bund 2014/7, TZ 17)

[61] Das Peer–Review–Verfahren war ein strukturiertes, systematisches Verfahren und beruhte auf einer retrospektiven Krankengeschichtenanalyse. Das Verfahren führten „externe“, unabhängige, erfahrene und geschulte Primarärztinnen und Primarärzte oder leitende Oberärztinnen und Oberärzte (Peers) grundsätzlich in den Krankenanstalten vor Ort durch. Es erfolgte hauptsächlich zur Klärung statistischer Auffälligkeiten; Ziel dabei war es vor allem, den gesamten Behandlungsprozess zu optimieren.

[62] Art. 7 Abs. 3 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit, BGBl. I 200/2013, § 7 Abs. 2 Z 1 Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I 81/2013 und § 3 Abs. 1 erster Satz Gesundheitsqualitätsgesetz i.d.F. BGBl. I 81/2013

(2) Die Datengrundlage für die Berechnungen der A–IQI–Indikatoren bildete der Basisdatensatz der Diagnosen– und Leistungsdokumentation. Dieser diente primär der Abrechnung stationärer Aufenthalte, war von jeder Krankenanstalt über das LKF–System zu erfassen und dem Ministerium verpflichtend zu melden. Die Qualitätsindikatoren wurden anhand von Krankheitsbildern (z.B. Geburten, stationär aufgenommene Neugeborene) oder Operationen (z.B. Kaiserschnitt) gebildet. Auch die Ergebnisse anderer Qualitätsregister (z.B. Schlaganfall, Endoprothesen) der Gesundheit Österreich GmbH flossen in den A–IQI–Prozess ein.

A–IQI in der Geburtshilfe und der Neonatologie

47.1 (1) In den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie stellten sich die bisherigen Entwicklungen in A–IQI wie folgt dar:

- Im Bereich der Geburtshilfe gab es ursprünglich sechs Indikatoren, wobei fünf nur der Information dienten. Die Indikatoren „Kaiserschnitte bei risikoarmer Geburt" wurden im Hinblick auf die unzureichende Datenqualität mittlerweile gestrichen. Nur der mütterliche Todesfall im Zusammenhang mit der Geburt löste eine sogenannte Auffälligkeit aus und sollte zu einer kritischen Fallanalyse führen. Keiner der Indikatoren sah einen Zielbereich vor.
  Beim Indikator „Anteil Dammriss III. und IV. Grades" hing die Aussagekraft von der Codierqualität der Zusatzdiagnose und auch von der einheitlichen Definition der Stadien ab. Die „A–IQI Indikatorbeschreibung, Version 5.1" ging allerdings davon aus, dass die Dammriss–Diagnosen nicht in allen Fällen codiert wurden. Auch ein vom RH durchgeführter Vergleich der A–IQI–Auswertungen mit jenen des Geburtenregisters aus 2017 zeigte unterschiedliche Daten.
- Im Bereich der Neonatologie gab es drei Indikatoren zu stationär aufgenommenen Neugeborenen[63] mit Informationscharakter ohne festgelegten Zielbereich. Zur Möglichkeit der Nachverfolgung von Neugeborenen bei Transferierungen führte das Ministerium im LKF–Modell 2018 die Aufnahmeart „G" für die Aufnahme eines Neu– bzw. Frühgeborenen am Tag der Geburt oder am Folgetag in den allgemein stationären Bereich inklusive Aufnahme auf Intensiveinheiten ein. Dabei war auch die zuweisende Krankenanstalt verpflichtend anzuführen.
- Ein Peer–Review–Verfahren erfolgte in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht. Im Bereich der Neugeborenen habe laut Ministerium in einer Sonderauswertung erstmals 2018 eine Darstellung und Messung von Informationen und Indikatoren in den Kategorien Einstufung, Ausstattung und Versorgung unter erstmaligem Einsatz der Aufnahmeart G stattgefunden; auch eine Datenqualitätskontrolle sei erfolgt.

[63] Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Frühgeburtlichkeit

(2) Im Frühjahr 2019 legte die Steuerungsgruppe für 2020 u.a. den Jahresschwerpunkt auf noch nicht behandelte A–IQI–Themen wie Geburtshilfe bzw. Neugeborene inklusive neuer Sonderauswertung fest. Andere Themenbereiche wie z.B. die Endoprothetik bildeten hingegen seit Langem einen Schwerpunkt der Arbeiten in A–IQI.

Zum Dammriss–Indikator gebe es laut Ministerium Überlegungen, mittels Sonderauswertung jene Patientinnen zu erfassen, bei denen zeitlich versetzt drei bis fünf Jahre nach der Geburt ein Eingriff aufgrund einer Stuhlinkontinenz nach Dammriss notwendig war. Eine Erstauswertung sei für den Wissenschaftlichen Beirat vorbereitet worden. Da die Codierung der Diagnose Dammriss laut Ministerium nicht zufriedenstellend sei, werde diese auch im Zuge des Schwerpunkts 2020 thematisiert.

Damit Neugeborene nicht nur dann erfasst würden, wenn Erkrankungen vorlagen, befand sich laut Ministerium zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die verpflichtende Aufnahme des Geburtsgewichts des Kindes und der Schwangerschaftsdauer als Diagnose im LKF–Datensatz der Mutter in Umsetzung. Dadurch könne erstmals das Kind der Mutter zugeordnet werden und sei etwa die Frühgeburtlichkeit besser abgebildet, was die Qualitätsarbeit im Bereich Geburtshilfe verbessere.

47.2 Der RH hielt fest, dass die A–IQI–Indikatoren im Bereich Geburtshilfe und Neugeborene – bis auf den Todesfall der Mutter – nur Informationen ohne festgelegten Zielbereich darstellten und daher wenig aussagekräftig waren. Der RH wies darauf hin, dass in den vergangenen Jahren Weiterentwicklungen stattfanden. So erfolgte die Streichung der Indikatoren „Kaiserschnitte bei risikoarmer Geburt“ wegen mangelnder Datenqualität; im LKF–System wurde die Aufnahmeart „G“ für die Nachverfolgung von Neugeborenen bei Transferierungen definiert.

Der RH empfahl dem Ministerium, die Weiterentwicklung aussagekräftiger A–IQI–Indikatoren in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie voranzutreiben.

Der RH hielt fest, dass die Codierqualität von Dammriss–Diagnosen im LKF–System unzureichend war und die Daten nicht mit jenen im Geburtenregister übereinstimmten. Er wies darauf hin, dass das Geburtenregister eine große Anzahl an Qualitätskennzahlen, wie z.B. Dammschnitte, Verlegungsrate, Vitalwerte und Sterblichkeit, regelmäßig für alle Geburtshilfen in Österreich auswertete.

Der RH empfahl dem Ministerium, im Interesse der Patientensicherheit sowie zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und Ineffizienzen zu evaluieren, wie Synergien mit dem Geburtenregister zu erzielen wären; dies auch im Hinblick auf zusätzliche Informationen in „kliniksuche.at“.

In diesem Zusammenhang wies der RH auch auf die bereits bestehende Zusammenarbeit von A–IQI mit anderen Qualitätsregistern hin.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, der St. Josef Krankenhaus GmbH und dem Wiener Gesundheitsverbund, im Sinne der Qualitätssicherung auf eine bessere Codierung von Diagnosen hinzuwirken.

Der RH hielt fest, dass im Bereich der Neonatologie zwar eine Sonderauswertung erfolgt sei, er vermerkte aber kritisch, dass bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Peer–Review–Verfahren weder in diesem Bereich noch im Bereich Geburtshilfe stats tfanden. Andere Themenbereiche wie z.B. die Endoprothetik bildeten hingegen seit Langem einen Schwerpunkt der A–IQI–Arbeiten.

Der RH empfahl dem Ministerium, mit den Arbeiten für den im Jahr 2020 angestrebten Jahresschwerpunkt betreffend Geburtshilfe und Neonatologie baldig zu beginnen.

47.3 Laut Stellungnahme des Ministeriums finde die Weiterentwicklung des Indikatoren–Sets laufend im Wissenschaftlichen Beirat statt. In der nächsten Indikatoren–Version seien bereits Neuerungen im Bereich Geburtshilfe vorgesehen. Weiters verwies das Ministerium auf seine Stellungnahme zu TZ 19 (Zusammenarbeit Geburtenregister). Hinsichtlich des Jahresschwerpunkts der A–IQI–Arbeiten betreffend Geburtshilfe und Neonatologie teilte das Ministerium mit, dass die Arbeiten planmäßig beginnen würden.

Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich werde in sämtlichen Gremien regelmäßig auf die Wichtigkeit der richtigen Diagnosendokumentation hingewiesen. Darüber hinaus würden Angebote aus dem Bildungskatalog zur Codierschulung stattfinden. Die NÖ Landeskliniken–Holding werde diesbezüglich die Bestrebungen zur Verbesserung der Codierqualität weiter intensivieren.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien setze der Wiener Gesundheitsverbund die Empfehlung des RH mittels Informationen sowie einer Anweisung zur Verbesserung der Codierqualität im Bereich der Geburtshilfe an alle seine gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilungen um.

Geburtenregister Österreich

48.1 (1) Das Institut für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken GmbH führte das Geburtenregister. Sein Ziel war es, zur Senkung der perinatalen Mortalität und Morbidität in Österreich beizutragen. Zu diesem Zweck erfasste das Geburtenregister geburtshilfliche Daten aller Krankenhausgeburten in Österreich, die national und international vergleichbar waren. Laut Geburtenregister nahmen seit 2010 alle geburtshilflichen Abteilungen und Universitätskliniken (auch jene in Privatkranken-

anstalten) in Österreich freiwillig teil. Seit 2018 lief ein Projekt, auch Geburten außerhalb von Krankenanstalten statistisch zu erfassen.

(2) Eine gesetzliche Grundlage für das Geburtenregister gab es nicht. Die Zusammenarbeit der Geburtshilfen mit dem Geburtenregister basierte auf schriftlichen Vereinbarungen. Diese regelten u.a. die pseudonymisierte Datenübermittlung durch die Geburtshilfen an das Geburtenregister sowie die Datenauswertung und die Kostenverrechnung.

Die Finanzierung des Geburtenregisters erfolgte durch einen Pauschalbetrag je geborenes Kind (im Jahr 2018 in Summe rd. 162.000 EUR) sowie aus Erlösen für die erstellten Auswertungen. Eine allfällige Kostenunterdeckung trug das Land Tirol bzw. die Tirol Kliniken GmbH im Rahmen der Betriebsabgangsdeckung. Da 94 % der Geburten in Fondskrankenanstalten erfolgten, finanzierte sich das Geburtenregister überwiegend aus öffentlichen Mitteln.

(3) Das Geburtenregister sammelte, validierte und verwaltete detaillierte geburtshilfliche Daten. Die von ihm regelmäßig erstellten Auswertungen umfassten Quartals– und Jahresauswertungen für die einzelnen Geburtshilfen sowie den österreichweiten – im November publizierten – Jahresbericht. Im Rahmen der sogenannten „Strukturierten Qualitätsverbesserung“ definierte der Fachbeirat des Geburtenregisters neun Qualitätsindikatoren. Wenn in einer Geburtshilfe mindestens zwei Indikatoren von einer vordefinierten Bandbreite abwichen oder festgesetzte Grenzen überschritten, forderte das Geburtenregister die Geburtshilfe zu einer Stellungnahme auf. Eine Qualitätsgruppe des Fachbeirats evaluierte und kommentierte diese Stellungnahme.

(4) Den Vereinbarungen zufolge übermittelte das Geburtenregister abteilungsspezifische Ergebnisse nur der jeweiligen Abteilung bzw. Universitätsklinik des entsprechenden Krankenhauses, nicht jedoch den Kollegialen Führungen oder dem Träger. Im Mai 2018 entschied der Fachbeirat, an „Krankenhausverbünde“ nur aggregierte und anonymisierte Daten weiterzugeben.

Laut Angaben der überprüften Abteilungen waren der Vergleich mit anderen Krankenanstalten derselben Versorgungsstufe, vor allem auch in Bezug auf die neun Indikatoren, und damit die Möglichkeit der Qualitätssicherung der wesentliche Mehrwert der Tätigkeit bzw. der Auswertungen des Geburtenregisters.

Qualitätssicherung und Patientensicherheit waren laut Krankenanstaltenrecht[64] wesentliche Aufgaben der Krankenanstaltenträger. Bemühungen der NÖ Landeskliniken–Holding, aggregierte und anonymisierte Daten für Niederösterreich zu erhalten, habe das Geburtenregister abgelehnt. Die NÖ Landeskliniken–Holding habe aber

[64] § 5b Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (**KAKuG**), § 16c NÖ KAG, § 15c Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (**Wr. KAG**)

als weitere Qualitätssicherungsmaßnahme mit den Abteilungsleitungen vereinbart, dass es künftig verpflichtend in jeder Fachbeiratssitzung („Fachbeirat Gynäkologie/Geburtshilfe und Kinder–/Jugendheilkunde“ der NÖ Landeskliniken–Holding) eine Fallanalyse und eine Morbiditäts– und Mortalitätskonferenz geben solle.

Der KAV hatte noch keine Daten beim Geburtenregister angefordert, es gab auch keine Vereinbarung mit den Abteilungen, die Auswertungen weiterzuleiten. Laut KAV komme er seiner Qualitätssicherungsaufgabe über A–IQI nach. Auch das KH St. Josef hatte bisher keine Daten beim Geburtenregister angefordert; der Abteilungsvorstand der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und die leitende Hebamme erhielten die Auswertungen und besprachen diese mit ihren Teams.

Das Ministerium bemühte sich um eine Zusammenarbeit zwischen Geburtenregister und A–IQI; laut seiner Auskunft habe es dazu bisher je ein Gespräch in den Jahren 2018 und 2019 gegeben. Die weitere Vorgangsweise war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch offen.

48.2 Der RH anerkannte, dass die Tirol Kliniken GmbH ein österreichweites Geburtenregister führte und damit die Geburtshilfen bei der Qualitätssicherung unterstützte. Er hielt aber fest, dass die Krankenanstaltenträger keinen Zugang zu diesen Daten hatten, obwohl sich das Geburtenregister überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanzierte und die Krankenanstaltenträger gemäß Krankenanstaltenrecht für die Qualitätssicherung und die Patientensicherheit zuständig waren.

Der RH hielt fest, dass das Ministerium im Rahmen von A–IQI eine Kooperation mit dem Geburtenregister anstrebte.

Der RH empfahl daher der Tirol Kliniken GmbH, gemeinsam mit den Krankenanstaltenträgern die Zulässigkeit, Art, Häufigkeit und das Verfahren der Bereitstellung von Daten des Geburtenregisters und eine entsprechende Kooperation mit dem Ministerium zu klären.

Der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, der St. Josef Krankenhaus GmbH und dem Wiener Gesundheitsverbund empfahl der RH, gemeinsam mit ihren Krankenanstalten Lösungen für einen transparenteren Umgang mit den Geburtenregister–Daten zu entwickeln.

Der RH wiederholte seine Empfehlung aus TZ 47 an das Ministerium, zu evaluieren, wie Synergien zwischen A–IQI und dem Geburtenregister zu erzielen wären.

48.3 Laut Stellungnahme des Ministeriums würden die empfohlenen Arbeiten zum Geburtenregister laufen. Hinsichtlich der Evaluierung von Synergien verwies es auf seine Stellungnahmen zu TZ 19 (Zusammenarbeit Geburtenregister) und TZ 47.

Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich seien die NÖ Landeskliniken–Holding wie auch der Bund bestrebt, einen Zugang zu den Daten des Geburtenregisters zu bekommen, um diese in die Qualitätsarbeit einfließen lassen zu können.

Laut Stellungnahme des Landes Tirol hätten schon gemeinsame Besprechungen mit Verantwortlichen des Geburtenregisters und dem Ministerium stattgefunden. An der Lösung des Problems werde gearbeitet.

Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH bestünden gegen die vom RH empfohlene Datenweiterleitung des Geburtenregisters an Dritte erhebliche Bedenken. Die Tirol Kliniken GmbH habe Qualitätsmessungen und –sicherungen zur Erfassung von Ergebnisqualitätsparametern in Form von Registern zunächst nur für Tirol und ab dem Jahr 2010 für Gesamtösterreich durchgeführt, wie es auch im ÖSG vorgesehen sei. Das Geburtenregister sammle dabei über die Routinedaten hinausgehende Daten und verwende auch eigens entwickelte Qualitätsindikatoren. Laut ÖSG 2017 solle A–IQI anhand von bundesweit verfügbaren Routinedaten Qualitätsindikatoren identifizieren, aufarbeiten und einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zuführen. Dem entsprechend verwerte A–IQI bundesweite Routinedaten, die laut Ministerium überdies auch von der Statistik Austria verfügbar wären.

Aufgrund von Verträgen zwischen dem Geburtenregister und den geburtshilflichen Abteilungen sei eine Weiterleitung von Daten etc. durch das Geburtenregister an Dritte ausgeschlossen; dies unabhängig davon, ob diese Dritten die übergeordneten und finanzierenden Krankenanstaltenträger oder Holdings der betreffenden geburtshilflichen Abteilungen oder A–IQI oder sonstige Einrichtungen seien. Die Bedeutung der Anonymität auf den Datenbestand sowie die Gefahr und Sorge bei Verlust dieser Anonymität sollten berücksichtigt werden.

Die Anonymität der geburtshilflichen Abteilungen sei einer der wichtigsten Vertragspunkte. Der gesamte Fachbeirat des Geburtenregisters sei davon überzeugt, dass das Geburtenregister deshalb eine solche Erfolgsgeschichte aufweise, weil sich alle geburtshilflichen Abteilungen sicher sein könnten, dass ihre Daten im Geburtenregister vor dem Zugriff Dritter geschützt seien. Deshalb bestehe zwischen den geburtshilflichen Abteilungen und dem Geburtenregister ein großes Vertrauensverhältnis, was sich positiv in Form von hoher Datenvollzähligkeit und –vollständigkeit sowie hoher Datenqualität auswirke. Das Geburtenregister habe sich durch alle Jahre als kompetenter und verlässlicher Ansprechpartner erwiesen, vor allem auch bei der Interpretation von Auswertungen. Es sei in der Lage, aussagekräftige Auswertungen zu erstellen und eine strukturierte Qualitätsverbesserung durchzuführen. Dies komme letztlich wiederum den Patientinnen zugute.

Bei Aufhebung der Anonymität der geburtshilflichen Abteilungen bestehe die Gefahr, dass Abteilungen, deren Patientinnen von den Auswertungen und Ratschlägen aus der strukturierten Qualitätsverbesserung am meisten profitieren, ihre Teilnahme am Geburtenregister beenden bzw. nur mehr solche Daten übermitteln, die sie im Vergleich mit anderen Abteilungen nicht unterdurchschnittlich abschneiden lassen. Die Daten und somit die Aussagekraft wären somit zu Lasten der Patientinnen verzerrt. Dies gelte auch für eine Umgehung des oben genannten Datenweiterleitungsverbots, die vorliege, wenn z.B. Krankenhausträger oder Holdings ihren zugehörigen geburtshilflichen Abteilungen anordnen würden, ihnen sämtliche Auswertungen ihrer Abteilung aus dem Geburtenregister weiterzuleiten. Hier gelte es sensibel zu klären und zu deklarieren, welche Daten generell von Interesse seien, und mit dem Fachbeirat eine Übereinkunft zu treffen, dass diese Daten von der jeweiligen geburtshilflichen Abteilung abgefragt würden.

Aus Sorge um die Bewahrung bzw. den Fortbestand wertvoller Informationen im Geburtenregister habe der Fachbeirat den RH gebeten, von der Anforderung einer Datenweiterleitung durch das Geburtenregister abzusehen.

Zur strukturierten Qualitätsverbesserung hielt die Tirol Kliniken GmbH fest, dass der Fachbeirat die Qualitätsindikatoren erarbeitet habe und diese bei Bedarf auch gemäß neuester medizinischer Erkenntnisse angepasst würden. Die Besonderheit an der strukturierten Qualitätsverbesserung sei die vollkommene Anonymität der Abteilungen, die Verstöße gegen die Qualitätsindikatoren aufwiesen; nicht einmal die Qualitätsgruppe wisse, um welche geburtshilfliche Abteilung es sich handle.

Im Dezember 2019 habe eine gemeinsame Besprechung von Tiroler Gesundheitsfonds, Geburtenregister und Ministerium stattgefunden. Das Ministerium habe seinen schon seit Jahren mit anderen Stellen besprochenen Wunsch nach Datenübermittlung aus dem Geburtenregister erklärt und bekräftigt, dass es keinesfalls eine umfassende Datenübernahme des Geburtenregisters anstrebe. Das Ministerium habe bestätigt, dass die Statistik Austria alle für A–IQI interessanten Daten liefern könne, es jedoch eine Zusammenarbeit mit dem Geburtenregister präferiere. Vereinbart sei, dass das Ministerium den Jahresbericht des Geburtenregisters durchsehe, um festzustellen, welche Daten im Geburtenregister verarbeitet würden. Dann solle das Ministerium dem Geburtenregister zwei bis drei potenziell an A–IQI zu übermittelnde Variablen nennen und beschreiben, warum diese übermittelt und wie diese verwendet werden sollen. Das Geburtenregister werde dies anschließend mit dem Fachbeirat besprechen.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien teile der Wiener Gesundheitsverbund die Einschätzung des RH, dass eine Evaluierung dieser Daten und das allfällige Setzen von Verbesserungsmaßnahmen positive Auswirkungen auf Patientensicherheit und Qualität haben würden. Da bei diesem Register der österreichweite Durchschnitt als Vergleich

herangezogen werde, scheine eine Integration in das bestehende Indikatoren–System von A–IQI am sinnvollsten. Die Stadt Wien setze sich in der Bundeszielsteuerung dafür ein.

48.4 Der RH entgegnete der Tirol Kliniken GmbH, dass ihm die Sensibilität der Daten des Geburtenregisters bewusst war und er deshalb im Rahmen seines Berichts sehr sorgsam mit den von den Krankenanstalten übermittelten Daten umging. Seine Analyse der Geburtenregister–Auswertungen aller niederösterreichischen und Wiener Geburtshilfen für den Zeitraum 2015 bis 2018 zeigte jedoch, dass bei manchen Geburtshilfen mitunter auch wiederholt bei im Geburtenregister ausgewerteten Qualitätsindikatoren bzw. –kennzahlen Abweichungen vom definierten Idealzustand bzw. von den Durchschnittswerten für die jeweilige Versorgungsstufe auftraten.

Dies konnte auch darin begründet sein, dass manche Geburtshilfen die Unterstützung durch ihre Krankenanstaltenträger benötigten, um die für eine qualitätsvolle Behandlung notwendigen Verbesserungen durchzuführen. Darüber hinaus war der Krankenanstaltenträger gesetzlich dazu verpflichtet, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung (Struktur–, Prozess– und Ergebnisqualität) und zur Wahrung der Patientensicherheit vorzusehen. Die von der Tirol Kliniken GmbH ins Treffen geführte Anonymität durfte aus Sicht des RH nicht dazu führen, dass die durch die Geburtenregister–Auswertungen aufgezeigten Verbesserungspotenziale weder dem Krankenanstaltenträger kommuniziert noch von ihm genutzt werden und damit die bestmögliche Behandlung der Patientinnen nicht sichergestellt ist. Im Übrigen war nicht die jeweilige Geburtshilfe, sondern deren Krankenanstaltenträger als Vertragspartner der Tirol Kliniken GmbH vorgesehen.

Abgesehen davon stellte der RH fest, dass manche Daten aus dem Geburtenregister nicht mit den A–IQI–Daten übereinstimmten. Aus Sicht des RH sollten diese beiden öffentlich finanzierten Qualitätssicherungsinstrumente aufeinander abgestimmt sein und sich gegenseitig ergänzen, um letztlich den optimalen Nutzen für die Patientinnen sicherzustellen.

Im Interesse höchstmöglicher Behandlungsqualität und Patientensicherheit hielt der RH daher eine Zusammenarbeit zwischen dem Geburtenregister, den Krankenanstaltenträgern, den Krankenanstalten bzw. den geburtshilflichen Abteilungen und dem Ministerium für wesentlich.

Gegenüber der Stadt Wien verwies der RH auf seine Ausführungen zu TZ 33.

Infektionsüberwachung

49.1 (1) Die Überwachung (Surveillance) nosokomialer Infektionen hatte laut KAKuG seit der Novelle im Jahr 2006[65] nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance–System zu erfolgen, um auch den Vergleich mit anderen Institutionen zu ermöglichen. Den Erläuterungen zufolge war eine Infektions–Surveillance vor allem auf Intensivstationen und in chirurgischen Bereichen wesentlich, weil dort besonders die schwerwiegenden nosokomialen Infektionen auftraten.

Das KAKuG überließ die Auswahl derartiger Systeme den Krankenanstalten oder ihren Trägern. So standen in Österreich vier anerkannte unterschiedliche Surveillance–Netzwerke zur Verfügung.[66] Mehrere Krankenanstalten verwendeten auch eigene Systeme. Nur einige dieser Netzwerke speisten die Daten in ein europäisches Surveillance–Netzwerk ein,[67] um internationale Vergleiche zu ermöglichen.

(2) Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2013 – 2016 sah die Festlegung einer bundesweit einheitlichen Erfassung von nosokomialen Infektionen vor, um die in der Bundesgesundheitskommission beschlossene Patientensicherheitsstrategie schrittweise umzusetzen. Vor diesem Hintergrund beschloss die Bundes–Zielsteuerungskommission 2016 die „Rahmenrichtlinie für die systematische Erfassung von Krankenhauskeimen". Strategisches Ziel war es, die Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf Information und Kommunikation zu stärken und routinemäßig zu messen. Die Rahmenrichtlinie sah die Meldung postoperativer Wundinfektionen vorerst nur von zwei Indikatoroperationen (Hüftendoprothesen und Gallenblasenentfernung) und nosokomialer Infektionen auf Erwachsenen–Intensivstationen an das Ministerium vor. Postoperative Wundinfektionen nach Kaiserschnitt und nosokomiale Infektionen auf NICU waren nicht verpflichtend zu melden. Im Übrigen stellte die Rahmenrichtlinie den Krankenhausträgern frei, darüber hinausgehende Vorgaben zu treffen.

Gemäß KAKuG–Novelle 2018[68] waren nunmehr die Krankenanstaltenträger verpflichtet, an einer österreichweiten, regelmäßigen und systematischen Erfassung von nosokomialen Infektionen teilzunehmen und die dafür erforderlichen anonymisierten Daten dem Ministerium jährlich in elektronischer Form zu melden. Ziele waren u.a. die Berechnung bundesweiter Indikatoren, ein österreichweiter Bericht und ein

[65] § 8a Abs. 4 KAKuG: im Rahmen des Gesundheitsrechtsänderungsgesetzes 2006 – GRÄG 2006, BGBl. I 122/2006; § 19a Abs. 7 NÖ KAG, 26. Novelle LGBl. 9440–28; § 14 Abs. 4 Wr. KAG, Novelle LGBl. 13/2009

[66] wie das österreichische ANISS (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System) und ASDI (Zentrum für Dokumentation und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin), das deutsche KISS (Krankenhaus–Infektions–Surveillance–System) und das steiermärkische NISS (Nosokomiales–Infektions–Surveillance–System)

[67] europäisches HAI–Net (Healthcare–Associated Infections) im Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (**ECDC**; European Center for Disease Prevention and Control)

[68] BGBl. I 13/2019

Feedback an die Krankenanstalten, um Verbesserungen in den Krankenanstalten, aber auch bundesweite Maßnahmen zu ermöglichen.

(3) Laut LK Korneuburg erfolge die Erfassung postoperativer Wundinfektionen nach Kaiserschnitt seit 2009 bei jeder Patientin; es werte diese aber aufgrund der geringen Anzahl postoperativer Wundinfektionen nicht mehr aus. Das UK St. Pölten wählte den Kaiserschnitt nicht als Indikatoroperation aus. Das KH St. Josef und das SMZ Ost leiteten ihre Erhebungen zu postoperativen Wundinfektionen nach Kaiserschnitt seit 2007 bzw. 2009 an ein externes Surveillance–System weiter, das in der Folge vergleichende Auswertungen zur Verfügung stellte. Beide Krankenanstalten setzten im Bereich postoperativer Wundinfektionen bei Kaiserschnitten konkrete Verbesserungsmaßnahmen.

Laut einer Publikation des Ministeriums aus 2016[69] würden 87 % der Wundinfektionen bei Kaiserschnitten (bei österreichweit 22 % analysierten Kaiserschnitt–Operationen) erst nach der Entlassung diagnostiziert. Daher seien eine gute Kommunikation zwischen stationärer und ambulanter Betreuung sowie eine ambulante Infektionserfassung von großer Bedeutung.

(4) Von den beiden überprüften Krankenanstalten mit einer NICU hatte nur das SMZ Ost ein Surveillance–System zur Erfassung nosokomialer Infektionen. Laut Abteilung für Kinder– und Jugendheilkunde im UK St. Pölten habe sie ein entsprechendes Surveillance–System auf der NICU angeregt. Dies solle in Zusammenarbeit mit dem Institut für Krankenhaushygiene des UK St. Pölten bis Herbst 2019 anlaufen.

49.2 Der RH wies auf die Festlegung einer bundesweit einheitlichen Erfassung von nosokomialen Infektionen hin, um nationale und internationale Vergleiche zu ermöglichen. Er hielt jedoch fest, dass die Rahmenrichtlinie bisher nur zwei Indikatoroperationen der chirurgischen Fächer verpflichtend vorsah. Ebenso wenig war nachvollziehbar, warum die Surveillance nosokomialer Infektionen nur auf Erwachsenen–Intensivstationen und nicht auch auf neonatologischen Intensivstationen zu erfolgen hatte. In diesem Zusammenhang wies der RH auch auf den erheblichen Kostenfaktor nosokomialer Infektionen hin.[70]

Der RH empfahl dem Ministerium, im Interesse der Patientensicherheit die Ausweitung der Infektionsüberwachung auf weitere Surveillance–Bereiche bzw. –Indikatoren – wie z.B. Kaiserschnitt oder neonatologische Intensivstation – zu prüfen. Weiters sollte das Ministerium Lösungen prüfen, um auch die im ambulanten Bereich diagnostizierten Wundinfektionen nach Kaiserschnitt erfassen zu können.

[69] Gesundheitssystem–assoziierte Infektionen in Österreich 2016, eine Zusammenstellung nationaler Daten; erstellt durch das Nationale Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz, Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, Medizinische Universität Wien

[70] siehe u.a. RH–Bericht „Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten“ (Reihe Bund 2014/7, TZ 14)

Der RH hielt fest, dass nur das KH St. Josef und das SMZ Ost den Indikator Kaiserschnitt auf freiwilliger Basis in einem Surveillance–System zur Erfassung nosokomialer Infektionen ausgewählt hatten.

Der RH empfahl dem LK Korneuburg, die Anzahl der Wundinfektionen bei Kaiserschnitt weiterhin zu erfassen und zu beobachten sowie die Implementierung eines entsprechenden Surveillance–Systems zu prüfen.

Dem UK St. Pölten empfahl der RH – auch aufgrund seiner regelmäßig über dem Bundes– und Niederösterreichdurchschnitt liegenden Kaiserschnittrate – die Implementierung eines entsprechenden Surveillance–Systems.

Der RH hob hervor, dass das SMZ Ost ein Surveillance–System für den Bereich der NICU eingerichtet hatte. Demgegenüber gab es an der NICU im UK St. Pölten noch kein anerkanntes, dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Surveillance–System zur Erfassung nosokomialer Infektionen.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding und dem UK St. Pölten, die Implementierung des geplanten Surveillance–Systems zur Erfassung nosokomialer Infektionen im Bereich NICU ehestens umzusetzen.

49.3 Laut Stellungnahme des Ministeriums beinhalte die Rahmenrichtlinie für eine bundesweit einheitliche Erfassung von Krankenhauskeimen aus 2016 die Erfassung von postoperativen Wundinfektionen bei Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung) und Hüftendoprothese sowie von nosokomialen Infektionen im Bereich der Intensivmedizin. Sobald die Arbeiten soweit fortgeschritten seien, dass weitere Themen aufgenommen werden sollen, werde das Ministerium die Empfehlungen des RH in den entsprechenden Gremien einbringen.

Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich hätten alle niederösterreichischen Landes– und Universitätskliniken ein einheitliches Surveillance–System für nosokomiale Infektionen (**KISS**) implementiert, mit welchem entsprechend der „Rahmenrichtlinie für die systematische Erfassung von Krankenhauskeimen“ des Ministeriums vorgegangen werde. Ein Monitoring aller derzeit angebotenen Indikatoroperationen (32 Stück) im KISS sei fachlich nicht zweckmäßig und entsprechend ressourcenintensiv. In der Vergangenheit hätten sich am LK Korneuburg keine Auffälligkeiten der Infektionszahlen beim Eingriff „Kaiserschnitt“ (2008 bis 2015) ergeben. Es sei folglich aus fachlicher Sicht des Hygieneteams auf ein weiteres Monitoring verzichtet worden.

Die NÖ Landeskliniken–Holding habe 2016 beschlossen, den A–IQI–Indikator 29.30 Geburten, Anteil Kaiserschnitte (Sectiorate) für die Balanced Scorecard 2017 aufzunehmen. Seither sei dieser ein fixer Bestandteil der Balanced Scorecard. Als Zielwert gelte für alle Standorte die Unterschreitung des A–IQI–Bundesschnittes des jeweiligen Vorjahrs (gemäß jeweils gültigem A–IQI–Modell). Auffällige Ergebnisse würden in den medizinischen Gremien besprochen. Diese Vorgangsweise entspreche allen Kriterien eines Surveillance–Systems.

Weiters führte das Land Niederösterreich aus, dass alle niederösterreichischen Landes– und Universitätskliniken ein einheitliches Surveillance–System für nosokomiale Infektionen („ICdoc“) für das Monitoring der intensive care units (ICU) implementiert hätten, mit dem entsprechend der „Rahmenrichtlinie für die systematische Erfassung von Krankenhauskeimen“ des Ministeriums vorgegangen werde. Die Rahmenrichtlinie sehe kein verbindliches Monitoring der neonatologischen Intensivstation vor. Die NÖ Landeskliniken–Holding prüfe aktuell die Machbarkeit der Umsetzung in den digitalen Bestandssystemen zur Surveillance; bei positiver Evaluierung werde eine Umsetzung erfolgen.

49.4 Der RH entgegnete dem Land Niederösterreich und der NÖ Landesgesundheitsagentur als Rechtsnachfolger der NÖ Landeskliniken–Holding, dass er nicht die Implementierung eines Infektions–Surveillance–Systems für alle Indikatoroperationen empfohlen hatte, sondern hinsichtlich des Eingriffs „Kaiserschnitt“. Dies gelte vor allem für das UK St. Pölten, einer Krankenanstalt der Schwerpunktversorgung mit einer regelmäßig über dem Bundes– und Niederösterreichdurchschnitt liegenden Kaiserschnittrate.

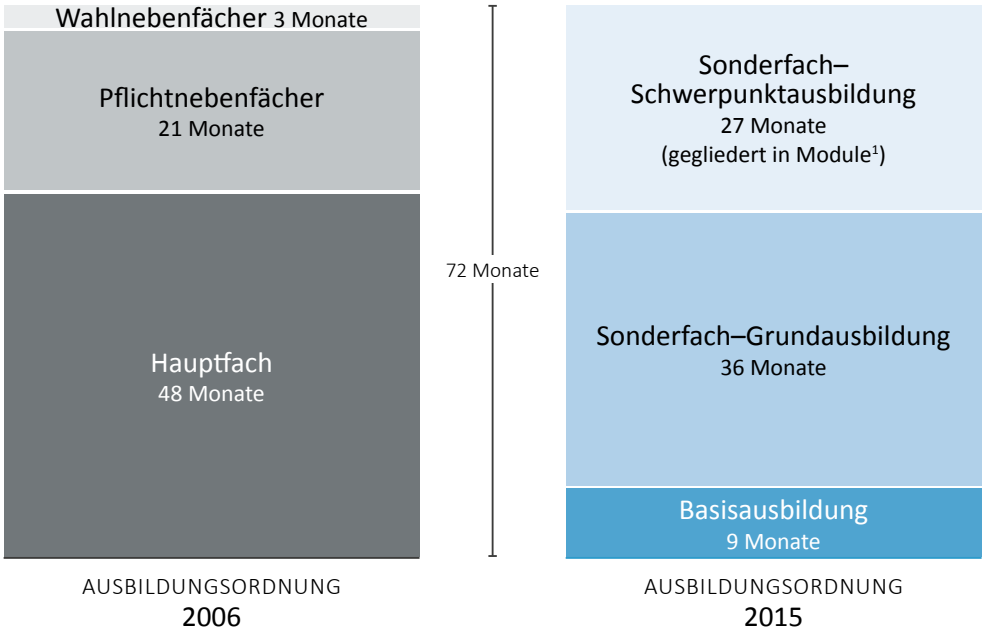
Der RH nahm zur Kenntnis, dass die Machbarkeit der Umsetzung eines Monitorings auch der neonatologischen Intensivstation geprüft wird, und hielt im Interesse einer qualitätsvollen und patientensicheren Versorgung eine Umsetzung für wesentlich. In diesem Zusammenhang hob er nochmals den erheblichen Kostenfaktor nosokomialer Infektionen hervor. Hinsichtlich der Kaiserschnittrate in der Balanced Scorecard verwies der RH auf seine Ausführungen in TZ 16.

Ärzteausbildung

Allgemeines

50 (1) Die Ausbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe war u.a. im Ärztegesetz 1998 und in der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 (in der Folge: **Ausbildungsordnung 2015**) geregelt.[71] Die Reform der fachärztlichen Ausbildung im Jahr 2014 brachte umfangreiche Änderungen: Die Ausbildungsdauer betrug für die Frauenheilkunde und Geburtshilfe auch nach der Ausbildungsordnung 2015 72 Monate, unterschied sich aber von jener nach der vorangehenden Ausbildungsordnung 2006[72] im Aufbau, in den Anerkennungsvoraussetzungen (TZ 51, TZ 52) und den Qualitätserfordernissen (TZ 53 bis TZ 56).

Abbildung 3: Fachärztliche Ausbildung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gemäß Ausbildungsordnungen 2006 und 2015



[1] Sechs fachliche Module und ein wissenschftliches Modul; von diesen waren drei zu wählen.

Quellen: Ausbildungsordnungen; Darstellung: RH

[71] Ärztegesetz 1998, BGBl. I 169/1998 i.d.g.F. und Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015, BGBl. II 147/2015 i.d.g.F.

[72] BGBl. II 286/2006

Gemäß Ärztegesetz 1998[73] waren die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die neue Sonderfach–Grund– und –Schwerpunktausbildung von der Österreichischen Ärztekammer per Verordnung festzulegen; dies erfolgte mit der Verordnung über die Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (**KEF und RZ–V 2015**). Danach fanden sich geburtshilfliche Ausbildungsinhalte vor allem in der Sonderfach–Grundausbildung und im Modul 2 „Fetomaternale Medizin" der Sonderfach–Schwerpunktausbildung.

(2) Turnusärztinnen und Turnusärzte in Facharztausbildung (in der Folge: **Turnusärztinnen und Turnusärzte**), die bis 31. Mai 2015 eine ärztliche Ausbildung begonnen hatten, durften diese gemäß Ausbildungsordnung 2006 abschließen oder ab dem 1. März 2016 in die Ausbildung gemäß Ausbildungsordnung 2015 übertreten. Diese Übergangsregelung führte in den überprüften Krankenanstalten dazu, dass es genehmigte Stellen für beide Ausbildungsordnungen gab. Durch die gleichzeitige Besetzung von neuen und alten Ausbildungsstellen an einer Ausbildungsstätte durften sich jedoch die Ausbildungsstellen insgesamt nicht erhöhen (sogenannte „Abschmelzungsregel").

Tabelle 24: Ausbildungsstellen im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe zum 31. Dezember 2018

	Fachärztin/Facharzt	besetzbare bzw. besetzte Ausbildungsstellen	
	in Vollzeitäquivalenten im Jahresdurchschnitt	maximal besetzbar	*davon besetzt*
		Anzahl	
Landesklinikum Korneuburg	8,24	4	*3*
Universitätsklinikum St. Pölten	11,46	5	*3,6*
St. Josef Krankenhaus[1]	12,55	5	*3*
Sozialmedizinisches Zentrum Ost	13,48	9	*9*

[1] Mit Anfang 2019 übersiedelte die Geburtshilfe des Krankenhauses Göttlicher Heiland in das St. Josef Krankenhaus. Es war geplant, die vier Ausbildungsstellen des Krankenhauses Göttlicher Heiland erst 2019 auf das St. Josef Krankenhaus zu übertragen.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; ÖÄK

Wie die Tabelle zeigt, waren im SMZ Ost zum 31. Dezember 2018 alle Ausbildungsstellen besetzt, während im LK Korneuburg, im UK St. Pölten und im KH St. Josef zwischen einer und zwei Ausbildungsstellen unbesetzt waren. In beiden niederösterreichischen Krankenanstalten waren die Ausbildungsstellen lediglich kurzfristig unbesetzt. Im KH St. Josef dienten die zum 31. Dezember 2018 offenen Stellen der Übernahme von Turnusärztinnen und Turnusärzten aus dem KH Göttlicher Heiland,

[73] § 24 Abs. 2 Ärztegesetz 1998

für den Fall, dass die Österreichische Ärztekammer nicht alle vier Ausbildungsstellen vom KH Göttlicher Heiland auf das KH St. Josef übertragen würde. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren dort sechs Ausbildungsstellen besetzt. Die Besetzung von weiteren – im Anerkennungsverfahren befindlichen – Ausbildungsstellen war nicht geplant, weil das KH St. Josef das Verhältnis Fachärztin bzw. Facharzt zu Turnusärztin bzw. Turnusarzt nicht verändern wollte.

Organisatorische Rahmenbedingungen

Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen

51.1 (1) Die Ausbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe erfolgte an – von der Österreichischen Ärztekammer – anerkannten Ausbildungsstätten. Die Anerkennung als Ausbildungsstätte war von den Krankenanstaltenträgern zu beantragen. Gleichzeitig mit der Anerkennung als Ausbildungsstätte erfolgte die Festsetzung der Anzahl der Ausbildungsstellen für die Sonderfach–Grund– und –Schwerpunktausbildung. Dafür war u.a. der Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums maßgeblich.

(2) Die von der Österreichischen Ärztekammer mit Bescheid erteilten Anerkennungen als Ausbildungsstätte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe galten – seit der Ausbildungsordnung 2015 – für die Dauer von sieben Jahren. Die vier überprüften Abteilungen waren bis 2023 als Ausbildungsstätten anerkannt und boten das Modul 2 „Fetomaternale Medizin“ der Sonderfach–Schwerpunktausbildung an.

(3) Die Ausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer war für die Durchführung von Visitationen an anerkannten Ausbildungsstätten zur Sicherstellung und Beurteilung der Ausbildungsqualität zuständig. Gemäß der Visitationsverordnung 2017[74] waren Visitationen anlassfallbezogen und zusätzlich stichprobenartig – pro Halbjahr an zwei anerkannten Ausbildungsstätten – durchzuführen.[75]

Der RH hatte bereits in seinen Stellungnahmen zur Visitationsverordnung 2017 kritisch darauf hingewiesen, dass der Zielwert von zwei zusätzlichen Visitationen pro Halbjahr – in Anbetracht der großen Zahl an Ausbildungsstätten – gering sei. So würde die Österreichische Ärztekammer z.B. 18 Jahre benötigen, um alle Ausbildungsstätten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu visitieren.

[74] Stammfassung beschlossen von der Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer am 16. Dezember 2016, Novelle vom 25. Mai 2018

[75] § 2 Abs. 2 Visitationsverordnung 2017

Im überprüften Zeitraum fand an keiner der vom RH überprüften Ausbildungsstätten eine Visitation der Ausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer statt.[76]

(4) Gemäß Ärztegesetz 1998 waren die Voraussetzungen der Anerkennung von Ausbildungsstätten seit der Ärzteausbildungsreform laufend anhand der von der – im Ministerium angesiedelten – Kommission für die ärztliche Ausbildung[77] (in der Folge: **Art. 44–Kommission**) festgelegten Kriterien von der Österreichischen Ärztekammer zu evaluieren. Die Definition dieser Kriterien fehlte, weshalb die Österreichische Ärztekammer im überprüften Zeitraum keine Evaluierungen durchführte. Laut Auskunft des Ministeriums soll die Art. 44–Kommission diese Kriterien 2020 beschließen.

51.2 Der RH hielt fest, dass der Zielwert von nur mindestens zwei Stichproben–Visitationen pro Halbjahr angesichts der großen Zahl an Ausbildungsstätten gering war.

Der RH empfahl dem Ministerium, auf eine Überprüfung des Zielwerts von lediglich zwei Stichproben–Visitationen pro Halbjahr hinzuwirken.

Der RH wies darauf hin, dass die Art. 44–Kommission im überprüften Zeitraum keine Kriterien für die Evaluierungen der Anerkennungsvoraussetzungen von Ausbildungsstätten festlegte.

Der RH empfahl dem Ministerium darauf hinzuwirken, dass die Art. 44–Kommission die entsprechenden Kriterien ehestmöglich festlegt.

51.3 Laut Stellungnahme des Ministeriums betreffend die Überprüfung des Zielwerts von lediglich zwei Stichproben–Visitationen pro Halbjahr erfolge dies bereits; die Österreichische Ärztekammer lege dem Ministerium dazu einen jährlichen Bericht vor. Weiters würde eine Evaluierung der Ärzteausbildung und somit auch der Ausbildungsstätten nach sieben Jahren erfolgen. Im Rahmen der Art. 44–Kommission würden derzeit Kriterien und das Prozedere erarbeitet.

51.4 Der RH hielt gegenüber dem Ministerium fest, dass seine Empfehlung betreffend Visitationen darauf gerichtet war, gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer zu überlegen, ob im Hinblick auf die Vielzahl an Ausbildungsstätten und im Sinne der Qualitätssicherung der Ärzteausbildung eine Erhöhung des Zielwerts von lediglich zwei Stichproben–Visitationen von Ausbildungsstätten pro Halbjahr zweckmäßig ist.

[76] Die Gesamtzahl der Visitationen betrug laut Auskunft der Österreichischen Ärztekammer sieben im Jahr 2017, elf im Jahr 2018 und elf bis November 2019 (drei weitere waren 2019 noch geplant).

[77] gemäß Art. 44 der Reformvereinbarung, BGBl. I 105/2008 i.d.F. BGBl. I 199/2013

Nachweis des Leistungsspektrums

52.1 (1) Die für die Festlegung der Anzahl der Ausbildungsstellen geforderten Leistungszahlen kamen aus dem LKF–System und von den Krankenanstalten selbst. Für die Daten aus dem LKF–System war aus dem vom Ministerium veröffentlichen Dokument „Technische Definitionen basierend auf der KEF und RZ–V 2015“ (in der Folge: **Definitionshandbuch**) erkennbar, welche Leistungen anzugeben waren. Für die von den Krankenanstalten zu meldenden Leistungszahlen gab es keine Definitionen.

Das Definitionshandbuch ließ im Bereich der Geburtshilfe Fragen offen. So wurde etwa die Gesamtzahl der Kaiserschnitte aus dem LKF–System mehrfach herangezogen, um die Erfüllbarkeit von Richtzahlen nachzuweisen. An zwei Stellen war diese Zahl jedoch nicht (bei der „operativen Geburtsbeendigung“) oder nicht als Gesamtzahl (bei einer speziellen Schnittführung beim Kaiserschnitt) relevant. In der Konsequenz konnte dies dazu führen, dass die Österreichische Ärztekammer Ausbildungsstellen genehmigte, für die das erforderliche Leistungsspektrum nicht ausreichend zur Verfügung stand.

(2) Zur Sicherstellung der Ausbildungsqualität sah die von der Österreichischen Ärztekammer bei der Festsetzung der Ausbildungsstellen angewandte Berechnungsformel vor, dass die Leistungszahlen das 1,5–Fache der Rasterzeugniszahlen zu betragen hatten („Abschlagsfaktor“). Dies sollte die Tatsache abbilden, dass Turnusärztinnen und Turnusärzte nicht ständig zur Verfügung standen (z.B. aufgrund von Verhinderungszeiten wie Urlaub, aber auch aufgrund der arbeitszeitrechtlichen Bestimmungen) und auch die Fachärztinnen und Fachärzte selbst zur Aufrechterhaltung ihrer Routine Behandlungen durchführen mussten. Die Erhöhung der tatsächlichen Leistungszahlen um das 1,5–Fache für die Festsetzung einer Ausbildungsstelle war mit dem Ministerium abgestimmt, aber rechtlich nicht explizit festgelegt.

Die Tatsache, dass die Hebammen im Bereich der Geburtshilfe zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt waren (z.B. Leitung von natürlichen Geburten sowie Interpretation von Cardiotokographien) blieb bei der Ermittlung der möglichen Ausbildungsstellen unberücksichtigt.

52.2 Der RH hielt fest, dass mit dem Definitionshandbuch grundsätzlich transparent und einheitlich geregelt war, welche Leistungen den Rasterzeugnisrichtzahlen – sofern diese im LKF–System abgerechnete Leistungen und Diagnosen umfassten – zugrunde lagen. Allerdings ließ das Definitionshandbuch im Bereich der Geburtshilfe Fragen offen, weil es z.B. teilweise Zahlen aus dem LKF–System mehrfach zum Nachweis des Leistungsspektrums verwendete. Weiters fehlten einheitliche Definitionen für Leistungszahlen, die nicht von der LKF–Abrechnung umfasst waren.

Der RH empfahl dem Ministerium zu prüfen, ob die im Definitionshandbuch vorgenommenen Zuordnungen der Leistungen die Rasterzeugnisrichtzahlen tatsächlich abbildeten. Weiters empfahl er dem Ministerium, die von den Trägern der Ausbildungsstätte zu erhebenden Leistungszahlen zu definieren bzw. auf eine Definition hinzuwirken, um eine einheitliche Vorgangsweise sicherzustellen.

Der RH erachtete einen Abschlagsfaktor auf die zum Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums herangezogenen Leistungszahlen für die Ermittlung der möglichen Ausbildungsstellenanzahl für zweckmäßig, weil dies zu einer Erhöhung der Ausbildungsqualität beitrug. Der RH hielt aber fest, dass der festgesetzte Abschlagsfaktor die Berufsgruppe der Hebammen nicht berücksichtigte.

Der RH empfahl dem Ministerium zu evaluieren, welcher Abschlagsfaktor auf das medizinische Leistungsspektrum im Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe zweckmäßig wäre, um eine qualitätsvolle Ausbildung gewährleisten zu können, und dabei auch die Berufsgruppe der Hebammen zu berücksichtigen.

Der RH hielt fest, dass der Abschlagsfaktor von 1,5 in der zwischen dem Ministerium und der Österreichischen Ärztekammer vereinbarten Berechnungsformel zur Ermittlung der Ausbildungsstellen zwar mit dem Ministerium abgestimmt, aber rechtlich nicht explizit festgelegt war.

Der RH empfahl dem Ministerium, im Interesse der Rechtssicherheit und Transparenz die rechtliche Verankerung von Abschlagsfaktoren bzw. deren Verwendung zur Ermittlung der Zahl der Ausbildungsstellen zu prüfen.

52.3 Laut Stellungnahme des Ministeriums hätten die Österreichische Ärztekammer und die wissenschaftlichen Gesellschaften das Definitionshandbuch erarbeitet. Das Ministerium sei für dessen technische Umsetzung verantwortlich. Bei den von den Trägern zu erhebenden Leistungszahlen handle es sich um spezifische Fertigkeiten (z.B. „EKG“). Daher sei keine weitere Definition erforderlich. Betreffend die Berücksichtigung der Berufsgruppe der Hebammen beim Abschlagsfaktor auf das medizinische Leistungsspektrum führte das Ministerium aus, dass Geburten gemeinsam abgewickelt würden. Die Empfehlung betreffend eine rechtliche Verankerung der Abschlagsfaktoren nahm das Ministerium zur Kenntnis.

52.4 Der RH wies gegenüber dem Ministerium darauf hin, dass laut Definitionshandbuch die Heranziehung von Zahlen aus dem LKF–System zum Nachweis der Erfüllbarkeit der Richtzahlen Teil der technischen Umsetzung war; im Übrigen konnte das Ministerium – falls erforderlich – auf die Expertise der Österreichischen Ärztekammer und der wissenschaftlichen Gesellschaften zurückgreifen. Was die von den Trägern zu erhebenden Fertigkeiten anbelangt, hielt der RH fest, dass die Formulierung mancher Fertigkeiten einen breiten Interpretationsspielraum eröffnete (etwa im

Modul 2 z.B. „Fetale Ultraschalluntersuchungstechniken“ oder im Modul 5 z.B. „Feststellung einer Schwangerschaft, Erkennung und Behandlung von Schwangerschaftserkrankungen, Risikoschwangerschaften unter besonderer Berücksichtigung der Mutter–Kind–Pass–Untersuchung und Wochenbettbetreuung“). Zur Sicherstellung der Ausbildungsqualität wäre eine klare Definition zweckmäßig.

Zur Argumentation des Ministeriums, dass Geburten gemeinsam abgewickelt würden, verwies der RH auf das Berufsrecht der Hebammen; dieses erlaubte ihnen z.B. die selbständige Durchführung von Spontangeburten. Dies zeigte sich etwa auch in manchen überprüften Krankenanstalten; so konnten im LK Korneuburg, in der Klinik Donaustadt und teilweise auch im KH St. Josef ohne Komplikationen verlaufende Spontangeburten grundsätzlich ohne Beiziehung des fachärztlichen Personals stattfinden („hebammengeleitete Geburten“) (TZ 34).

Vorgaben für die Ärzteausbildung

Ausbildungsplan

53.1 (1) Seit der Ärzteausbildungsreform 2014 hatte der Träger der Ausbildungsstätte zu Beginn der Ausbildung den Turnusärztinnen und Turnusärzten einen Ausbildungsplan vorzulegen. Ziel war es, diesen und dem Träger der Ausbildungsstätte einen besseren Überblick sowie eine bessere Planbarkeit der Ausbildung zu ermöglichen.[78]

(2) Die NÖ Landeskliniken–Holding übermittelte im März 2016 ein Schreiben an alle Ärztlichen Direktionen, in dem sie auf die verpflichtende Erstellung eines Ausbildungsplans hinwies und eine Vorlage übermittelte. Das LK Korneuburg und das UK St. Pölten beschäftigten im überprüften Zeitraum Turnusärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nach der Ausbildungsordnung 2015; Ausbildungspläne lagen vor.

Die St. Josef Krankenhaus GmbH und der KAV verfügten über keine Vorgaben für die Erstellung eines Ausbildungsplans für die fachärztliche Ausbildung. An den beiden überprüften Wiener Krankenanstalten gab es keine Ausbildungspläne für die Turnusärztinnen und Turnusärzte des Sonderfachs Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

53.2 Der RH hielt fest, dass die St. Josef Krankenhaus GmbH und der KAV – im Unterschied zur NÖ Landeskliniken–Holding – über keine Vorgaben zur Erstellung eines Ausbildungsplans verfügten. Er kritisierte, dass am KH St. Josef und am SMZ Ost keine Ausbildungspläne für das Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorlagen.

[78] Regeln dazu fanden sich sowohl im Ärztegesetz 1998 als auch in der Ausbildungsordnung 2015.

Der RH empfahl der St. Josef Krankenhaus GmbH und dem Wiener Gesundheitsverbund, zentrale Vorgaben für die Erstellung eines Ausbildungsplans gemäß Ärzteausbildungsordnung 2015 festzulegen.

Weiters empfahl er dem KH St. Josef und der Klinik Donaustadt, Ausbildungspläne für die fachärztliche Ausbildung zu erstellen.

53.3 Laut Stellungnahme der Stadt Wien werde der Wiener Gesundheitsverbund den Empfehlungen des RH nachkommen und bis Ende des zweiten Quartals 2020 die Vorlagen den Direktionen der Wiener Städtischen Krankenanstalten zur Verfügung stellen.

Rasterzeugnis

54.1 (1) Die Rasterzeugnisse hatten u.a. den Inhalt (die vermittelten Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten) sowie die Dauer der jeweiligen Fachgebiete anzugeben und die Feststellung zu enthalten, ob die Ausbildung mit Erfolg oder ohne Erfolg zurückgelegt worden ist. Über den Erfolg der Ausbildung hatte die bzw. der Ausbildungsverantwortliche den Turnusärztinnen und Turnusärzten gemäß den Ausbildungsordnungen 2006 und 2015 Rasterzeugnisse auszustellen und der Österreichischen Ärztekammer vorzulegen. Wann Rasterzeugnisse auszustellen waren, unterschied sich je nach Ausbildungsordnung.

(2) Im überprüften Zeitraum handhabten die Ausbildungsverantwortlichen der Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe die Ausstellung der Rasterzeugnisse unterschiedlich. So stellte das LK Korneuburg diese nicht jährlich (Ausbildungsordnung 2006), sondern zum Abschluss der Ausbildung aus. Demgegenüber erfolgte die Ausstellung am UK St. Pölten jährlich und zeitnah zum Ende des jeweiligen Ausbildungsjahrs. Das KH St. Josef und das SMZ Ost stellten die Rasterzeugnisse nicht entsprechend den Vorgaben der jeweils gültigen Ausbildungsordnungen mehrmals aus, sondern am Ende der Ausbildung, unabhängig von deren zeitlichen Dauer.

54.2 Der RH hielt kritisch fest, dass die Ausstellung der Rasterzeugnisse an den Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des LK Korneuburg, KH St. Josef und SMZ Ost – im Unterschied zum UK St. Pölten – nicht den zeitlichen Vorgaben der jeweils gültigen Ausbildungsordnung entsprach.

Der RH empfahl dem LK Korneuburg, dem KH St. Josef und der Klinik Donaustadt, die Ausstellung der Rasterzeugnisse gemäß der jeweils gültigen Ausbildungsordnung sicherzustellen.

54.3 Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich gebe es für die ausbildungsordnungskonforme Ausstellung der Rasterzeugnisse eine genaue schriftliche Anleitung, die bereits mehrfach und in wiederkehrenden zeitlichen Abständen (September 2015, Dezember 2017 und Dezember 2019) an alle Ärztlichen Direktionen versandt worden sei, in der „ARGE der Ärztlichen Direktoren" sowie in den medizinischen Fachbeiräten an die Abteilungsleitungen regelmäßig kommuniziert worden sei und zuletzt wieder in schriftlicher Form im Dezember 2019 an alle Kliniken ausgeschickt worden sei. Darin sei der gesamte Umgang hinsichtlich der Ausstellung, Übergabe und Archivierung der Rasterzeugnisse detailliert beschrieben. Diese Anleitung sei explizit auch an das LK Korneuburg ergangen. Es werde weiterhin verstärkt auf die Einhaltung der mehrfach kommunizierten Vorgaben gedrungen werden, um eine Ausstellung der Rasterzeugnisse gemäß der jeweils gültigen Ausbildungsordnung sicherzustellen.

Laut Stellungnahme der Stadt Wien werde der Wiener Gesundheitsverbund der Empfehlung des RH nachkommen und bis Ende des zweiten Quartals 2020 die Vorlagen den Direktionen der Wiener Städtischen Krankenanstalten zur Verfügung stellen.

Evaluierungsgespräch

55.1 (1) Zeitnah zur Ausstellung eines Rasterzeugnisses hatte die bzw. der Ausbildungsverantwortliche ein Evaluierungsgespräch gemäß den Ausbildungsordnungen 2006 und 2015 mit der Turnusärztin bzw. dem Turnusarzt zu führen und zu dokumentieren.

In seinem Bericht „Ärzteausbildung" (Reihe Bund 2015/9, TZ 40) hatte der RH Evaluierungsgespräche als zentrales Element der Lernfortschrittskontrolle erachtet und den Trägern empfohlen, Ablauf und zu behandelnde Themenbereiche der Evaluierungsgespräche einheitlich (etwa in Form einer Richtlinie) zu regeln sowie zur Überprüfung der Einhaltung dieser Vorgaben geeignete Umsetzungs– und Kontrollmechanismen festzulegen.

(2) Im September 2015 verschickte die NÖ Landeskliniken–Holding ein Schreiben an alle Ärztlichen Direktionen, in dem sie auf die Verpflichtung hinwies, Evaluierungsgespräche zeitnah vor Ausstellung von Rasterzeugnissen zu führen und diese zu dokumentieren. Für die Vorbereitung und Durchführung des Evaluierungsgesprächs der Ausbildungsordnung 2015 gab es eine standardisierte Vorlage. An der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des UK St. Pölten führte der Ausbildungsverantwortliche Evaluierungsgespräche – wie in der Ausbildungsordnung 2015 vorgesehen – und dokumentierte diese. An der entsprechenden Abteilung des LK Korneuburg fand im überprüften Zeitraum noch kein Evaluierungsgespräch nach der Ausbildungsordnung 2015 statt, weil der Ausbildungsverantwortliche noch keine Rasterzeugnisse nach der Ausbildungsordnung 2015 ausgestellt hatte.

Die St. Josef Krankenhaus GmbH verfügte über eine Richtlinie zur Durchführung eines sogenannten Abschlussevaluierungsgesprächs,[79] die Ziele, Inhalte und die Dokumentation festlegte. Das Gespräch war am Ende der Ausbildungszeit vorgesehen, obwohl die Ausbildungsordnungen die mehrmalige Ausstellung von Rasterzeugnissen – und damit verbunden die vorhergehende Durchführung von Evaluierungsgesprächen – vorsahen. Im überprüften Zeitraum gab es zwei Abschlussevaluierungsgespräche, die zwar auf den Rasterzeugnissen vermerkt, aber nicht gesondert dokumentiert waren.

Im KAV gab es keine Vorgaben zur Führung von Evaluierungsgesprächen. Auf den ausgestellten Rasterzeugnissen der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des SMZ Ost war vermerkt, dass mehrere Evaluierungsgespräche erfolgten; eine Dokumentation der Evaluierungsgespräche selbst lag nicht vor.

55.2 Der RH hielt fest, dass es im KAV – im Unterschied zur NÖ Landeskliniken–Holding und der St. Josef Krankenhaus GmbH – keine Vorgaben für die Durchführung und Dokumentation von Evaluierungsgesprächen gab. Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Vorgaben der St. Josef Krankenhaus GmbH nicht – wie in den Ausbildungsordnungen vorgesehen – die mehrmalige Durchführung und Dokumentation vorsahen, sondern lediglich ein Evaluierungsgespräch am Ende der Ausbildungszeit. Er kritisierte weiters, dass die mit den Turnusärztinnen und Turnusärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe durchgeführten Abschlussevaluierungsgespräche im KH St. Josef nicht der eigenen Richtlinie entsprechend dokumentiert waren.

Der RH empfahl dem Wiener Gesundheitsverbund, Vorgaben zu schaffen, um die Durchführung und Dokumentation von Evaluierungsgesprächen sicherzustellen.

Er empfahl der St. Josef Krankenhaus GmbH, die bestehende Vorgabe anzupassen und einzuhalten sowie die Durchführung und Dokumentation der Evaluierungsgespräche zeitnah vor jeder Rasterzeugnisausstellung vorzusehen.

55.3 Laut Stellungnahme der Stadt Wien werde der Wiener Gesundheitsverbund der Empfehlung des RH nachkommen und bis Ende des zweiten Quartals 2020 die Vorlagen den Direktionen der Wiener Städtischen Krankenanstalten zur Verfügung stellen.

[79] Die im KH St. Josef verwendete Richtlinie zum Abschlussevaluierungsgespräch stammte von der Vinzenz–Gruppe.

Logbuch

56.1 (1) Die Novelle zur KEF und RZ–V 2015 im Juni 2016 sah vor, dass Ausbildungsbücher (Logbücher) der Österreichischen Ärztekammer zur detaillierten Dokumentation der einzelnen Ausbildungsschritte durch die Turnusärztinnen und Turnusärzte dienten und von diesen und der bzw. dem Ausbildungsverantwortlichen zu verwenden waren.[80]

(2) Gemäß KEF und RZ–V 2015 ergab sich der Inhalt der Logbücher aus den Rasterzeugnissen. Diese waren jedoch zum Teil sehr allgemein und unscharf formuliert.[81]

So gab es z.B. in der Sonderfach–Grundausbildung die Fertigkeiten „Leitung einer physiologischen Geburt“ und „Interpretation von Cardiotokographie“. Beides durfte gemäß Hebammengesetz auch ausschließlich von Hebammen durchgeführt werden. Die Geburtshilfen LK Korneuburg, KH St. Josef und SMZ Ost führten grundsätzlich – im Unterschied zum UK St. Pölten – hebammengeleitete Geburten durch, bei denen eine ärztliche Anwesenheit im Kreißsaal nicht unbedingt erforderlich war. Eine weitere erforderliche Fertigkeit in der Sonderfach–Grundausbildung war z.B. die „Diagnostik und Therapie von Erkrankungen in der Geburtshilfe inklusive regelwidriger (pathologischer) Geburten und Risikogeburten“.

(3) Im überprüften Zeitraum stand lediglich für die Basisausbildung ein Logbuch der Österreichischen Ärztekammer zur Verfügung, das im Wesentlichen die Inhalte des Rasterzeugnisses wiedergab, ohne weitere Klärungen und Detaillierungsgrade aufzuweisen. Anfang März 2019 beschloss die Österreichische Ärztekammer, für die Facharztausbildung ein elektronisches Logbuch zur Dokumentation des Ausbildungsfortschritts zu erstellen. Ein genauer Projektplan, der z.B. die Projektdauer und –kosten beinhaltete, lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht vor.

(4) Die Träger der überprüften Krankenanstalten verfügten über keine Vorgaben zur Verwendung eines Logbuchs für die fachärztliche Ausbildung; diese verwiesen auf die Erstellung durch die Österreichische Ärztekammer.

[80] § 9 Abs. 1 KEF und RZ–V 2015

[81] siehe RH–Bericht „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2015/9, TZ 25)

56.2 Der RH hielt kritisch fest, dass es keine Ausbildungsbücher (Logbücher) der Österreichischen Ärztekammer für die Facharztausbildung gab, obwohl diese seit Mitte 2016 (1. Novelle der KEF und RZ–V 2015) vorgesehen waren.[82] Der RH bewertete grundsätzlich positiv, dass die Österreichische Ärztekammer im März 2019 einen Beschluss zur Erstellung eines elektronischen Logbuchs fasste, hielt aber fest, dass es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch keinen Projektplan dafür gab.

Der RH empfahl dem Ministerium, auf die zeitnahe Erstellung der Logbücher hinzuwirken und dabei sicherzustellen, dass diese den für eine qualitätsvolle Ausbildung notwendigen Inhalt und Detaillierungsgrad aufweisen sowie die dafür erforderliche Dokumentation festlegen. Aus Transparenzgründen sollte das Logbuch den Rasterzeugnissen beizulegen sein.

56.3 Laut Stellungnahme des Ministeriums habe es im Rahmen der Art. 44–Kommission mehrmals eine möglichst rasche Fertigstellung der elektronischen Logbücher durch die Österreichische Ärztekammer forciert. Im Rahmen der Art. 44–Kommission gebe es aus diesem Grund bereits Berichte über den aktuellen Stand der Arbeiten und auch in den kommenden Sitzungen sei geplant, dieses Thema weiterhin zu behandeln (inklusive weiterem Zwischenbericht der Österreichischen Ärztekammer). Im Oktober 2019 habe die Österreichische Ärztekammer berichtet, dass Mitte Juli ein externes Betriebsberatungsunternehmen mit der Erstellung eines Lastenhefts für ein elektronisches Logbuch für alle Sonderfächer und die Allgemeinmedizin beauftragt worden sei. Eine interne Arbeitsgruppe habe funktionale und nicht funktionale Anforderungen festgelegt. Ein Erstentwurf dieses Lastenhefts sei im Laufe des Oktobers in fachlicher–inhaltlicher, juristischer und IT–technischer Hinsicht abgestimmt worden. Die Vorbereitungsarbeiten für die Ausschreibung seien für November geplant.

[82] Der RH hatte bereits in seinem Bericht „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2015/9, TZ 25) die Entwicklung von Musterlogbüchern empfohlen.

Schlussempfehlungen

57 Zusammenfassend empfahl der RH:

	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	Land Niederösterreich	NÖ Landesgesundheitsagentur	Landesklinikum Korneuburg	Universitätsklinikum St. Pölten	Stadt Wien	Wiener Gesundheitsverbund	St. Josef Krankenhaus GmbH	St. Josef Krankenhaus	Klinik Donaustadt	Tirol Kliniken GmbH
(1) Auf eine ehestmögliche Erstellung und Beschlussfassung des Regionalen Strukturplans Gesundheit Niederösterreich 2025 – Teil 2 in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Bundes wäre hinzuwirken. In diesem Zusammenhang wären die Geburtshilfe–Standorte in den niederösterreichischen Krankenanstalten im Lichte ihrer Auslastung und Geburtenzahlen sowie hinsichtlich der geburtshilflichen Versorgungsstufen gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2017 zu evaluieren. (TZ 6)		X									
(2) Auf die ehestmögliche Erlassung der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH über die verbindlichen Teile des Regionalen Strukturplans Gesundheit Niederösterreich 2025 wäre hinzuwirken. (TZ 7)		X									
(3) Auf eine Erstellung des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien 2025 für den stationären Bereich unter Beachtung der Vorgaben des Bundes wäre hinzuwirken. Dabei wären für die einzelnen Krankenanstalten die geburtshilflichen Versorgungsstufen gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2017 zu evaluieren. (TZ 10)						X					
(4) Gemeinsam mit dem Wiener Gesundheitsfonds und in Abstimmung mit der St. Josef Krankenhaus GmbH sowie dem Wiener Gesundheitsverbund wäre die mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit konforme Festlegung adäquater Bettenkapazitäten für die Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien 2025 stationär sicherzustellen. (TZ 11)						X					
(5) Gemeinsam mit den beiden Gesundheitsfonds wäre unter Berücksichtigung der Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit die zur qualitätsvollen und patientensicheren Versorgung erforderliche Zahl und örtliche Festlegung von neonatologischen Betten sicherzustellen. (TZ 12)		X	X			X	X	X			
(6) Die Bemühungen der Krankenanstaltenträger, eine ausreichende Zahl an neonatologischem Fachpersonal sicherzustellen, wären zu unterstützen. (TZ 12)	X	X				X					

	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	Land Niederösterreich	NÖ Landesgesundheitsagentur	Landesklinikum Korneuburg	Universitätsklinikum St. Pölten	Stadt Wien	Wiener Gesundheitsverbund	St. Josef Krankenhaus GmbH	St. Josef Krankenhaus	Klinik Donaustadt	Tirol Kliniken GmbH
(7) Gemeinsam mit den Krankenanstaltenträgern wären die Ausbildungskapazitäten für Hebammen zu evaluieren und erforderlichenfalls wäre auf eine Anpassung der Zahl der Studienplätze hinzuwirken. (TZ 13)		X				X					
(8) Im Rahmen ihrer Zielsteuerungs–Kommissionen wäre auf die Thematik Vertragshebammen (Anzahl, Stellenplan, Tarife etc.) hinzuweisen und gemeinsam mit der Sozialversicherung eine bedarfsorientierte Hebammenversorgung sicherzustellen. (TZ 13)		X				X					
(9) Das Entwicklungsziel „Senkung der Kaiserschnittrate“ wäre zu operationalisieren und die Umsetzung der Maßnahmen durch die Krankenanstalten regelmäßig zu überwachen. (TZ 16)			X								
(10) Die Wiener Gesundheitsziele bzw. die Grundsatzerklärung zur Spontangeburt wären zügig umzusetzen. (TZ 16)						X	X				
(11) Auch im Sinne der Bürgernähe wäre die Bereitstellung einer gesamthaften, alle niederösterreichischen Geburtshilfen umfassenden, patientenorientierten Onlineübersicht mit Verlinkungen zu den einzelnen Geburtshilfen zu prüfen. (TZ 17)			X								
(12) Im Interesse höchstmöglicher Transparenz wäre auf „kliniksuche.at“ eine Verlinkung zu den Daten auf „geburtsinfo.wien“ zu prüfen. (TZ 19)	X										
(13) Über die Fortführung und die weitere Finanzierung des laufenden Betriebs der zentralen Geburtsanmeldung wäre rasch eine Entscheidung herbeizuführen; die dafür relevanten Kosten wären umfassend und realistisch zu planen. (TZ 20)						X	X				
(14) Gemeinsam mit dem Wiener Gesundheitsfonds wäre eine Vorverlegung der Frist zur Geburts–Voranmeldung zu prüfen. (TZ 22)							X				
(15) Das Termin–Tool für die zentrale Geburtsanmeldung wäre rasch umzusetzen. (TZ 22)							X				
(16) Es wäre zu evaluieren, worauf die in einigen niederösterreichischen Geburtshilfen vergleichsweise hohen Verweildauern nach Spontangeburten zurückzuführen waren. (TZ 27)			X								

	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	Land Niederösterreich	NÖ Landesgesundheitsagentur	Landesklinikum Korneuburg	Universitätsklinikum St. Pölten	Stadt Wien	Wiener Gesundheitsverbund	St. Josef Krankenhaus GmbH	St. Josef Krankenhaus	Klinik Donaustadt	Tirol Kliniken GmbH
(17) Es wäre zu prüfen, ob eine Anpassung des Versorgungskonzepts für Frühgeburten an den entsprechenden Qualitätsindikator im Geburtenregister (wonach Frühgeburten bis Schwangerschaftswoche 31+6 mit einem Aufenthalt vor Geburt von mindestens zwei Tagen nur in einer Klinik/Abteilung mit angeschlossener Intensivbehandlungseinheit für Früh– und Neugeborene stattfinden sollten) zweckmäßig und erforderlich ist. (TZ 32)			X								
(18) Im Interesse der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit wäre anhand der Geburtenregister–Kennzahlen gemeinsam mit den Krankenanstalten deren geburtshilfliche Performance (Abläufe, Ressourcen, Leistungserbringung etc.) zu evaluieren und gegebenenfalls wären daraus Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. (TZ 33)			X				X	X			
(19) Geburtshilfen mit Wochenbettbetreuung durch Hebammen wäre (Pflege–)Personal für nicht hebammenspezifische Tätigkeiten beizustellen. (TZ 34)			X								
(20) Angesichts der stark differierenden Zahl der Geburten pro Hebamme wären der Ist–Stand und der Bedarf an Hebammen unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben (etwa Gestaltung der Wochenbettbetreuung) zu evaluieren. (TZ 34)			X				X				
(21) Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Geburtsbegleitung durch Wahlhebammen wären umfassend zu klären. (TZ 35)			X				X	X			
(22) Einheitliche Kriterien für die Vergabe und Verrechnung von – indizierten und nicht indizierten – pränataldiagnostischen Untersuchungen in den Ambulanzen der Krankenanstalten wären vorzugeben und dabei die Regelungen des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger zu beachten. (TZ 39)							X				
(23) Gemeinsam mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger wären geeignete Maßnahmen zu setzen, um eine angemessene, dem Stand der Wissenschaft entsprechende Versorgung von Schwangeren im Bereich der vorgeburtlichen Untersuchungen sicherzustellen. (TZ 40)	X	X				X					
(24) Es wären geeignete Maßnahmen zu setzen, um eine optimale Transportqualität bei der Verlegung von kranken Neugeborenen sicherzustellen. Die Stadt Wien sollte die Wiener Krankenanstaltenträger dabei unterstützen. (TZ 42)			X			X	X	X			
(25) Es wären personelle Vorgaben für das Qualitäts– und Risikomanagement festzulegen. (TZ 43)			X					X			

	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	Land Niederösterreich	NÖ Landesgesundheitsagentur	Landesklinikum Korneuburg	Universitätsklinikum St. Pölten	Stadt Wien	Wiener Gesundheitsverbund	St. Josef Krankenhaus GmbH	St. Josef Krankenhaus	Klinik Donaustadt	Tirol Kliniken GmbH
(26) Die personellen Vorgaben im Bereich des Qualitäts– und Risikomanagements wären zu erfüllen. (TZ 43)							X			X	
(27) Den Qualitätszielen angemessene Audit–Frequenzen wären vorzusehen. (TZ 44)			X								
(28) Im Landesklinikum Korneuburg wären die Risikothemen in der Geburtshilfe bis zu einer Re–Evaluierung zu beobachten. (TZ 44)			X								
(29) Im Universitätsklinikum St. Pölten wäre ehestmöglich eine Evaluierung im Bereich Geburtshilfe durchführen zu lassen. (TZ 44)			X								
(30) Die Durchführung einer auf die Schnittstellenthematik fokussierten Sicherheits– und Risikoanalyse wäre zu prüfen. (TZ 44)			X					X			
(31) Im Landesklinikum Korneuburg und im Universitätsklinikum St. Pölten wäre ein Fehlermelde– und Lernsystem baldig umzusetzen. (TZ 45)			X								
(32) Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wäre das Bewusstsein für die Bedeutung von Fehlermeldungen zur Verbesserung der Patientensicherheit durch gezielte Maßnahmen (z.B. Informationsveranstaltungen) zu stärken. (TZ 45)							X			X	
(33) Die Weiterentwicklung aussagekräftiger Indikatoren in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie im Rahmen von Austrian Inpatient Quality Indicators wäre voranzutreiben. (TZ 47)	X										
(34) Im Interesse der Patientensicherheit sowie zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und Ineffizienzen wäre zu evaluieren, wie Synergien mit dem Geburtenregister zu erzielen wären; dies auch im Hinblick auf zusätzliche Informationen in „kliniksuche.at“. (TZ 47, TZ 48)	X										
(35) Im Sinne der Qualitätssicherung wäre auf eine bessere Codierung von Diagnosen im System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung hinzuwirken. (TZ 47)			X				X	X			
(36) Mit den Arbeiten für den im Rahmen von Austrian Inpatient Quality Indicators im Jahr 2020 angestrebten Jahresschwerpunkt betreffend Geburtshilfe und Neonatologie wäre baldig zu beginnen. (TZ 47)	X										

	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	Land Niederösterreich	NÖ Landesgesundheitsagentur	Landesklinikum Korneuburg	Universitätsklinikum St. Pölten	Stadt Wien	Wiener Gesundheitsverbund	St. Josef Krankenhaus GmbH	St. Josef Krankenhaus	Klinik Donaustadt	Tirol Kliniken GmbH
(37) Gemeinsam mit den Krankenanstaltenträgern wären die Zulässigkeit, Art, Häufigkeit und das Verfahren der Bereitstellung von Daten des Geburtenregisters und eine entsprechende Kooperation mit dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zu klären. (TZ 48)											X
(38) Gemeinsam mit den Krankenanstalten wären Lösungen für einen transparenteren Umgang mit den Geburtenregister–Daten zu entwickeln. (TZ 48)			X				X	X			
(39) Im Interesse der Patientensicherheit wäre die Ausweitung der Infektionsüberwachung auf weitere Surveillance–Bereiche bzw. –Indikatoren – wie z.B. Kaiserschnitt oder neonatologische Intensivstation – zu prüfen. Es wären Lösungen zu prüfen, um auch die im ambulanten Bereich diagnostizierten Wundinfektionen nach Kaiserschnitt erfassen zu können. (TZ 49)	X										
(40) Die Anzahl der Wundinfektionen bei Kaiserschnitt wäre weiterhin zu erfassen und zu beobachten sowie die Implementierung eines entsprechenden Surveillance–Systems zu prüfen. (TZ 49)				X							
(41) Auch aufgrund der regelmäßig über dem Bundes– und Niederösterreichdurchschnitt liegenden Kaiserschnittrate wäre ein entsprechendes Surveillance–System zu implementieren. (TZ 49)					X						
(42) Die Implementierung des geplanten Surveillance–Systems zur Erfassung nosokomialer Infektionen im neonatologischen Intensivbereich wäre ehestens umzusetzen. (TZ 49)			X		X						
(43) Auf eine Überprüfung des Zielwerts von lediglich zwei Stichproben–Visitationen von Ausbildungsstätten pro Halbjahr wäre hinzuwirken. (TZ 51)	X										
(44) Es wäre darauf hinzuwirken, dass die Kommission für die ärztliche Ausbildung die Kriterien für die Evaluierung der Anerkennungsvoraussetzungen von Ausbildungsstätten ehestmöglich festlegt. (TZ 51)	X										
(45) Es wäre zu prüfen, ob die im Definitionshandbuch vorgenommenen Zuordnungen der Leistungen die Rasterzeugnisrichtzahlen tatsächlich abbildeten. (TZ 52)	X										
(46) Die von den Trägern der Ausbildungsstätte zu erhebenden Leistungszahlen wären zu definieren bzw. wäre auf eine Definition hinzuwirken, um eine einheitliche Vorgangsweise sicherzustellen. (TZ 52)	X										

	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	Land Niederösterreich	NÖ Landesgesundheitsagentur	Landesklinikum Korneuburg	Universitätsklinikum St. Pölten	Stadt Wien	Wiener Gesundheitsverbund	St. Josef Krankenhaus GmbH	St. Josef Krankenhaus	Klinik Donaustadt	Tirol Kliniken GmbH
(47) Es wäre zu evaluieren, welcher Abschlagsfaktor auf das medizinische Leistungsspektrum im Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe zweckmäßig wäre, um eine qualitätsvolle Ausbildung gewährleisten zu können, und dabei wäre auch die Berufsgruppe der Hebammen zu berücksichtigen. (TZ 52)	X										
(48) Im Interesse der Rechtssicherheit und Transparenz wäre die rechtliche Verankerung von Abschlagsfaktoren bzw. deren Verwendung zur Ermittlung der Zahl der Ausbildungsstellen zu prüfen. (TZ 52)	X										
(49) Zentrale Vorgaben für die Erstellung eines Ausbildungsplans gemäß Ärzteausbildungsordnung 2015 wären festzulegen. (TZ 53)							X	X			
(50) Ausbildungspläne für die fachärztliche Ausbildung wären zu erstellen. (TZ 53)									X	X	
(51) Die Ausstellung der Rasterzeugnisse gemäß der jeweils gültigen Ausbildungsordnung wäre sicherzustellen. (TZ 54)				X					X	X	
(52) Vorgaben wären zu schaffen, um die Durchführung und Dokumentation von Evaluierungsgesprächen im Rahmen der ärztlichen Ausbildung sicherzustellen. (TZ 55)							X				
(53) Die bestehende Vorgabe zur Durchführung und Dokumentation der Evaluierungsgespräche wäre anzupassen und einzuhalten. Die Durchführung sowie Dokumentation der Evaluierungsgespräche wären zeitnah vor jeder Rasterzeugnisausstellung vorzusehen. (TZ 55)								X			
(54) Auf die zeitnahe Erstellung der Logbücher wäre hinzuwirken und dabei sicherzustellen, dass diese den für eine qualitätsvolle Ausbildung notwendigen Inhalt und Detaillierungsgrad aufweisen sowie die dafür erforderliche Dokumentation festlegen. Aus Transparenzgründen sollte das Logbuch den Rasterzeugnissen beizulegen sein. (TZ 56)	X										

Rechnungshof Österreich

Wien, im Jänner 2021
Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

Anhang

Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger

Anmerkung: im Amt befindliche Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in **Fettdruck**

St. Josef Krankenhaus GmbH

Aufsichtsrat

Vorsitz

Brigitte Thalhammer[1]	(1. Oktober 2014 bis 6. Jänner 2015)
Mag. Stephan Lampl	(6. Jänner 2015 bis 1. April 2019)
Dr. Michael Heinisch	(1. April 2019 bis 6. Juni 2019)
Mag. Stephan Lampl	(seit 6. Juni 2019)

Stellvertretung

Brigitte Thalhammer	(1. Juli 2009 bis 3. Juli 2018)
Sabine (Sr. Patricia) Erber	(seit 3. Juli 2018)

Geschäftsführung

Mag. Stephan Lampl	(1. Oktober 2014 bis 6. Jänner 2015)
Marco Doering	(7. Jänner 2015 bis 12. April 2019)
Mag. Stephan Lampl	(12. April 2019 bis 6. Juni 2019)
Mag. Andreas Waldsich, MIM	(seit 6. Juni 2019)

[1] Wahrnehmung des Vorsitzes durch Stellvertretung

Tirol Kliniken GmbH

Aufsichtsrat

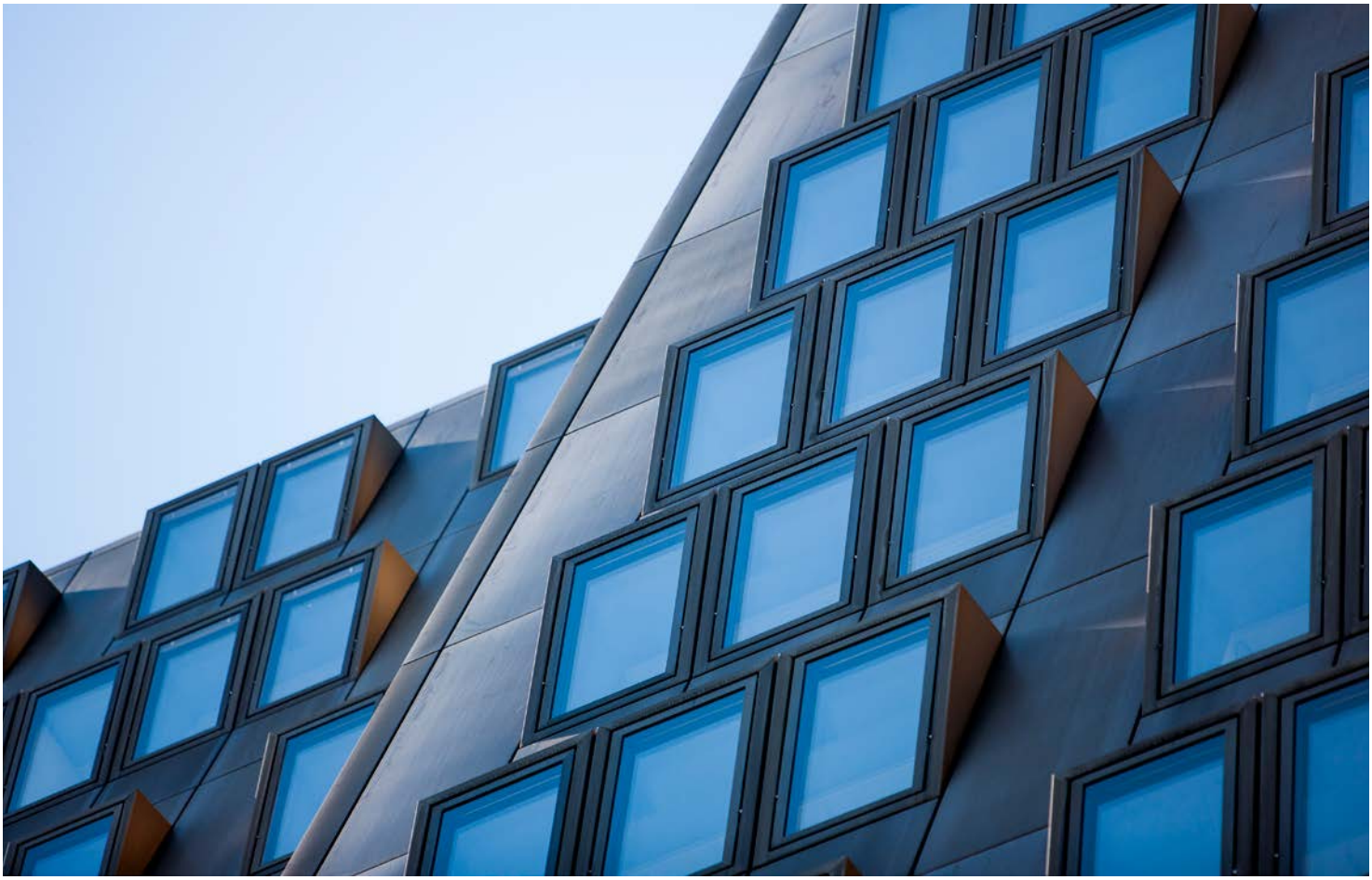
Vorsitz

HR Dr. Dietmar Schennach	(29. Juli 2009 bis 31. Jänner 2019)
Mag. Simone Wallnöfer	(seit 1. Februar 2019)

Stellvertretung

Univ.–Prof. Dr. Christoph Huber	(seit 30. Juni 2009)

Geschäftsführung

Univ.–Prof. Dr. Christian J. Wiedermann	(1. Oktober 2017 bis 30. September 2020)
Mag. Stefan Deflorian	(seit 1. Februar 2008)
Univ.–Prof. Dr. Christian Haring, MAS	(seit 1. Jänner 2021)

R
H