

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS
Bundesministerin

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0377-I/A/15/2015

Wien, am 12. Jänner 2016

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 6992/J der Abgeordneten Mühlberghuber und weiterer Abgeordneter
nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Frage 1:

➤ *In welchen Orten von Niederösterreich gibt es derzeit Geburtenstationen?*

Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe gab es im Jahr 2014 (letzter verfügbare Daten) an folgenden Standorten in Niederösterreich:

- K303 Landesklinikum Amstetten
- K316 Landesklinikum Hainburg
- K319 Landesklinikum Hollabrunn
- K321 Landesklinikum Klosterneuburg
- K326 Landesklinikum Krems
- K334 Landesklinikum Melk
- K335 Landesklinikum Mistelbach
- K338 Landesklinikum Neunkirchen
- K347 Landesklinikum Scheibbs
- K354 Landesklinikum Waidhofen/Ybbs
- K356 Landesklinikum Wiener Neustadt
- K377 Landesklinikum Horn-Allentsteig - Standort Horn
- K378 Landesklinikum Korneuburg-Stockerau - Standort Korneuburg
- K379 Landesklinikum Tulln
- K380 Landesklinikum Baden-Mödling - Standort Mödling
- K382 Landesklinikum St. Pölten-Lilienfeld - Standorte St. Pölten und Lilienfeld

- K383 Landesklinikum Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl –
Standorte Waidhofen/Thaya und Zwettl

Fragen 2 bis 4:

- *Wie viele bzw. welche Geburtenstationen wurden zwischen 2005 und 2015 in Niederösterreich geschlossen?*
- *Aus welchen Gründen wurden diese Geburtenstationen geschlossen?*
- *Wie hoch war die jeweilige Kostenersparnis aufgrund der Schließung dieser Geburtenstationen?*

Im Zeitraum 2005 bis 2014 wurden die Geburtenstationen am Standort Gmünd des Landesklinikums Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl sowie am Standort Baden des Landesklinikums Baden-Mödling geschlossen.

Die Standort- und Kapazitätsplanung sowie die Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung eines Bundeslandes mit Krankenhausleistungen liegen im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer. Daher sind meinem Ressort weder die Gründe für die Schließung dieser Geburtenstationen noch die Höhe einer damit verbundenen Kostenersparnis bekannt.

Frage 5:

- *Wer hat den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) erstellt bzw. war daran beteiligt?*

Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) wird - entsprechend Artikel 4 der zwischen dem Bund und allen Bundesländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens - die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur festgelegt. Der ÖSG stellt die Rahmenplanung für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) sowie für den Rehabilitationsbereich und die Nahtstellen zum Pflegebereich dar.

Der ÖSG wird in den Arbeitsgremien der Bundesgesundheitsagentur, in denen der Bund, alle Bundesländer und die Sozialversicherung vertreten sind, mit Unterstützung der Gesundheit Österreich GmbH erstellt. Zu einzelnen Themenbereichen werden medizinische Expert/innen sowie Vertreter/innen von Gesundheitsdiensteanbietern einbezogen. Der fertiggestellte Entwurf des ÖSG wird allen Bundesländern und der Sozialversicherung zur Prüfung übermittelt, wobei weitere Expert/inn/en und Gesundheitsdiensteanbieter im jeweiligen Bereich einbezogen werden können. Gemäß Artikel 12 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit fällt der ÖSG in die Zuständigkeit der Bundes-Zielsteuerungskommission, die den ÖSG bzw. dessen jeweilige Revisionen beschließt.

Frage 6:

- *Welchen rechtlichen Status hat der ÖSG?*

Gemäß § 59j des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten ist der ÖSG ein objektiviertes Sachverständigengutachten.

Frage 7:

- *Ist im ÖSG normiert, dass ab einer bestimmten Nichterreichung von Geburten die jeweilige Geburtenstation geschlossen werden muss bzw. soll?*

Der ÖSG ist ein Rahmenplan, in dessen Rahmen die regionalen Detailplanungen in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) auf Ebene der Bundesländer zu erfolgen haben. Es kann daher nicht Inhalt des ÖSG sein, die Einrichtung oder Schließung bestimmter Versorgungsbereiche unter bestimmten Umständen vorzuschreiben. Vielmehr muss die regionale Detailplanung auf Basis der jeweiligen regionalen Gegebenheiten die Versorgungsplanung und deren Umsetzung so gestalten, dass die Versorgung der Bevölkerung gewährleistet ist.

Frage 8:

- *Wenn ja, wie hoch ist die Mindestfallzahl von Geburten? Wer hat diese festgelegt, bzw. auf welchen wissenschaftlichen Expertisen beruht dieser Wert?*

Im ÖSG 2012 (Seite 58) sind die Stufen der abgestuften geburtshilflichen Versorgung dargestellt: Stufe 1 - Maximalversorgung (Perinatalzentrum), Stufe 2 - Schwerpunktversorgung, Stufe 3 - Grundversorgung; weiters ist eine „reduzierte Grundversorgung“ für „bereits bestehende Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe in begründeten Ausnahmefällen für periphere Regionen mit geringer Besiedlungsdichte und unzureichender Erreichbarkeit sowie bei Geburtenzahlen unter 365/Jahr“ definiert. In der ÖSG-Leistungsmatrix (siehe Anhang zum ÖSG) ist beim Leistungsbündel „Entbindung“ eine Mindestfallzahl pro Standort von 365 im Sinne eines „Vorschlags von medizinischen Experten/Fachgesellschaften als unverbindlicher medizinischer und ökonomischer Richtwert“ angegeben (siehe Seite 2 der Legende zur ÖSG-Leistungsmatrix). Siehe Link:

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2012

Die Angabe eines unverbindlichen Richtwerts erfolgte auf Basis der einschlägigen Fachliteratur. Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die einen positiven Zusammenhang zwischen höheren Fallzahlen (500 und mehr Geburten pro Jahr) und dem Outcome von Geburtenstationen nachweisen. Die vorhandene Literatur zeigt eine deutliche Tendenz hinsichtlich dieses Zusammenhangs, jedoch keine ausreichend „harte“ Evidenz, die eine verbindliche Mindestfallzahl rechtfertigt. Daher empfahl das zuständige medizinische Expert/inn/engremium (welches wie alle medizinischen Expert/inn/engremien zum ÖSG von den jeweils fachlich zuständigen Bundesfach-

gruppen bzw. Fachgesellschaften beschickt wird), unter Berücksichtigung der österreichischen Topographie und der vorhandenen Versorgungsstruktur, dass auf jeder Geburtsstation zumindest eine Entbindung pro Tag durchgeführt werden sollte, um eine ausreichende Routine und damit eine Leistungserbringung auf höchstmöglichem Qualitätsniveau zu gewährleisten.

In Bezug auf die im Zuge der Festlegungen zur Geburtshilfe im ÖSG zugrunde liegende und auch aktuell diskutierte Fachliteratur werden in der Folge ausgewählte Studien angeführt (weitere Literatur ist den jeweils angeschlossenen Literaturverzeichnissen der Studien zu entnehmen):

- Das Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment erstellte im Jahr 2007 die *HTA-Analyse „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)*, in welchem die international vorhandene Literatur analysiert wurde. Darin wurde u.a. festgestellt: „Wiewohl es keinen wissenschaftlichen Konsens über die optimale jährliche Geburtenanzahl gibt, bestätigen zumindest zahlreiche Untersuchungen ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko bei einer Geburtenhäufigkeit unter 500/Jahr. Inwieweit dieses durch Qualitätsmängel bei der Geburtsführung oder bei der Erstversorgung der Neugeborenen bedingt ist, ist jedoch unklar.“ (Seite 17).
- Auch die deutsche *S1-Leitlinie 087-001: „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland“ (aktueller Stand: 05/2015, publiziert bei: AWMF-Register Nr. 087/001)* stellt fest: „In Geburtskliniken sollen exklusiv Schwangere ohne bekannte Risiken und am Geburtstermin versorgt werden; allerdings ist zu fragen, inwieweit isolierte Geburtskliniken ohne angeschlossene Kinderkliniken dem geforderten Aspekt einer maximalen Sicherheit für Mutter und Kind bei seltenen Komplikationen genügen, da insbesondere niedrige Geburtenzahlen (< 500 p.a.) mit einer erhöhten neonatalen Letalität assoziiert sind.“
- Eine häufig – auch in dem oben erwähnten HTA-Projektbericht sowie in der oben erwähnten AWMF-Leitlinie – zitierte Studie (*Heller G, Richardson DK, Schnell R, Misselwitz B, Kunzel W, Schmidt S. „Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999“. Int J Epidemiol. 2002;31(5):1061-8*) stellt ein dreifach erhöhtes Mortalitätsrisiko in Spitälern mit weniger als 500 Geburten pro Jahr verglichen mit solchen mit mehr als 1.500 Geburten pro Jahr fest.
- Eine schwedische Studie (*Finnstrom O, Berg G, Norman A, Otterblad Olausson P. „Size of delivery unit and neonatal outcome in Sweden. A catchment area analysis“, Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; 85(1): 63-7*) stellte bei Säuglingen, die in einem

Einzugsgebiet mit kleinen geburtshilflichen Einheiten geboren werden, eine höhere Säuglingssterblichkeit fest, allerdings nur in solchen ohne pädiatrische Abteilung. Nach einer weiteren Studie (*Poets CF, Bartels DB, Wallwiener D. "Patient volume and facilities measurements as quality indicators of peri- and neonatal care: a review of data from the last 4 years". [German]. Z Geburtshilfe Neonatol. 2004 Dec;208(6):220-5*) zeigt sich das höhere Mortalitätsrisiko sowohl bei reifen Neugeborenen als auch bei Frühgeborenen.

- Eine Studie aus Norwegen (*Jostein Grytten, Lars Monkerud, Irene Skau, Rune Sørensen, "Regionalization and Local Hospital Closure in Norwegian Maternity Care—The Effect on Neonatal and Infant Mortality", Health Serv Res. 2014 Aug; 49(4): 1184–1204*) stellte dagegen fest: "A regionalized maternity service does not lead to increased neonatal and infant mortality. This is mainly because high-risk deliveries were identified well in advance of the birth, and referred to a larger hospital with sufficient perinatal resources to deal with these deliveries." Der Outcome wird hier also mit einer gut funktionierenden Strategie der rechtzeitigen Zuweisung von Hochrisikogeburten an entsprechend ausgestattete Spitäler in Zusammenhang gebracht.

Fragen 9 und 10:

- *Ist im ÖSG oder in anderen Quellen normiert, dass jede Geburtenstation Österreichs innerhalb einer bestimmten Zeit von Patienten erreicht werden muss?*
- *Wenn ja, wie ist diese Erreichbarkeitsfrist bemessen (in Kilometer Entfernung, Minuten Fahrt,...)? Wer hat diese festgelegt bzw. auf welchen wissenschaftlichen Expertisen beruht diese?*

Gemäß ÖSG 2012 (Seite 17) beträgt der Planungsrichtwert betreffend Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe hinsichtlich der Erreichbarkeit 45 Minuten im Individualverkehr, wobei dieser Richtwert für 90 % der Wohnbevölkerung zu erfüllen ist. Der Erreichbarkeitsrichtwert bezieht sich nur auf Abteilungen, sogenannte „reduzierte Organisationsformen“ (wie z.B. dislozierte Tages-/Wochenkliniken oder auch Hebammenzentren) sind bei einer entsprechenden Erreichbarkeitsanalyse nicht zu berücksichtigen.


Diese Planungsrichtwerte für die Erreichbarkeit beziehen sich auf die Fahrzeit im Straßenverkehr (unter normalen Verkehrsbedingungen) und gelten als Orientierungsgrößen, die nur in begründeten Ausnahmefällen über-/unterschritten werden sollen (vgl. ÖSG 2012, S. 16). Die Festlegung der Erreichbarkeitsfristen für die jeweiligen Versorgungsbereiche erfolgte im Zuge der Entwicklung des ÖSG bzw. im Rahmen der Arbeitsgremien der Bundesgesundheitsagentur (d. h. in Abstimmung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung). Die Grundlage dafür bildete ein jährliches Monitoring der konkreten Erreichbarkeitssituation bezüglich der Abteilungen der verschiedenen Fachrichtungen in Österreich.

Fragen 11 und 12:

- Wird in jedem Fall eine Geburtenstation bei Nichterreichung bestimmter Werte geschlossen, oder sieht Ihr Ministerium auch Alternativen vor (wie beispielsweise geringere medizinische Präsenz, reduziertes Angebot,...)?
- Wurden derartige Alternativen bei Geburtenstationen bereits angewandt?

Die Standort- und Kapazitätsplanung sowie die Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung eines Bundeslandes mit Krankenhausleistungen liegen im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer. Das Bundesministerium für Gesundheit ist in Entscheidungen etwa über die Errichtung, Veränderung oder Schließung von Versorgungseinheiten nicht eingebunden, solange die Rahmenvorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) eingehalten werden. Der ÖSG wird vom Bund, allen Bundesländern und der Sozialversicherung unter Beiziehung von Expert/inn/en gemeinsam erarbeitet und beschlossen. In Bezug auf die Geburtshilfe definiert der ÖSG 2012 ein abgestuftes Versorgungsmodell (siehe ÖSG 2012, Seite 58-60, siehe auch Antwort zu Frage 8).

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser

Signaturwert	KjWK2WMZMCrympV7B2OLkfp2GgB1TVNWB4B7ELCp6wecINi5MCTJWnAS6+DbnFz4j h98YgL8Lv15Lj63xmTOwzKoz0hdf3TXallHQhe5d6TEIHx9Sr2QX6+KwkYwXvux1 mxk/+niKO7H1bc14aHYvdkEyk8Bt+BqV9cj5EhAbH+obPYKQKiurisPWTCZolbH+N OMTXBJViaLATroy/ofCt2BA5reYKCMN0NqXQ1N7nHBkoLu+hiYO2ykyw6yww7NZQu DPAZRhuBqN1ulPsQE+srUY0D0VQEi9XuneblhuCQnee/q65k/nauVxsoZN/FfEb/o bA9YfPbM2O05bM9sg==	
	Unterzeichner	serialNumber=954749996045,CN=Bundesministerium für Gesundheit,C=AT
	Datum/Zeit	2016-01-12T09:49:17+01:00
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-light-02,OU=a-sign-corporate-light-02,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT
	Serien-Nr.	1721029
	Parameter	etsi-bka-moa-1.0
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.	
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: http://www.signaturpruefung.gv.at	