

BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN

b m g f

XXII. GP.-NR
1015 /AB

2003 -12- 29

zu 1014 J

Herrn
Präsidenten des Nationalrates (5-fach)
Parlament
1010 Wien

GZ: 11.001/95-I/A/3/03

Wien, 23.12.03

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 1014/J der Abgeordneten Grünwald, Freundinnen und Freunde** wie folgt:

Frage 1:

Die Auseinandersetzungen sind meinem Ressort bekannt.

Fragen 2 und 18:

Mein Ressort hat sich eingehend mit diesen Fragen beschäftigt und eine Arbeitsgruppe mit internationalen Experten eingerichtet, die ihre Tätigkeit am 27. November 2003 aufgenommen hat.

Frage 3:

Ich werde zu den angesprochenen Problemkreisen nach Vorliegen des Endberichtes der Arbeitsgruppe Stellung nehmen.

Frage 4:

Ich verweise auf meine Ausführungen zu Frage 2.

Frage 5:

Durch die erwähnte von meinem Ressort eingesetzte internationale Expertengruppe ist ein Höchstmaß an Objektivität, Transparenz und Kompetenz garantiert.

Fragen 6 und 16:

In Bezug auf die Bettenanzahl der Universitätsklinik für Kinderheilkunde am AKH Wien bzw. die Bettenzuteilung an die einzelnen Abteilungen dieser Universitätsklinik gibt es grundsätzlich keine Widersprüche, sondern nur

unterschiedliche Darstellungsmöglichkeiten, wie die folgenden Ausführungen zeigen:

Die vom ÖBIG gelieferten Daten entstammen der Krankenanstalten-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, die auf Basis des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen und der entsprechenden Verordnung von den landesfondsfinanzierten Krankenhäusern bzw. deren Trägern im Wege des jeweiligen Landeshauptmannes an mein Ressort geliefert (und von diesem dem ÖBIG zur Verfügung gestellt) wird. Die Informationen im „Österreichischen Spitalskompass“ im Internet werden ebenfalls von den Krankenhäusern selbst zur Verfügung gestellt bzw. können von diesen selbst online aktualisiert und angepasst werden. Der Spitalskompass ist weder ein Produkt des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen noch von diesem in Auftrag gegeben. Die Basisdaten beider Datenquellen werden allerdings von den Krankenhäusern selbst geliefert.

Im Rahmen der Krankenanstalten-Statistik wird die Anzahl der Betten auf Ebene der einzelnen Kostenstellen gemeldet. Je Kostenstelle sind sowohl die sogenannten „systemisierten“ Betten (das sind die sanitätsbehördlich bewilligten Betten) als auch die tatsächlich aufgestellten Betten zu melden.

Vermeintliche Widersprüche hinsichtlich der Bettenzahlen haben sich im gegenständlichen Fall offenbar dadurch ergeben, dass Vergleiche zwischen systemisierten und tatsächlich aufgestellten Betten angestellt wurden und dass nicht alle der Univ.Klinik für Kinderheilkunde am AKH Wien zugehörigen Kostenstellen bzw. deren Bettenzahlen berücksichtigt wurden:

Für die Kostenstelle „Klinische Abteilung für allgemeine Pädiatrie“ am AKH Wien, welche diese Abteilung i.e.S. umfasst, wurden im Rahmen der Krankenanstalten-Statistik 2002 76 systemisierte und 48 tatsächlich aufgestellte Betten gemeldet.

Zur klinischen Abteilung für allgemeine Pädiatrie ist aber auch die Kostenstelle „Heilpädagogische Station“ hinzuzuzählen. Damit weist die Allgemeine Pädiatrie 96 systemisierte und 66 tatsächlich aufgestellte Betten auf. Die 96 systemisierten Betten entsprechen der Angabe im Spitalskompass.

Der Österreichische Krankenanstaltenplan (ÖKAP/GGP 2003) weist im Ist-Stand, der sich auf das Jahr 2000 bezieht, im Normalpflegebereich 117 systemisierte und 90 tatsächlich aufgestellte Betten für die Fachrichtung Kinderheilkunde aus. Hierbei ist zu den beiden o.a. Kostenstellen auch die Kostenstelle „Klinische Abteilung für Kinderkardiologie“ hinzugezählt (im Spitalskompass sind diese Betten gesondert ausgewiesen). Diese Bettenuordnung zum Bereich Kinderheilkunde wurde mit dem AKH bzw. mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund im Zuge der Arbeiten zum ÖKAP/GGP 2003 im Detail abgestimmt.

Das erforderliche Expertenwissen über die Datengrundlagen, die richtige Zuordnung und Interpretation der Daten und die Kenntnisse über die größeren Zusammenhänge tragen also dazu bei, vermeintliche Widersprüche von vorne herein auszuschließen.

Frage 7:

Die Angaben des ÖBIG zur Zahl der Herzoperationen bzw. zum Anteil der in diesem Zusammenhang verstorbenen Kinder wurden der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Spitäler entnommen. Die DLD ist auf Basis des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen und der entsprechenden Verordnung von den einzelnen landesfondsfinanzierten Spitälern an den jeweiligen Landesfonds und von diesem an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zu melden (welches die Daten dem ÖBIG zur Verfügung stellt). Damit stammen auch diese Daten originär aus den Datenbanken der Krankenhäuser.

Die Ursachen und Hintergründe der unterschiedlichen Angaben zur Anzahl der Herzoperationen an Kindern bzw. zum Anteil der im Zusammenhang mit einer solchen Operation verstorbenen Kinder lassen sich – nach erfolgter Analyse zwischen dem AKH Wien und dem ÖBIG – wie folgt erklären:

Die Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Kardiologie führt eine eigene, sehr detaillierte Statistik über Indikationsstellung und Behandlungsverlauf in jedem einzelnen Fall mit herzchirurgischer bzw. kardiologischer Intervention. Diese Daten sind – zumindest das AKH Wien betreffend – mit der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) nicht gekoppelt und führen offensichtlich zu unterschiedlichen Ergebnissen aufgrund von Unterschieden in den Inhalten der beiden Dokumentationen.

Ein weiterer Grund für Unterschiede in den Sterblichkeitsraten ist darin zu sehen, dass von der genannten Gesellschaft ein Todesfall nur dann in Zusammenhang mit der Operation bzw. Intervention gesetzt wird, wenn er binnen 30 Tagen nach dieser Operation/Intervention anfällt, vom ÖBIG hingegen alle stationären Fälle einbezogen wurden, bei denen laut DLD nach einer derartigen Operation/Intervention der Entlassungsstatus „Sterbefall“ vermerkt war. Aufgrund eingehender Analysen von ÖBIG und AKH konnte festgestellt werden, dass nach Berücksichtigung dieser Unschärfe z.B. für das Jahr 2002 die Todesfälle in beiden Datenquellen eindeutig zu identifizieren waren und keine Widersprüche mehr bestanden.

Frage 8:

Um unterschiedliche Auswertungsergebnisse im angesprochenen Bereich in Zukunft zu vermeiden, wurde die Einrichtung eines zentralen Registers „Kinderherzchirurgie bzw. Kinderkardiologie“ am ÖBIG in Aussicht genommen (vergleichbar dem „Kompetenznetz angeborene Herzfehler“ in Deutschland). Jedenfalls wurde von den zuständigen leitenden Ärzten und Ärztinnen im AKH Wien und zum Teil auch schon aus anderen betroffenen Krankenhäusern bereits Zustimmung und Kooperationsbereitschaft in Bezug auf ein solches Register signalisiert.

Unterschiedliche Auswertungen zu Teilbereichen der Krankenanstalten- und Gesundheitsstatistik lassen keine Rückschlüsse auf Datenwidersprüche im gesamten Gesundheitssystem zu. Außerdem sind die jeweiligen Datenlieferanten – wie bei jeder Art von statistischer Erhebung – gefordert und verpflichtet, möglichst aktuelle, vollständige und valide Daten zu liefern. Dazu führen etwa die Länder (Landesfonds) und das Gesundheitsressort regelmäßig Datenqualitäts-

sitzungen und Datenplausibilitätsprüfungen durch und versuchen im Rahmen der Möglichkeiten, allfällige Widersprüche gemeinsam mit den betroffenen Spitätern zu bereinigen.

Wenn neben den auf gesetzlicher Basis zu meldenden Daten noch „Privatstatistiken“ geführt werden, liegt es in der Verantwortung der dabei handelnden Personen, ihre allfällig abweichenden oder zusätzlichen Erkenntnisse in die öffentliche Datenerfassung einzubringen bzw. sich mit dieser abzustimmen. Selbstverständlich werden die auf gesetzlicher Basis erhobenen Daten, denen umfangreiche österreichweit einheitliche Datenstrukturvorgaben und Definitionen zu grunde liegen, als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen verwendet.

Frage 9:

Vor Entwicklung bzw. Umsetzung von Maßnahmen für eine Erhöhung der Anzahl von Lebertransplantationen für Kinder gilt es, die in dem Buch „Weggelegt...“ angeführten Werte hinsichtlich ihrer tatsächlichen Vergleichbarkeit zu überprüfen. So wird für den internationalen Vergleich Datenmaterial aus den USA verwendet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in den USA komplexe medizinische Maßnahmen zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auch für Patientinnen und Patienten aus dem mittel- und südamerikanischen Raum erbracht werden. Daher lassen Relationen zu Einwohnerzahlen einen entsprechenden Vergleich zur Versorgung nicht zu.

Es ist daher eine Gegenüberstellung des statistischen Datenmaterials für solche Länder anzustreben, die eine sozioökonomische oder auch geographische Vergleichbarkeit zulassen, wie etwa Deutschland oder die Niederlande. Weiters ist auch die entsprechende Patientenherkunft in die Auswertungen mit einzubeziehen (beispielsweise werden in Brüssel Transplantationen an Kindern aus der ganzen Welt vorgenommen, da Belgien als Pionier für Lebertransplantation an Kindern gilt).

Anhand des laufend aktualisierten Datenmaterials (Eurotransplant, European Liver Transplant Registry) wird ersichtlich, dass die entsprechende Versorgung in Österreich den niederländischen bzw. den deutschen Vergleichswerten entspricht. Darüber hinaus ist festzustellen, dass die Mortalität auf der Warteliste für den in Diskussion stehenden Patientenkreis gering ist, wobei v.a. schwerwiegende Komplikationen im Krankheitsverlauf mit entsprechenden Sterbefällen in Zusammenhang zu bringen sind. Da grundsätzlich eine stete Verbesserung der Versorgungssituation als erstrebenswert gilt, ist - im Zusammenhang mit einer Überprüfung des vorliegenden Datenmaterials - das derzeit bereits bestehende und durchaus erfolgreiche Programm zur Förderung der Organ- und Stammzellspende hinsichtlich einer etwaigen Spezifikation zur Versorgung von Kindern zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Fragen 10 bis 14:

Diese Fragen werden von der internationalen Expertengruppe aufbereitet; der Endbericht ist abzuwarten.

Frage 15:

Sollten sich aus dem Endbericht der internationalen Expertengruppe notwendige Erweiterungen im Sinne einer Subspezialisierung ergeben, wird es zu Änderungen im Rahmen der Ärzte-Ausbildungsordnung kommen.

Frage 17:

Es ist festzuhalten, dass etwa die Auswertungen zum kinderherzchirurgischen Operationsgeschehen vom ÖBIG ausschließlich zum Zweck der deskriptiven Darstellung dieses Geschehens sowie der diesbezüglichen Mortalität in Österreich erstellt wurden. Weder die Darstellungsmethodik noch die Daten sind für den Zweck einer vergleichenden Ergebnisqualitätsdarstellung einzelner herzchirurgischer Zentren geeignet, zumal Art und Schweregrad der Grunderkrankung sowie etwaige weitere Basiserkrankungen in der Grundgesamtheit der versorgten Kinder in keiner Weise berücksichtigt wurden.

Um Transparenz und Klarheit über die Qualitätsstandards in diesem Bereich zu maximieren wurde einerseits die Einrichtung des oben angeführten Registers (siehe Antwort zu Frage 8) in Aussicht genommen und wurden andererseits Schritte eingeleitet, um die im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) bereits enthaltenen Strukturqualitätskriterien für die Kinderkardiologie um Kriterien für die Kinderherzchirurgie zu erweitern.

Mit freundlichen Grüßen
Die Bundesministerin:



Maria Rauch-Kallat