



KONTROLLAMT DER STADT WIEN

Rathausstraße 9

A-1082 Wien

Tel.: 01 4000 82829 Fax: 01 4000 99 82810

e-mail: post@kontrollamt.wien.gv.at

www.kontrollamt.wien.at

DVR: 0000191

KA - K-3/12

Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund", Prüfung betreffend die Versorgungssituation von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen in allen geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen im KAV und insbesondere betreffend konkret behaupteter Missstände in den Abteilungen für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin sowie für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie im Wiener Allgemeinen Krankenhaus

Ersuchen gem. § 73 Abs 6a WStV vom 6. September 2010; technischer und hygienischer Teil, Neonatologie

KURZFASSUNG

Das Kontrollamt hat aufgrund eines Ersuchens gem. § 73 Abs 6a der Wiener Stadtverfassung die Versorgungssituation von Neugeborenen in allen neonatologischen Abteilungen der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund" geprüft.

Festzustellen war, dass die Räumlichkeiten der neonatologischen Abteilungen mit Ausnahme jener in der Krankenanstalt Rudolfstiftung ausreichend Platz für die Durchführung der medizinischen Versorgungsleistungen an Neu- und Frühgeborenen sowie für die Unterbringung der für die Behandlungen erforderlichen medizinischen Geräte boten. Hinsichtlich der Notwendigkeit Frühgeborene aus dem Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus in andere Krankenanstalten abzutransferieren, ergab die Prüfung, dass dies einerseits auf die im damaligen Zeitraum bestehende Bettenknappheit in der Krankenanstalt zurückzuführen war, andererseits aber auch auf eine unzureichende Planung bei der Zuteilung von Schwangeren und Neonaten aus der Ostregion Österreichs. Ein Zusammenhang mit ungünstigen Krankheitsverläufen bei Frühgeborenen aufgrund erfolgter Transferierungen konnte jedoch nicht festgestellt werden.

In Bezug auf die Bettenanzahl für die Versorgung von Frühgeborenen reagierte die Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund" im Prüfungszeitraum des Kontrollamtes und erhöhte deren Anzahl. Eine weitere Anhebung der Anzahl an Neonatologiebetten wird mit der Realisierung des Wiener Spitalskonzeptes 2030 einhergehen.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Prüfersuchen	7
2. Prüfungsumfang	8
3. Rechtliche Grundlagen der Prüfung	10
4. Allgemeines zur Neonatologie	11
5. Neonatologische Einrichtungen in Krankenanstalten der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"	13
5.1 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus	13
5.2 Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauespital	14
5.3 Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik	15
5.4 Gottfried von Preyer'sches Kinderspital	17
5.5 Wilhelminenspital.....	17
6. Fragebeantwortung	18
6.1 Frage: <i>Wie viele Babys wurden aus den neonatologischen Abteilungen im Prüfzeitraum vom AKH in andere Spitäler und in welche Abteilungen dort transferiert? Wie viele davon wurden wieder in das AKH rücktransferiert?</i>	18
6.2 Frage: <i>Was waren die Gründe für den Transfer?</i>	20
6.3 Frage: <i>Wie wurde es den betroffenen Müttern ermöglicht, die transferierten Babys weiterhin aufzusuchen und gegebenenfalls zu versorgen?</i>	24
6.4 Frage: <i>Gab es medizinische Probleme oder Todesfälle für die der Transfer bzw. Rücktransfer ursächlich war oder zumindest in einem nicht auszuschließenden Zusammenhang stand?</i>	25
6.5 Frage: <i>Wie viele Geburten und davon Frühgeburten benötigen eine intensivmedizinische Versorgung bzw. intermediate care-Versorgung?</i>	26
6.6 Frage: <i>Wie viele Betten (intensiv, intermediate care) stehen zur Verfügung?</i>	29
6.7 Frage: <i>Kann auf den IMC-Betten eine volle Intensivversorgung geboten werden? Werden die IMC-Betten in größerem Ausmaß als das Intensivbettenangebot benutzt?</i>	34
6.8 Frage: <i>Wie hoch ist die durchschnittliche Auslastung (intensiv, IMC)?</i>	35

6.9 Frage: <i>Wie lange ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer?</i>	35
6.10 Frage: <i>Wie hoch ist die Sterberate von Frühgeborenen an den jeweiligen Abteilungen in den jeweiligen Gewichtgruppen?</i>	36
6.11 Frage: <i>Wie hoch ist die Rate schwerer Infektionen/Sepsis je Gewichtgruppe während des stationären Aufenthaltes?</i>	38

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs	Absatz
AKH	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus
Art	Artikel
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca	circa
DSP	Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
ELBW	Extremely Low Birth Weight - extrem geringes Geburtsgewicht unter 1.000 g
etc	et cetera
EUR	Euro
g	Gramm
ICAM	Studie zur "Neonatologischen Versorgung in Wien" aus dem Jahr 1995
IMC	Intermediate Care Unit
inkl.	inklusive
IVF	In-vitro-Fertilisation
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz

KAR.....	Krankenanstalt Rudolfstiftung inkl. Standort Semmelweis Frauenklinik
KFJ.....	Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital
KHN.....	Krankenhaus Nord
KHR.....	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
Krankenanstaltenverbund.....	Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"
LBW.....	Low Birth Weight - geringes Geburtsgewicht unter 2.500 g
LKF.....	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
lt.....	laut
m.....	Meter
m ²	Quadratmeter
Mio.EUR.....	Millionen Euro
NICU.....	Neonatal Intensive Care Unit
NIMCU.....	Neonatal Intermediate Care Unit
o.a.....	oben angeführt
OP.....	Operation
ÖSG.....	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
Pkt.....	Punkt
PRE.....	Gottfried von Preyer'sches Kinderspital
rd.....	rund
RSG.....	Regionaler Strukturplan Gesundheit
s.....	siehe
s.a.....	siehe auch
Sectio.....	Sectio caesarea - Kaiserschnitt
SEM.....	Standort Semmelweis Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung
u.a.....	unter anderem
u.U.....	unter Umständen

u.zw. und zwar
Univ. Klinik..... Universitätsklinik
usw. und so weiter
VLBW Very Low Birth Weight - sehr geringes Geburtsge-
wicht unter 1.500 g
WHO..... World Health Organization
WIL Wilhelminenspital
WKAP..... Wiener Krankenanstaltenplan
Wr. KAG Wiener Krankenanstaltengesetz 1987
WStV Wiener Stadtverfassung
z.B. zum Beispiel
z.T. zum Teil

Allfällige Rundungsdifferenzen bei der Darstellung von Berechnungen wurden nicht ausgeglichen.

PRÜFUNGSERGEBNIS

1. Prüfersuchen

Die Gemeinderätin Dr.ⁱⁿ Sigrid Pilz und Freundinnen bzw. Freunde richteten am 6. September 2010 ein Prüfersuchen gem. § 73 Abs 6a WStV an das Kontrollamt, die Versorgungssituation von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen in allen geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen im Krankenanstaltenverbund und insbesondere betreffend konkret behaupteter Missstände in den Abteilungen für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin sowie für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie im AKH zu prüfen.

In der Begründung zum gegenständlichen Prüfersuchen wurde angeführt, dass sich in der jüngsten Zeit Berichte von Missständen in den Abteilungen für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin sowie für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie im AKH mehrten.

In Bezug auf die Neonatologie im Besonderen wurde auf ein in einer Tageszeitung am 1. September 2010 veröffentlichtes anonymes Schreiben hingewiesen, wonach Neugeborene wegen Bettenmangels vom AKH in andere Spitäler transferiert werden müssten. Die gesundheitlichen Folgen wären für die betroffenen Kinder gravierend.

Das Kontrollamt hat aufgrund des Prüfersuchens im gegenständlichen Bericht die Versorgungssituation von Neugeborenen in allen neonatologischen Abteilungen des Krankenanstaltenverbundes einer Prüfung unterzogen und ist folgenden Fragestellungen des Prüfersuchens bei der Prüfung nachgegangen:

*"Frage: Wie viele Babys wurden aus den neonatologischen Abteilungen im Prüfzeitraum vom AKH in andere Spitäler und in welche Abteilungen dort transferiert?
Wie viele davon wurden wieder in das AKH rücktransferiert?"*

Frage: Was waren die Gründe für den Transfer?"

Frage: Wie wurde es den betroffenen Müttern ermöglicht, die transferierten Babys weiterhin aufzusuchen und gegebenenfalls zu versorgen?"

Frage: *Gab es medizinische Probleme oder Todesfälle, für die der Transfer bzw. Rücktransfer ursächlich war oder zumindest in einem nicht auszuschließenden Zusammenhang stand?*

Frage: *Wie viele Geburten und davon Frühgeburten benötigen eine intensivmedizinische Versorgung bzw. intermediate care-Versorgung?*

Frage: *Wie viele Betten (intensiv, intermediate care) stehen zur Verfügung?*

Frage: *Kann auf den IMC-Betten eine volle Intensivversorgung geboten werden? Werden die IMC-Betten in größerem Ausmaß als das Intensivbettenangebot benutzt?*

Frage: *Wie hoch ist die durchschnittliche Auslastung (intensiv, IMC)?*

Frage: *Wie lange ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer?*

Frage: *Wie hoch ist die Sterberate von Frühgeborenen an den jeweiligen Abteilungen in den jeweiligen Gewichtsgruppen?*

Frage: *Wie hoch ist die Rate schwerer Infektionen/Sepsis je Gewichtsgruppe während des stationären Aufenthaltes?"*

2. Prüfungsumfang

Im vorliegenden Bericht werden die im Pkt. 1 angeführten Fragen behandelt, sofern sich diese auf die neonatologische Versorgung von Kindern beziehen. Hinsichtlich der Beantwortung der übrigen Fragen des Prüfersuchens wird auf zwei weitere Berichte des Kontrollamtes

- Tätigkeitsbericht 2011, KA - K-10/10, Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund", Prüfung betreffend die Versorgungssituation von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen in allen geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen im KAV und insbesondere betreffend konkret behaupteter Missstände in den Abteilungen für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin sowie für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie im Wiener Allgemeinen Krankenhaus; Ersuchen gem. § 73 Abs 6a WStV vom 6. September 2010; Bericht zu gebarungsmäßigen Fragen

sowie auf jenen der aktuellen Periode

- KA - K-1/11, Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund", Prüfung betreffend die Versorgungssituation von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen in allen geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen im KAV und insbesondere betreffend konkret behaupteter Missstände in den Abteilungen für Geburtshilfe und fetomaternale Medizin sowie für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie im Wiener Allgemeinen Krankenhaus; Ersuchen gem. § 73 Abs 6a WStV vom 6. September 2010; technischer und hygienischer Teil, Geburtshilfe

verwiesen.

In Entsprechung des Prüfersuchens legte das Kontrollamt im vorliegenden Bericht den Schwerpunkt der Prüfung u.a. darauf, inwieweit eine ausreichende Betreuung von Neu- bzw. Frühgeborenen, die eine umfassende stationäre medizinische Weiterversorgung in einer neonatologischen Einrichtung benötigen, sichergestellt wird.

Im Prüfungszeitraum unterhielt der Krankenanstaltenverbund in insgesamt fünf Krankenanstalten u.zw. in der Zentralkrankenanstalt AKH, den Schwerpunktkrankenanstalten DSP, KAR, WIL sowie in dem zum KFJ gehörenden PRE neonatologische Versorgungseinrichtungen. Eine weitere neonatologische Versorgungseinrichtung wird künftig auch im KHN zur Verfügung stehen.

Zur künftigen Situation der neonatologischen Versorgungseinrichtung im PRE war anzumerken, dass der Krankenanstaltenverbund die Übersiedelung dieser Einrichtung in das KFJ vorgesehen hat. Mit dieser Transferierung sollen eine örtliche Einbindung der Neonatologie des PRE in das medizinische Leistungsspektrum des KFJ erfolgen und auch Einsparungseffekte erzielt werden. Im Zeitraum der Prüfung des Kontrollamtes war mit der Errichtung eines neuen Mutter-Kind- und OP-Zentrums im KFJ bereits begonnen worden. Die Betriebsaufnahme des Neubaus ist im Jahr 2014 vorgesehen.

Das Kontrollamt nahm in allen erwähnten neonatologischen Einrichtungen Begehungen vor, um ein umfassendes Bild hinsichtlich der medizinisch-technischen Ausstattung sowie der Einhaltung von Hygienebestimmungen zu erhalten. Dabei wurde insbesondere

auf die räumlichen Gegebenheiten mit den Schwerpunkten Mindestraumgrößen, Ausstattung mit medizinischen Geräten, den Mindestbettenabständen etc. geachtet. Die Mindestabstände der Betten sind zur Hintanhaltung der Übertragung von Infektionskrankheiten sowie für die Möglichkeit der Durchführung der sogenannten "Känguru-Pflege" von besonderer Bedeutung. Weiters wurden Daten über das Aufgabenspektrum der jeweiligen Stationen bzw. Einrichtungen, über Behandlungen, über Transferierungen sowie Daten über Infektionen usw. erhoben. Darüber hinaus wurden stichprobenweise Unterlagen der Krankenhaushygiene der jeweiligen Krankenanstalten sowie der Magistratsabteilung 40 als zuständige Behörde und der Magistratsabteilung 15, welche die medizinischen Amtssachverständigen beistellt, eingesehen.

Entsprechend der Geschäftseinteilung des Magistrats der Stadt Wien kommt der Magistratsabteilung 24 u.a. die Wahrnehmung der Gesundheits- und Sozialplanung sowie die Führung der Geschäftsstelle des Wiener Gesundheitsfonds zu. Die Neonatologie ist ein Teilgebiet der Kinder- und Jugendheilkunde, das nicht nur durch eine hohe Spezialisierung gekennzeichnet ist, sondern auch einen erheblichen Mitteleinsatz erfordert. Wesentlich ist daher, in einer Region die Versorgungskapazität dem Bedarf entsprechend zu planen. Aus diesem Grund nahm das Kontrollamt mit der Geschäftsstelle des Wiener Gesundheitsfonds bzw. der Magistratsabteilung 24 Kontakt auf.

3. Rechtliche Grundlagen der Prüfung

Gemäß dem Wr. KAG ist in Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten eine Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde einschließlich Neonatologie einzurichten. Auf derselben Rechtsgrundlage sind in allen bettenführenden Krankenanstalten Hygieneteams zu bestellen. Zu deren Aufgaben gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen dienen. Darunter fällt insbesondere die fachliche und inhaltliche Begleitung von Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen.

Die sanitäre Aufsicht über die Krankenanstalten ist durch das KAKuG geregelt. In Wien wird diese Aufsicht von der dafür zuständigen Behörde, der Magistratsabteilung 40, wahrgenommen. Die medizinischen Amtssachverständigen im Behördenverfahren werden von der Magistratsabteilung 15 beigestellt.

Die Grundlage für die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich bildet eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art 15a B-VG. Aufgrund dieser Vereinbarung ist der ÖSG zu erstellen, der eine Rahmenplanung für die RSG der einzelnen Bundesländer darstellt. Die RSG geben u.a. die Bettenzahlen der einzelnen Fondskrankenanstalten je nach medizinischer Fachrichtung sowie die Zahl der Intensivbetten vor. Die Qualitätskriterien, u.a. auch für die Intensivbereiche Neonatologie, sind im ÖSG 2010 festgelegt. Die Kriterien umfassen z.B. die Personalausstattung, die infrastrukturellen Anforderungen sowie die apparative Ausstattung.

Der RSG Wien wurde durch eine Verordnung zum Wr. KAG, dem WKAP, als rechtlich verbindlich festgelegt. Für die gegenständliche Prüfung wurde der WKAP 2006 sowie der WKAP 2010 herangezogen.

4. Allgemeines zur Neonatologie

Wie bereits erwähnt, ist die Neonatologie ein Teilgebiet der Kinderheilkunde. Dieses befasst sich mit der Diagnose und der Therapie von Neugeborenen. Gemäß einer Definition der WHO werden Kinder bis zum 28. Lebenstag als Neugeborene angesehen. Neben dem Begriff des Neugeborenen gibt es den Begriff des Frühgeborenen. Dieses ist ein Kind, das vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren wurde. Entsprechend einer älteren Definition der WHO werden Kinder auch als Frühgeborene bezeichnet, wenn ihr Geburtsgewicht unter 2.500 g liegt. Frühgeborene können aufgrund ihres Geburtsgewichts weiter unterschieden werden. Ein Geburtsgewicht unter 2.500 g wird als "geringes Geburtsgewicht (Low Birth Weight, LBW)", unter 1.500 g als "sehr geringes Geburtsgewicht (Very Low Birth Weight, VLBW)" und unter 1.000 g als "extrem geringes Geburtsgewicht (Extremely Low Birth Weight, ELBW)" bezeichnet.

Als Überlebensgrenze mit medizinischer Hilfe wird eine Geburt im Bereich der 22. bis 23. Schwangerschaftswoche angesehen. Mit abnehmendem Geburtsgewicht bzw. mit sinkender Anzahl von Schwangerschaftswochen der Frühgeborenen steigt umgekehrt proportional die Anfälligkeit für Infektionen, die Häufigkeit bzw. Wahrscheinlichkeit bestimmter Krankheitsbilder sowie die Mortalitätsrate. Die Krankheitsbilder ergeben sich

insbesondere durch die Unreife der Kinder. Diese können die Lunge, die Nieren, den Darm etc. betreffen bzw. es können Hirnblutungen, Netzhautschäden etc. auftreten. Aufgrund der Fortschritte der modernen Medizin konnte die Überlebensrate der besonders "kleinen" Frühgeborenen in den vergangenen Jahren wesentlich verbessert werden. Beispielsweise lag die Sterberate in den 1970er-Jahren bei Kindern unter 1.000 g noch bei 75 % und konnte Ende der 1990er-Jahre auf unter 30 % abgesenkt werden. Diese positive Entwicklung war eine Folge der Fortschritte im Fachbereich Neonatologie, die Hand in Hand mit einem steigenden Spezialisierungsgrad einhergegangen ist.

Die Betreuung der besonders unreifen Kinder erfolgt idealerweise in einem Perinatalzentrum, das über eine entsprechende Erfahrung sowie über ausreichend hohe Fallzahlen verfügt und eng mit anderen Fachbereichen der Medizin wie z.B. Kinderchirurgie, Anästhesie, Neurochirurgie etc. verzahnt ist. Eine adäquate Versorgung erfordert darüber hinaus eine besondere apparative Ausstattung u.a. besondere Röntgeneinrichtungen, Beatmungsgeräte, Dialyseequipment für Kinder etc.

Im Zeitpunkt der Prüfung unterschied der ÖSG zwei Arten der neonatologischen Intensivversorgung. Zum einen die Intensivbehandlungseinheit NICU und zum anderen die Überwachungseinheit NIMCU, für die im gegenständlichen Bericht die allgemein übliche Kurzbezeichnung IMC verwendet wurde. Vereinfacht dargestellt umfasst die Intensivversorgung an einem NICU-Bett aktive medizinische Maßnahmen (z.B. Beatmung), die Versorgung an einem IMC-Bett ist primär eine überwachende. Die im ÖSG aufgelisteten Qualitätskriterien stellen "Minimalanforderungen" an die apparative und personelle Ausstattung der neonatologischen Intensiveinheiten dar.

Im internationalen Vergleich sind die österreichischen Einstufungen weniger differenziert als z.B. in Deutschland oder in den Vereinigten Staaten von Amerika. So definiert eine deutsche Leitlinie für perinatale Medizin insgesamt vier Versorgungsstufen, die sowohl pränatale als auch postnatale Zuweisungskriterien beinhaltet. Das Kontrollamt stellte fest, dass der Krankenanstaltenverbund in Anlehnung an die deutschen Regelungen im Prüfungszeitraum eine neue Festlegung der Versorgungsstufen seiner ne-

onatologischen Einrichtungen vorgenommen und Zuteilungskriterien ausgearbeitet hatte.

Aufgrund der Anforderungen, die an ein Perinatalzentrum sowie an neonatologische Einrichtungen zu stellen sind, ergibt sich, dass in einer Region - auch aus ökonomischen Überlegungen - eine unkoordinierte Verteilung von Intensivbetten nicht sinnvoll ist. So sind als Richtwert für ein neonatologisches Intensivbett Kosten von rd. 50.000,- EUR pro Monat zu veranschlagen.

5. Neonatologische Einrichtungen in Krankenanstalten der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"

In nachstehender Tabelle sind sämtliche neonatologische Einrichtungen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen im Bereich des Krankenanstaltenverbundes dargestellt.

Krankenanstalt	NICU-Versorgung	IMC-Versorgung
AKH	x	x
DSP	x	x
KAR		x
PRE	x	
WIL	x	x

5.1 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus

Die neonatologische Station der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH stellte im Zeitpunkt der Prüfung die höchste medizinische Versorgungsstufe für die Behandlung von Früh- und Neugeborenen in Ostösterreich dar. Auf dem Gelände des AKH betreibt die Klinik insgesamt vier neonatologische Stationen in zwei verschiedenen Bauteilen. Im Bauteil 10 (Haupthaus des AKH) auf der Ebene 9 befindet sich eine neonatologische Intensivstation mit zwölf Betten (NICU) in unmittelbarer Nachbarschaft zur Geburtsstation bzw. zum Sectio-OP-Saal der Univ. Klinik für Frauenheilkunde. Durch diese räumliche Anordnung ist eine rasche Versorgung von jenen Kindern, die nach der Geburt eine intensivmedizinische Betreuung bedürfen, gewährleistet. Im März 2012 wurde im Bauteil 10 auf der Ebene 15 eine neue IMC-Station in Betrieb genommen. Diese Station umfasst zwölf IMC-Mutter-Kind-Einheiten und vergrößert das bestehende IMC-Bettenangebot im AKH bzw. in Wien.

Im Bauteil 61 befindet sich auf der Ebene 10 eine weitere neonatologische Intensivstation mit zehn Betten für die Betreuung von Hochrisiko-Neugeborenen, wobei diese Station insbesondere für die Behandlung von Frühgeborenen unter 1.500 g spezialisiert ist. Die im gleichen Bauteil auf Ebene 12 situierte IMC-Station verfügt über zwölf Betten, die überwiegend die Hochrisiko-Neugeborenen der Intensivstation weiter betreut. Beide Stationen übernehmen auch zutransferierte Neugeborene aus anderen Krankenanstalten der Ostregion Österreichs.

Das Kontrollamt führte, soweit dies aus Sicherheits- und Hygienegründen vertretbar war, Begehungen aller neonatologischen Bereiche durch. Dabei wurde festgestellt, dass mit Ausnahme der neu errichteten Station auf Ebene 15 im Bauteil 10, sämtliche Räumlichkeiten im Wesentlichen dem Errichtungszustand entsprachen. Trotzdem wiesen sie in ihrer Anzahl, Anordnung, Ausstattung, Größe etc. einen zeitgemäßen Standard auf. Anzumerken war allerdings, dass die beiden Bauteile 10 und 61 zwar durch eine geschlossene Brücke verbunden sind, sich die örtliche Trennung aber nachteilig im Betriebsablauf auswirkt, da dadurch lange Verkehrswege zwischen den einzelnen Stationen der Univ. Klinik gegeben sind.

Das Kontrollamt sah Unterlagen der Magistratsabteilung 15 über die behördliche Einschau der Intensiv- und Überwachungseinheiten der vier neonatologischen Stationen ein. Die Amtssachverständigen konstatierten mit Ausnahme geringfügiger Mängel bei den Hand-Desinfektionsmittelspendern und eines teilweise zu geringen Bettenabstands einen ordnungsgemäßen Zustand. Im Zeitpunkt der Begehung durch das Kontrollamt waren die von der Behörde festgestellten Mängel behoben.

5.2 Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital

Die neonatologische Station der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im DSP ist im ersten Obergeschoß direkt unterhalb der Geburtsstation situiert. Dadurch ist eine räumliche Nähe der beiden Bereiche gegeben. In Bezug auf das angebotene Leistungsspektrum ist diese Einrichtung als Perinatalzentrum mit jenem des AKH vergleichbar, wenn auch bestimmte Behandlungen, wie beispielsweise die Kinderdialyse, nicht durchgeführt werden. Bis zum Oktober 2010 verfügte die Station ausschließlich über

zehn NICU-Betten, ab diesem Zeitpunkt wurde auch eine IMC-Station mit vier Betten in Betrieb genommen.

Zu den Räumlichkeiten war festzustellen, dass diese großzügig dimensioniert sind und für die Betreuung der Frühgeborenen ausreichend Platz zur Verfügung steht. Insgesamt gesehen wies die Station einen aktuellen zeitgemäßen Standard auf.

5.3 Krankenhaus Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik

Im Jahr 1997 wurde das an die Entbindungsstation angrenzende Kinderzimmer der geburtshilflichen Abteilung umgebaut und damit zusätzlich ein neonatologischer Bereich für fünf Betten geschaffen.

Im Rahmen seiner Begehung stellte das Kontrollamt fest, dass im Bereich der Neonatologie nicht wie sanitätsrechtlich genehmigt fünf, sondern sieben Kinder betreut wurden. Der Abstand der Betten zueinander entsprach mit rd. 1,20 m nicht dem von der Behörde geforderten Mindestabstand von 1,80 m. Eine Folge der beengten Platzverhältnisse war, dass Anschlüsse und medizinische Geräte für das Pflegepersonal schlecht erreichbar und somit die Arbeitsabläufe beeinträchtigt waren. Dazu kam, dass sich die beengte Raumsituation durch die Anwesenheit eines Elternteiles zusätzlich noch verschärfte. Die Raumknappheit führte im gesamten Bereich der neonatologischen Station dazu, dass die verfügbaren Arbeitsbereiche durch Wickeltische, Entsorgungsbehälter für die Schmutzwäsche, Wagen für die Medikamentenvorbereitung etc. erheblich eingeschränkt, waren.

Ein weiterer Kritikpunkt war die fehlende Verdunklungsmöglichkeit, sodass die Kinder nur behelfsmäßig vor grellem Licht geschützt werden konnten.

Die Raumdefizite betrafen auch das Kinderzimmer. Dieses dient nicht nur zur Nachbetreuung von Neugeborenen, sondern auch als Lager für Kinderbetten, wodurch ebenso Platzmangel bestand. In einem Lagerraum war ferner ein Regal nicht fachgerecht hergestellt worden.

Die entwicklungsneurologische Ambulanz, in der motorische, sprachliche und soziale Fähigkeiten von Kindern bis zum Schuleintrittsalter untersucht werden, hinterließ einen negativen Eindruck. Das rd. 9 m² große Untersuchungszimmer war nicht natürlich belichtet und die Behandlungsfläche aufgrund der Einrichtung auf eine Fläche von lediglich 2 m² eingeschränkt. Die beengten Raumverhältnisse bargen dadurch ein höheres Verletzungsrisiko für Kinder. Das Kontrollamt sah diesbezüglich einen kurzfristigen Handlungsbedarf gegeben. Ferner entsprach ein im Gangbereich untergebrachter Arbeitsplatz für die Anmeldung zur Ambulanz aufgrund der fehlenden natürlichen Belichtung nicht den Bestimmungen des ASchG.

Zusammenfassend war festzustellen, dass der neonatologische Bereich in der KAR aufgrund der beengten räumlichen Verhältnisse keinen zeitgemäßen Zustand aufwies und eine hygienisch einwandfreie Arbeitsweise erschwerte.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Es ist eine Tatsache, dass die KAR bei hervorragender Qualität der medizinischen Leistung seit Anbeginn unter den beengten Platzverhältnissen leidet. Die derzeitigen umfangreichen Baumaßnahmen zielen mit dem Südzubau und weiteren baulichen Maßnahmen - auch im Hinblick auf die im RSG Wien 2020 vorgesehenen Umstrukturierungen, so wird u.a. die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde künftig als Wochenklinik geführt werden - auf eine Verbesserung ab.

Neben diesen baulichen Veränderungen werden auch organisatorische Maßnahmen Verbesserungen erzielen. So werden die Kinder in der entwicklungsneurologischen Ambulanz nun nach Altersgruppen getrennt bestellt. Kinder bis etwa sechs Monate werden in dem kleinen Behandlungsraum untersucht, da sie sich nur auf der großen Untersuchungsfläche aufhalten. Für größere Säuglinge,

die bereits einen weiteren Bewegungsradius haben (Krabbeln, beginnendes Laufen), wird ein Raum der Kinderambulanz genutzt.

Sämtliche Fenster im Bereich Neonatologie sind nunmehr mit Jalousien und Vorhängen ausgestattet, eine generelle Verdunkelung ist daher jederzeit möglich. Weiters können alle kleinen Patientinnen bzw. Patienten auch individuell mittels textiler Inkubatorabdeckungen vor Licht geschützt werden.

5.4 Gottfried von Preyer'sches Kinderspital

In dem in den Jahren 1910 bis 1914 errichteten PRE befindet sich im Erdgeschoß des hofseitig gelegenen Gebäudetrakts eine neonatologische Intensivstation und eine Kinderintensivstation mit insgesamt sechs Betten. Diese werden je nach Bedarf für neonatologische bzw. für pädiatrische Patientinnen bzw. Patienten verwendet. Darüber hinaus befindet sich im Obergeschoß eine sogenannte Früh- und Neugeborenenstation mit insgesamt zwölf Betten. Ferner stehen drei Mutter-Kind-Zimmer zur Verfügung.

Im PRE werden vorwiegend Kinder versorgt, die im KFJ geboren wurden. Darüber hinaus betreut das PRE Kinder aus dem KHR, dem AKH, einer privaten Krankenanstalt sowie Kinder aus Niederösterreich und dem Burgenland.

Bei der Begehung wurde festgestellt, dass sowohl in der Intensivstation als auch auf der Früh- und Neugeborenenstation ausreichend Platz für Behandlungen zur Verfügung steht. In den letzten Jahren wurden im PRE lediglich Erhaltungsmaßnahmen geringeren Umfangs durchgeführt, weil der Standort aufgelassen und die neonatologische Station in den künftigen Neubau des KFJ übersiedelt wird.

5.5 Wilhelminenspital

Die neonatologische Abteilung der ehemaligen Kinderklinik Glanzing befindet sich im Pavillon 21, der im Jahr 1999 für die Unterbringung generalsaniert wurde. Die weiterhin als Kinderklinik Glanzing bezeichnete Abteilung verfügt im Erdgeschoß über eine ne-

onatologische Intensivstation mit 14 Betten und im ersten Obergeschoß über eine IMC-Station mit zwölf Betten. Beide Stationen verfügen über jeweils zwei Isolierzimmer.

Die Kinderklinik versorgt mit diesen beiden Einheiten hauptsächlich die im WIL sowie die in der SEM geborenen Kinder bzw. solche Kinder, die aus dem AKH zutransferiert werden.

Die beiden neonatologischen Stationen wiesen ausreichend große Behandlungsräume auf und verfügten über die entsprechenden Neben- und Funktionsräume. Bei der Begehung durch das Kontrollamt fielen Lagerungen von Einwegartikel und medizinischen Geräten im Gangbereich der NICU-Station auf, die eine Erhöhung der Brandlast und eine Einschränkung der Fluchtwege zur Folge hatten. Im Zeitpunkt der Prüfung durch das Kontrollamt lag ein Sanierungskonzept vor, das Instandhaltungsarbeiten in Bezug auf die Ausstattung, das EDV-System und die elektrische Anlage beinhaltete.

Die neonatologischen Stationen im Pavillon 21 waren aus der Sicht des Kontrollamtes hinsichtlich ihres Standards als zeitgemäß einzustufen.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Die Kollegiale Führung des WIL hat die betroffenen Einheiten auf die Einhaltung der Fluchtwegsicherheit hingewiesen und wird darauf auch besonderes Augenmerk legen. Die vom Geschäftsbereich Technik der Generaldirektion durchgeführten Begehungen haben keine Lagerungen mehr im Gangbereich gezeigt.

6. Fragebeantwortung

6.1 Frage: *Wie viele Babys wurden aus den neonatologischen Abteilungen im Prüfzeitraum vom AKH in andere Spitäler und in welche Abteilungen dort transferiert? Wie viele davon wurden wieder in das AKH rücktransferiert?*

Als Transfer eines Neugeborenen wird eine Verlegung von einer Krankenanstalt in eine andere verstanden. In der nachstehenden Tabelle sind die Zahlen der Transferierungen

aus dem AKH angegeben. Diese Daten wurden von der Leitung der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde bekannt gegeben.

Krankenanstalten	Transferierungen aus dem AKH			
	2007	2008	2009	2010
WIL	35	29	45	41
PRE	23	24	40	30
KAR	2	3	24	28
DSP	2	1	3	2
Krankenanstalten in Wien außerhalb des Krankenanstaltenverbundes	3	2	0	1
Krankenanstalten in Niederösterreich	39	30	39	33
Krankenanstalten im Burgenland	8	6	3	4
Krankenanstalten in Oberösterreich	1	0	0	0
Ausländische Krankenanstalten	1	1	0	1
Summe der Transferierungen	114	96	154	140

Insgesamt wurden im Zeitraum der Jahre 2007 bis 2010 im Mittel rd. 30 % der auf den neonatologischen Stationen im AKH aufgenommenen Frühgeborenen in andere Krankenanstalten abtransferiert. Aus der o.a. Tabelle geht hervor, dass in demselben Zeitraum aus der Gruppe der transferierten Kinder rd. 55 % bis rd. 73 % in andere Krankenanstalten des Krankenanstaltenverbundes verlegt wurden. Rund 27 % bis rd. 43 % der Kinder wurden in andere Bundesländer insbesondere nach Niederösterreich bzw. sogar ins Ausland verlegt.

Zur Fragestellung, in welche Abteilungen der Zielkrankenanstalten transferiert wurde, war anzumerken, dass eine signifikante Aussage nur durch Einsichtnahme in die einzelnen Krankenakten der Sende- bzw. Zielkrankenanstalten möglich wäre. Da das Kontrollamt bei den Krankenanstalten außerhalb des Krankenanstaltenverbundes kein Prüfrecht besitzt, wurde generell von einer diesbezüglichen Einsichtnahme Abstand genommen. Auszugehen war jedoch davon, dass die abtransferierten Frühgeborenen jeweils in einer Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde der Zielkrankenanstalt nachbetreut wurden.

Zu den Rücktransferierungen in das AKH war festzustellen, dass im Zeitraum von 2007 bis 2010 insgesamt elf Frühgeborene betroffen waren. Als Begründung hierfür wurde angegeben, dass bei sechs Frühgeborenen nachfolgende medizinische Eingriffe im

AKH bereits geplant waren und bei fünf Frühgeborenen eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes eintrat. Zwei dieser fünf Kinder verstarben nach der Rücktransferierung in das AKH (s.a. Pkt. 6.4 des Berichtes).

6.2 Frage: Was waren die Gründe für den Transfer?

6.2.1 Grundsätzlich war anzumerken, dass eine Frühgeburt, die eine nachfolgende intensivmedizinische Betreuung auf einer neonatologischen Station erfordert, für Eltern und Angehörige als erhebliche Belastung anzusehen ist. Darüber hinaus bedeutet eine Abtransferierung der noch in Behandlung stehenden Kinder eine zusätzliche Belastung für das Kind selbst und ist daher möglichst zu vermeiden.

Die Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH gab dem Kontrollamt gegenüber an, dass die Transferierungen Frühgeborener auf Bettenknappheit zurückzuführen gewesen seien. Diese Knappheit trete auf, wenn die neonatologische Station, insbesondere die Intensivstation, voll ausgelastet sei und zusätzlich neonatologisch zu versorgende Mehrlinge erwartet werden. Um Platz zu schaffen, werden jene Kinder, bei denen es der medizinische Zustand zulässt, in andere Krankenhäuser abtransferiert. Frühgeborene mit einem Gewicht unter 1.000 g werden vorsorglich jedoch nicht transferiert.

Die Vertreterinnen bzw. Vertreter der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH erklärten darüber hinaus, wegen der angeführten Transferierungsproblematik, eine Erhöhung der neonatologischen Bettenzahl, insbesondere der Intensivbetten, von der Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes gefordert zu haben. Diese Forderung habe sich darauf gegründet, dass in den beiden Zentren, vor allem im AKH ein Anstieg an Frühgeborenen, speziell bei den extrem kleinen Frühgeborenen, zu verzeichnen gewesen sei und dadurch die Kapazitäten der Univ. Klinik überbeansprucht worden seien.

Diese Anstiege wurden u.a. auf Veränderungen der epidemiologischen Entwicklung zurückgeführt. So sei das durchschnittliche Alter gebärender Frauen in den vergangenen Jahren gestiegen. Darüber hinaus seien Faktoren wie z.B. Stress, Rauchen, Alkoholkonsum etc. maßgeblich. Diese Faktoren, sowie die Anwendung von Methoden der

modernen Reproduktionsmedizin (z.B. IVF) würden zu mehr Frühgeborenen bzw. zu einer höheren Mehrlingsgeburtenrate führen. Da durch Fortschritte in der Neonatologie die Überlebenschancen von Frühgeborenen, insbesondere der VLBW- bzw. ELBW-Babys, erhöht werden konnten, komme es in weiterer Folge zu längeren Aufenthaltszeiten der Kinder auf den neonatologischen Stationen. Je nach Geburtstermin seien Frühgeborene bis zur Ausreifung ungefähr die restliche Zeit bis zum errechneten "Normal-Geburtstermin" neonatologisch zu betreuen.

Die Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes beabsichtigte, angesichts der Forderung der beiden Perinatalzentren, im März 2011 ein neues Neonatologiekonzept zu entwickeln. Dieses Konzept wurde in einer Arbeitsgruppe mit den Leiterinnen bzw. Leitern der Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde des Krankenanstaltenverbundes erarbeitet. Zur Unterstützung der Arbeitsgruppe beauftragte die Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes im November 2010 eine externe Beratungsfirma, die einerseits die Aufgabe hatte Daten über Bettenstände, Transferierungen, Behandlungszahlen etc. zu erheben und andererseits Interviews mit den Abteilungen bzw. Kliniken zu führen sowie Sitzungen zu organisieren.

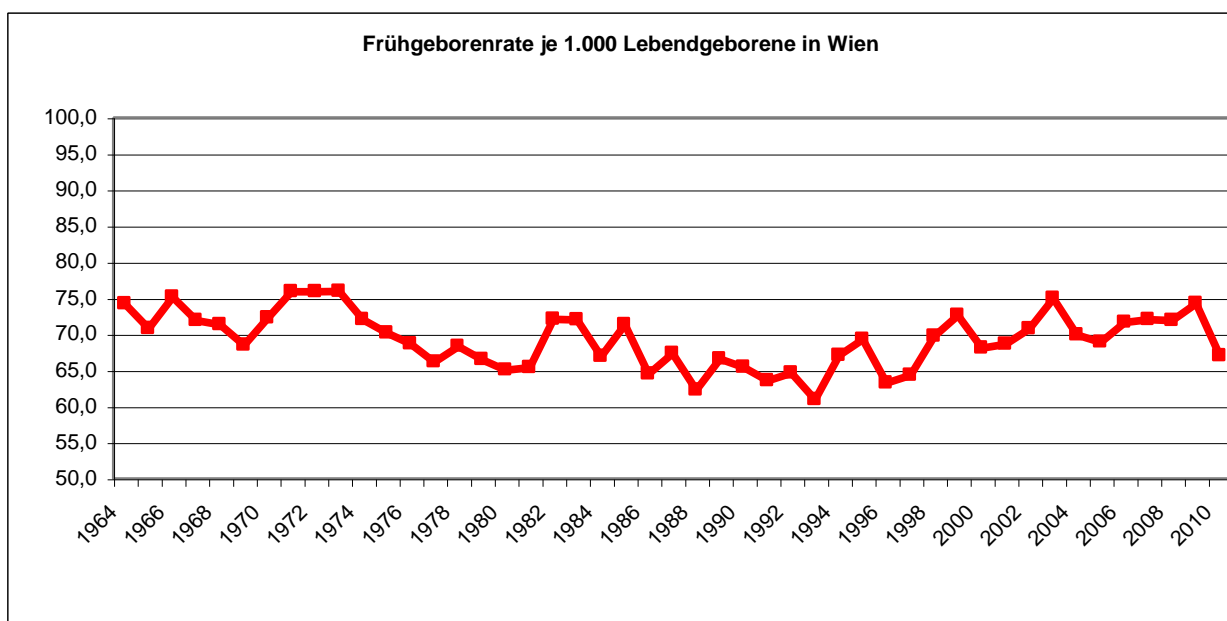
Diese Arbeitsgruppe kam im Mai 2011 u.a. zu nachstehend angeführtem Ergebnis:

Die Verteilung von Frühgeborenen sowie die Aufteilung von Hochrisikoschwangeren bzw. Schwangeren sollte im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen für Geburtshilfe bzw. Neonatologie nach einem abgestuften Versorgungskonzept erfolgen.

Das Konzept sieht die Zuteilung von Gebärenden bzw. Schwangeren bis zur Schwangerschaftswoche 24 + 6 Tage ausschließlich im AKH,
ab der Schwangerschaftswoche 25 + 0 Tage auch im DSP,
ab der Schwangerschaftswoche 26 + 0 Tage auch im WIL (auch Mehrlinge ab Schwangerschaftswoche 28 + 0 Tage),
ab der Schwangerschaftswoche 28 + 0 Tage auch im KAR und
ab der Schwangerschaftswoche 32 + 0 Tage auch im KFJ (PRE)
vor.

Zu den vom Beratungsunternehmen erhobenen Daten war vom Kontrollamt festzustellen, dass diese z.T. nicht mit jenen vom Kontrollamt erhobenen Daten übereinstimmten. Dies betraf z.B. die Bettenstände sowie die Einstufung der Betten. Ferner ermittelte das Beratungsunternehmen erhebliche Differenzen bei den Zahlen der transferierten Kinder zwischen den Sende- bzw. Empfängerkrankenanstalten. Für diese Differenzen konnte keine plausible Erklärung vorgebracht werden. Nach Ansicht des Kontrollamtes waren diese Daten für die Feststellung, ob in Wien die Zahl der Neonatologiebetten ausreichend ist oder erhöht werden muss, nicht bzw. nur bedingt geeignet.

6.2.2 Hinsichtlich des behaupteten Anstiegs der Frühgeburtenrate zog das Kontrollamt Daten der Magistratsabteilung 23, Dezernat Statistik Wien, über Geburten bzw. Frühgeburten in Wien heran. Das nachstehende Diagramm stellt die Frühgeborenenrate je 1.000 Lebendgeborene in Wien seit dem Jahr 1964 dar; als Definition der Frühgeburt wurde das Vorliegen eines Geburtsgewichts unter 2.500 g verwendet.



Aus dem Diagramm geht hervor, dass über den dargestellten Betrachtungszeitraum keine Erhöhung der Frühgeborenenrate in Wien abzuleiten ist. Insofern stehen diese

Daten daher nicht im Einklang mit dem ins Treffen geführten vermeintlichen generellen Anstieg der Frühgeburtlichkeit.

Festzustellen war allerdings, dass im AKH nach dem Jahr 2008 ein Anstieg der Anzahl der Frühgeborenen unter 1.000 g von 56 auf 90 zu verzeichnen war. Im Jahr 2010 betrug diese Zahl sogar 92 Kinder. Bei den Frühgeborenen unter 1.500 g Geburtsgewicht wurde im Zeitraum der Jahre 2008 bis 2010 ein Anstieg von 165 auf 182 Kinder festgestellt. Mit dem Anstieg der Anzahl der Kinder, die eine längere Reifungszeit benötigen, geht bei einem konstanten Bettenstand in logischer Konsequenz ein Anstieg der Zahl an Abtransferierungen einher.

Ferner war festzustellen, dass Kinder, die vor der 28. Schwangerschaftswoche geboren wurden, in der Betreuung nicht den quantitativen Schwerpunkt bildeten. So wurden auch jene Kinder versorgt, die in einer späteren Schwangerschaftswoche zur Welt kamen. Diese Gruppe betrug rd. 80 % aller Neonaten. Da entsprechend dem Ergebnis der Arbeitsgruppe das AKH als eines der beiden Perinatalzentren in Wien für die Versorgung der besonders kleinen Frühgeborenen vorgesehen bzw. spezialisiert ist, hatten Kinder, die u.U. auch in neonatologischen Einrichtungen anderer Krankenanstalten versorgt werden können, Ressourcen gebunden. Zudem war ein Großteil der auf der Neonatologie betreuten Kinder jener Gruppe zuzurechnen, bei welcher bereits die Mütter zur Geburt von anderen Krankenanstalten an das AKH überstellt wurden (Antenataltransport). Derartige Transporte erfolgten zu ca. zwei Drittel aus Wiener Krankenanstalten, u.zw. vor allem aus dem KHR, der SEM sowie dreier Wiener Privatspitäler, und zu einem Drittel aus Krankenanstalten anderer Bundesländer.

Für den betrachteten Zeitraum stellte das Kontrollamt fest, dass die Anzahl der Transferierungen von der vorhandenen Bettenkapazität im AKH und den Zutransferierungen - einerseits von Gebärenden in Form von Antenataltransporten und andererseits von Kindern nach der Geburt - abhängig war. Die große Zahl an Abtransferierungen hing für den betrachteten Zeitraum nach Ansicht des Kontrollamtes jedoch weniger mit epidemiologischen Veränderungen als mit einer unzureichenden Planung der Zuteilung von

Schwangeren und Neonaten in der Region Wien, Niederösterreich und dem Burgenland zusammen.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Wie das Kontrollamt unter Pkt. 6.6.1 anführt, wurde zwischenzeitlich im AKH eine zusätzliche neonatologische Station in Betrieb genommen, im DSP ist die Errichtung neonatologischer Betten derzeit in Durchführung.

6.3 Frage: *Wie wurde es den betroffenen Müttern ermöglicht, die transferierten Babys weiterhin aufzusuchen und gegebenenfalls zu versorgen?*

Die Transferierung von intensivmedizinisch zu behandelnden Patientinnen bzw. Patienten wird als Intensiv- bzw. als Interhospitaltransport bezeichnet. Dafür kommen speziell ausgerüstete Transportfahrzeuge zum Einsatz, welche zur Aufnahme der Transportinkubatoren ausgerüstet sind. Die Transferierungen erfolgen in Begleitung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Neonatologie und einer Intensiv-Pflegefachkraft.

Wie aus den Gesprächen mit den Neonatologinnen bzw. Neonatologen hervorging, waren diese gegenüber Transferierungen neutral eingestellt. Interhospitaltransporte wurden zwar nicht als wünschenswert eingestuft, bei medizinisch stabilen Kindern jedoch als vertretbar angesehen. Mit den Zielkrankenanstalten bestünden enge Kooperationen und die medizinischen Kompetenzen seien bekannt.

Zum Thema der Transferierungen von Neonaten war anzumerken, dass ein Ortswechsel und ein Wechsel des Betreuungsteams vor allem für Eltern Frühgeborener als psychische Belastung einzustufen ist. Aus diesem Grund wurden von den Kliniken für den Umgang mit den Eltern definierte Vorgehensweisen festgelegt. Bereits in einem Erstgespräch kurz nach der Geburt werden die Eltern auf eine allfällige Notwendigkeit eines Transfers vorbereitet. Wenn dieser Fall dann eintritt, findet ein standardisiertes Gespräch statt.

Zusätzlich wird den Eltern im AKH psychologische Hilfe durch die Abteilungspsychologin angeboten. In der Regel werde versucht, Wünsche der Eltern in Bezug auf das Zielkrankenhaus zu berücksichtigen, besonders wenn die Eltern nahe dem Zielkrankenhaus wohnen. Bei den Transferierungen bestehe zumeist auch die Möglichkeit des Mitfahrens von wenigstens einem Elternteil im Transportfahrzeug. Lediglich in Einzelfällen, bei denen ein Kind abtransferiert werden muss und die Mutter (z.B. nach einer Sectio) noch stationär aufgenommen ist, werde den Müttern ebenfalls eine Transferierung an die geburtshilfliche Abteilung der auswärtigen Krankenanstalt angeboten. Nach Aussage der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde gelinge es, zumeist eine konsensuale Lösung herbeizuführen. In Einzelfällen sei dies jedoch nicht gelungen und Eltern führten gegen die Abtransferierung ihrer Kinder Beschwerde.

Das Kontrollamt konnte sich im Rahmen seiner Begehungen in den neonatologischen Einrichtungen des Krankenanstaltenverbundes überzeugen, dass Müttern auf Intensivstationen die Gelegenheit geboten wird, in der Nähe der Kinder zu sein und diese je nach den medizinischen Umständen auch zu versorgen. In den IMC-Stationen des AKH, DSP, WIL und PRE, in denen Kinder mit einem reiferen, besseren Gesundheitszustand betreut werden, stehen Mutter-Kind-Einheiten zur Verfügung. Dort ist eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch die Eltern möglich.

In dem Zusammenhang sei auch die Möglichkeit für einen Nahekontakt zwischen der Mutter und dem Kind erwähnt, die als "Känguru-Pflege" bezeichnet wird. Sofern es der Reifegrad und der medizinische Zustand des Kindes erlauben, wird das Kind auf den Körper der Mutter gelegt. Um Hygienefehler auszuschließen, seien dazu umfangreiche Vorbereitungsmaßnahmen durch das Spitalspersonal zu treffen.

6.4 Frage: *Gab es medizinische Probleme oder Todesfälle für die der Transfer bzw. Rücktransfer ursächlich war oder zumindest in einem nicht auszuschließenden Zusammenhang stand?*

Das Kontrollamt hat mit den Vertreterinnen bzw. Vertretern sämtlicher neonatologischer Abteilungen im Krankenanstaltenverbund diesbezügliche Gespräche geführt. Dazu wurde mitgeteilt, dass kein einziger Fall bekannt sei, in dem der Transfer bzw. Rück-

transfer im ursächlichen Zusammenhang mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Kindern gestanden habe. Auch zu den bereits erwähnten zwei Todesfällen (s.a. Pkt. 6.1 des Berichtes) gebe es keinen Zusammenhang mit dem Transfer. Spitalsinterne Untersuchungen hätten ergeben, dass diese beiden Frühgeborenen vor und während der Transfers stabil gewesen seien, sodass diese zulässig gewesen waren. Unglücklicherweise endeten die weiteren Krankheitsverläufe letal. Dies sei jedoch nicht vorhersehbar und unabhängig von der betreuenden neonatologischen Einrichtung gewesen.

Dem Kontrollamt wurde ein weiterer Fall bekannt gemacht, in dem ein Frühgeborenes vom DSP in die KAR und in weiterer Folge in das AKH transferiert wurde. Der Fall wurde gerichtsanhängig. Im Rahmen der Urteilsfindung wurde festgestellt, dass aus medizinischer Sicht nichts gegen eine Transferierung gesprochen habe. Darüber hinaus wurden im Rahmen der Erhebungen dem Kontrollamt Unterlagen über weitere Fälle übergeben, die eine vermeintliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes von transferierten Kindern belegen sollten.

In Kenntnis dieser Informationen beauftragte die Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes einen medizinischen Gutachter, um anhand der Patientinnen- bzw. Patientenakte eine gutachterliche Bewertung der in Betracht kommenden Fälle, sowie auch der beiden vorerwähnten Todesfälle im AKH, einzuholen.

Der Gutachter kam in seiner Beurteilung u.a. zu folgendem Ergebnis: *"Die vom Kontrollamt angeführten Fälle bieten allesamt keinen Hinweis auf eine ursächliche oder mitbeteiligende Genese des Transports an später ungünstigen Verläufen."* Ferner wurde im Gutachten festgestellt, dass die Literatursuche keinen Hinweis auf einen schädigenden Einfluss von Transporten stabiler Frühgeborener ergeben habe.

6.5 Frage: *Wie viele Geburten und davon Frühgeburten benötigen eine intensivmedizinische Versorgung bzw. intermediate care-Versorgung?*

Die in der nachstehenden Tabelle angeführten Zahlen beruhen auf Angaben der einzelnen neonatologischen Stationen der Krankenanstalten des Krankenanstaltenverbundes.

Krankenanstalten	Geburten 2007 bis 2010	Neonatologische Versorgung 2007 bis 2010
AKH	9.892	2.324
DSP	7.627	652
WIL	6.084	779 ¹⁾
KFJ	6.062	-
PRE	-	587
KAR	5.711	245
SEM	9.159	-
KHR	3.699	-

¹⁾ Wert bis August 2010

Das Kontrollamt merkte zu obiger Tabelle an, dass die Zahlen nur eine eingeschränkte Aussagekraft besitzen und aus mehreren nachstehend angeführten Gründen lediglich als Orientierungswerte einzustufen sind. So war aus dem vorliegenden Datenmaterial nicht eindeutig ableitbar, ob Frühgeborene, die sowohl als NICU- als auch als IMC-Neonaten behandelt wurden im System doppelt aufscheinen. Daher war eine exakte Einstufung der intensivmedizinischen bzw. intermediate care-Leistungen versus Zahl der behandelten Babys nicht nachvollziehbar. Darüber hinaus wurden nicht alle neonatologischen Leistungen im Krankenanstaltenverbund auch als solche deklariert.

Im AKH war ein Vergleich der Behandlungen in der NICU-Station 9 C im Bauteil 10, die der Geburtsstation angeschlossen ist, mit jenen, die auf der NICU-Station der Ebene 10 im Bauteil 61 erbracht wurden, nur bedingt möglich. Dies deshalb, da lt. Angaben der Univ. Klinik in der Station 9 C rd. viermal so viele Kinder pro Bett betreut wurden als in der Station der Ebene 10. Dies hing vermutlich damit zusammen, dass die Station auf 9 C vorrangig für kurzfristige Aufnahmen z.B. nach einer Sectio genutzt wird und alle Kinder, die im AKH entbunden werden und eine neonatologische Erstversorgung (sowohl intensiv als auch intermediate care) benötigen, dort aufgenommen werden. Auch differierten Zahlenangaben der Abteilung Controlling mit jenen der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH. Im Zeitraum der Jahre 2007 bis 2010 gab es eine Differenz von 28 Kindern aus beiden Datenquellen. Vergleichbar mit der KAR wurden auch im AKH neonatologische Leistungen an Betten erbracht, die als allgemeinpädiatrische systemisiert waren. So wurden in den Jahren 2009 und 2010 Neonaten aus Kapazitätsgründen auch auf einer Station der Ebene 11 im Bauteil 61 versorgt bzw. mit Personal anderer Stationen betreut.

Im WIL war eine eindeutige Zuordnung der Behandlungen zur Neonatologie bzw. zur Pädiatrie nicht möglich, weil keine separaten Kostenstellen eingerichtet waren.

Im DSP wurden erst im Oktober 2010 vier IMC-Betten systemisiert und in Betrieb genommen. Bis zu diesem Zeitpunkt war eine exakte Zuordnung der IMC-Leistungen ebenso nicht möglich. Ferner war nicht eindeutig nachvollziehbar, ob IMC-Leistungen in der NICU-Station oder in den Kinderzimmern der Wöchnerinnenstation erbracht wurden.

In der KAR war nicht eruierbar, inwieweit einige pädiatrische Betten auch neonatologisch genutzt wurden.

Das Kontrollamt kam daher zu dem Schluss, dass analog zur Frage der Anzahl der Transferierungen eine exakte Auswertung aller neonatologischen Leistungen nur durch Einsichtnahme in die infrage kommenden Krankenakten sowie durch eine medizinische Bewertung der erbrachten Leistungen möglich gewesen wäre.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Im WIL wurde umgesetzt, separate Kostenstellen einzurichten.

Mit Einrichtung der neuen neonatologischen Betten im DSP (s. Pkt. 6.6.1) wird auch die Nachvollziehbarkeit der IMC-Leistungen sichergestellt sein.

Die KAR verfügt über fünf neonatologische Betten Level II. Darüber hinaus gibt es im Bereich der neonatologischen Station sechs sogenannte "Nachsorgebetten", welche zur stationären Nachbetreuung von Früh- und Neugeborenen mit leichten Defiziten dient. Bei Engpässen werden diese Betten im Einzelfall auch neonatologisch genutzt.

6.6 Frage: *Wie viele Betten (intensiv, intermediate care) stehen zur Verfügung?*

6.6.1 Vom Kontrollamt war festzustellen, dass der Krankenanstaltenverbund im Jahr 1995 eine Studie zur "Neonatologischen Versorgung in Wien" (ICAM-Studie) erstellen ließ. Die Beauftragung erfolgte vor dem Hintergrund der Schließung des Mautner-Markhof'schen Kinderspitals sowie der Verlegung der damaligen Kinderklinik Glanzing in das WIL.

Im Rahmen der ICAM-Studie wurden umfangreiche Untersuchungen über die Verteilung der Patientinnen- bzw. Patientenströme, die Leistungsspektren der einzelnen Kliniken bzw. Stationen, das neonatologische Know-how von Ärztinnen bzw. Ärzten in den Geburtskliniken, die Stationsgrößen und deren Personalausstattungen, die organisatorischen Umfeld der Stationen, die Möglichkeiten zur Nachsorge und der Langzeitkontrolle, die Transportmöglichkeiten etc. angestellt.

Des Weiteren wurde in der Studie die Schlussfolgerung getroffen, dass die Zahl der zum damaligen Zeitpunkt bestehenden fünf "neonatologischen Zentren" zu reduzieren sei und die seinerzeitige Anzahl von 53 NICU-Betten den Bedarf in Wien abdecken könne. Diese Zahl wurde mit einer Auslastung von 56 % berechnet. Die Autoren wiesen auch auf Unsicherheiten für die weitere Zukunft hin, welche sich einerseits aus der Möglichkeit eines Geburtenrückgangs und andererseits aus der Entwicklung, ob die Mortalität bei den "extremen Frühgeburten" weiter gesenkt werden könne, ergeben. Für Neugeborene, die außerhalb einer Intensivstation betreut werden müssen (IMC-Station), wurde damals ein Bedarf von 52 bis 54 Betten mit einer Auslastung von 70 % ermittelt.

Das Kontrollamt hat im Rahmen seiner Begehungen die faktischen Bettenstände für den Zeitraum der Jahre 2007 bis 2012 erhoben und in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Kranken- anstalten	Bereich	ICAM - Studie 1995		2007		2008		2009		2010		2011		Mai 2012		RSG Wien 2020	
		NICU	IMC	NICU	IMC	NICU	IMC	NICU	IMC	NICU	IMC	NICU	IMC	NICU	IMC	NICU	IMC
AKH	Bauteil 10, Ebene 9	-	-	12	-	12	-	12	-	12	-	12	-	12	-	12	-
	Bauteil 10, Ebene 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
	Bauteil 61, Ebene 10	-	-	8	-	8	-	8	-	8	-	8	-	10	-	10	-
	Bauteil 61, Ebene 12	-	-	-	12	-	12	-	12	-	12	-	12	-	12	-	12
DSP		-	-	10	-	10	-	10	-	10	-	10	-	10	-	14	-
KAR		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
PRE	Erdgeschoß	-	-	-	5	-	5	-	5	-	5	-	5	-	5	-	6
KFJ	in Errichtung	-	-	4	-	4	-	4	-	4	-	4	-	4	-	-	-
WIL	Pavillon 21, Erdgeschoß	-	-	14	-	14	-	14	-	14	-	14	-	14	-	14	-
	Pavillon 21, Obergeschoß	-	-	-	12	-	12	-	12	-	12	-	12	-	12	-	10
	in Errichtung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Gesamtstand	NICU bzw. IMC	53	52-54	48	29	48	29	48	29	48	29	48	29	48	29	48	42
Gesamtstand	NICU und IMC	105 - 107		77		77		77		81		81		95		104	

In der obigen Tabelle wurden zusätzlich zu den vom Kontrollamt erhobenen faktischen Bettenständen auch jene angeführt, die aus der ICAM-Studie des Jahres 1995 sowie aus der Zielplanung des RSG Wien 2020 hervorgehen. Daraus ist ersichtlich, dass die Anzahl der Neonatologiebetten in Wien in den Jahren 2007 bis 2010 deutlich unter der Bettenzahl lag, die im Jahr 1995 als notwendig angesehen wurde. Dazu kommt, dass im damaligen Zeitraum von einer wesentlich geringeren Auslastung ausgegangen wurde, als im Betrachtungszeitraum für die Jahre 2007 bis 2010 tatsächlich gegeben war (s.a. Pkt. 6.8 des Berichtes).

In Bezug auf das AKH war festzustellen, dass der Krankenanstaltenverbund während der Prüfung durch das Kontrollamt auf die nahezu 100%ige Auslastung und die hohe Anzahl von Abtransferierungen reagierte und Maßnahmen zu einer Entlastung der Univ. Kinderklinik getroffen hatte. So wurden die Anzahl der NICU-Betten um zwei von 20 auf 22 erhöht und durch Errichtung einer neuen IMC-Station im Bauteil 10, Ebene 15, zusätzlich zwölf IMC-Betten geschaffen. Dabei handelt es sich um sogenannte Mutter-Kind-Einheiten, in denen die Mütter während des Spitalsaufenthalts bei ihren Kindern untergebracht sind. Gemäß dem im Juni 2012 veröffentlichten RSG Wien 2020 ist keine weitere Erhöhung des Bettenstandes der Neonatologie für das AKH vorgesehen.

Ebenso wie im AKH erhöhte der Krankenanstaltenverbund die Zahl der neonatologischen Betten im DSP insofern, dass neben den vorhandenen zehn NICU-Betten zusätzlich vier IMC-Betten eingerichtet wurden. Entsprechend der Zielplanung gemäß RSG Wien 2020 ist im DSP eine Erhöhung der NICU-Betten von zehn auf 14, sowie der IMC-Betten von vier auf zehn geplant.

Zur neonatologischen Station der KAR war anzumerken, dass von der Behörde fünf sogenannte "level-II Betten" für eine eingeschränkte medizinische Versorgung - lediglich zur Primärversorgung und Stabilisierung - genehmigt wurden. Diese Betten entsprechen lediglich einer IMC-Versorgung. Da gemäß RSG Wien 2020 eine Erhöhung der Bettenzahl auf sechs IMC-Betten vorgesehen ist, erfordert dies Verbesserungen der räumlichen Infrastruktur.

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Aufgrund der im RSG vorgesehenen Umstrukturierungen wird es in der KAR auch zu baulichen Veränderungen und damit zu einer Verbesserung der räumlichen Verhältnisse im neonatologischen Bereich kommen.

Die im PRE vorhandenen vier NICU-Betten werden nach Übersiedlung in das neu errichtete Mutter-Kind- und OP-Zentrum im KFJ nicht mehr als NICU- sondern lediglich als IMC-Betten betrieben. Dabei wird die Zahl von vier auf sechs Betten erhöht.

Zur neonatologischen Station im WIL war anzumerken, dass die zwölf seit dem Jahr 1999 vorhandenen und behördlich bewilligten IMC-Betten im bisherigen RSG Wien nicht als solche enthalten waren. Damit konnte der Krankenanstaltenverbund die seit dem damaligen Zeitpunkt auf diesen Betten erbrachten neonatologischen Zusatzleistungen nicht verrechnen. Für den Zeitraum der Jahre 2007 bis 2011 entging dem Krankenanstaltenverbund dadurch ein Betrag in der Höhe von rd. 5 Mio.EUR.

Hinsichtlich der Zielplanung für das WIL war zu erwähnen, dass die in der Magistratsabteilung 24 angesiedelte Geschäftsstelle des Wiener Gesundheitsfonds auf Anregung des Kontrollamtes hin die zwölf IMC-Betten in den RSG Wien 2020 aufgenommen hat, wodurch die neonatologischen Zusatzleistungen nach einer entsprechenden gesetzlichen Umsetzung des RSG Wien mit dem WKAP künftig abrechenbar sein werden. In Anbetracht der Schaffung von je einer neonatologischen Station im künftigen KHN sowie in einer privaten Krankenanstalt ist vorgesehen, den IMC-Bettenstand dann von zwölf auf zehn zu reduzieren. Aus demselben Grund wird die Zahl der NICU-Betten von 14 auf sechs verringert werden.

Zur Gesamtzahl der im Krankenanstaltenverbund verfügbaren Neonatologiebetten war zusammenfassend festzustellen, dass die Anzahl in den vergangenen Jahren deutlich geringer war als jene Anzahl, die durch die ICAM-Studie aus dem Jahr 1995 empfohlen

wurde. Entsprechend der Zielplanung des RSG Wien 2020 wird die Gesamtzahl aller neonatologischen Betten in Wien (Krankenanstellenverbund sowie eine private Krankenanstalt) mit 114 künftig über den o.a. Empfehlungen von 105 bis 107 Betten liegen. Weiters war anzumerken, dass lediglich drei Krankenanstellen über NICU-Betten verfügen werden. Damit ist die neonatologische Intensivversorgung auf das AKH, das DSP sowie auch auf das WIL zentralisiert, wobei das AKH im Besonderen sowie das DSP für die Versorgung der "besonders kleinen" Frühgeborenen in Wien bzw. in der Ostregion in Österreich spezialisiert sind.

6.6.2 Für die Erstellung des RSG Wien beauftragte die in der Magistratsabteilung 24 eingerichtete Geschäftsstelle des Wiener Gesundheitsfonds eine externe Beratungsfirma u.a mit der Kapazitätsplanung auf Ebene der Wiener Fondskrankenanstellen. Auf der Grundlage von demografischen, Struktur-, Leistungs- sowie Diagnosedaten werden je nach medizinischem Fachgebiet durch den jeweiligen RSG die Bettenzahlen für die einzelnen Krankenanstellen festgelegt. Dabei wird in Betten der Normalpflege sowie der Intensivpflege unterschieden. Im Weiteren wird die Intensivpflege in eine für Erwachsene und eine für Kinder unterteilt.

Anzumerken war, dass im RSG Wien in Bezug auf das Fachgebiet der Kinder- und Jugendheilkunde bis zum Jahr 2012 nicht in Betten für den pädiatrischen bzw. neonatologischen Bereich differenziert wurde. Ferner waren die NICU- und die IMC-Betten nicht getrennt ausgewiesen. Damit war der neonatologische Fachbereich hinsichtlich der Bettenplanung aber auch in Bezug auf die Leistungserbringung aus Sicht des Kontrollamtes nicht ausreichend differenziert dargestellt.

Das Kontrollamt vertrat diesbezüglich die Auffassung, dass bestimmte Fachbereiche der Medizin, zu der auch die Neonatologie zu zählen ist, für die Gesundheitsplanung eine wesentliche Bedeutung einnehmen. Solche Fachbereiche sind jene, die eine hohe Spezialisierung aufweisen, eine Fokussierung auf wenig spezialisierte Zentren sinnvoll ist, hochqualifiziertes Personal benötigt wird, hohe Kostenrelevanz gegeben und eine besondere Geräteausstattung erforderlich ist. Demzufolge sind solche, sogenannte Schlüsselbereiche, in der Gesundheitsplanung besonders zu berücksichtigen. Im Zuge

der mit der Geschäftsstelle des Wiener Gesundheitsfonds geführten Gespräche sagte die Dienststelle zu, die neonatologischen Betten im RSG Wien 2020 gesondert darzustellen und darüber hinaus die NICU- und IMC-Betten getrennt auszuweisen. Weiters wurde zugesagt, das Thema der Neonatologie im Rahmen der überregionalen Gesundheitsplanung in den einschlägigen Arbeitsgruppen auf Bundesebene zur Sprache zu bringen.

Stellungnahme der Magistratsabteilung 24:

Seitens der Magistratsabteilung 24 ist anzumerken, dass die Aufnahme der zwölf IMC-Betten des WIL in den Wiener Krankenanstaltenplan initiiert wurde. Damit wird u.a. die Abrechenbarkeit der Leistungen möglich.

Die Notwendigkeit der überregionalen Gesundheitsplanung im Bereich der Neonatologie wird in den entsprechenden Arbeitsgruppen thematisiert sobald wieder neue Themen in die Arbeitsgruppen aufgenommen werden können und entsprechende Zustimmung der anderen Partnerinnen bzw. Partner in der Arbeitsgruppe gefunden werden kann.

Die neonatologischen Betten wurden getrennt in Überwachungs- und Behandlungsbetten im RSG dargestellt.

6.7 Frage: *Kann auf den IMC-Betten eine volle Intensivversorgung geboten werden? Werden die IMC-Betten in größerem Ausmaß als das Intensivbettenangebot benutzt?*

Wie bereits erwähnt, weist die medizinische Versorgung auf einem IMC-Bett einen überwachenden Charakter auf, während die neonatologische Intensivversorgung an einem NICU-Bett dadurch gekennzeichnet ist, dass aktive medizinische Maßnahmen getätigt werden. Durch den ÖSG 2010 sind die Qualitätskriterien für die Neonatologie hinsichtlich der Personalausstattung, die infrastrukturellen Anforderungen und die apparative Ausstattung festgelegt. Durch diese Festlegungen sind die beiden Formen der

neonatologischen Versorgung definiert und eindeutig differenziert. Während z.B. für die Leitung einer IMC-Einheit lediglich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde vorgegeben ist, ist für diese bei einer NICU-Einheit das Zusatzfach Intensivmedizin verpflichtend. Die apparative Ausstattung unterscheidet sich u.a. dahingehend, dass für die Überwachungseinheit mehr als zwei Beatmungsgeräte in der Station vorhanden sein müssen, während in einer Intensivbehandlungseinheit die Beatmungsgeräte für jedes Bett bereitzuhalten sind. Im AKH waren für die Zuweisung der Kinder an eine IMC- bzw. an eine NICU-Station schriftliche Kriterien festgelegt.

In Bezug auf das Ausmaß der Benutzung der IMC-Betten war auf die ungenaue Datelage hinsichtlich der Leistungserbringung an den IMC- bzw. NICU-Betten hinzuweisen. Demzufolge war die Errechnung von exakten Kennzahlen nicht möglich. Hinsichtlich der Bettenzahlen, sowie deren durchschnittliche Auslastung sei auf Pkt. 6.6 bzw. Pkt. 6.8 des Berichtes hingewiesen.

6.8 Frage: *Wie hoch ist die durchschnittliche Auslastung (intensiv, IMC)?*

In Bezug auf die durchschnittliche Auslastung wird, wie bereits mehrmals erwähnt, auf die nicht exakt nachvollziehbare Leistungserbringung im Sinn einer Unterscheidung nach IMC- bzw. NICU-Versorgung hingewiesen. Die Daten in der nachstehenden Tabelle, die auf der Erfassung aus dem LKF-System beruhen, sind daher nur als grobe Richtwerte anzusehen und stellen Mittelwerte über die Jahre 2007 bis 2010 dar.

Krankenanstalten	Auslastung NICU-Betten in %	Auslastung IMC-Betten in %
AKH	94,5	94,6
DSP ¹⁾	93,6	-
WIL	83,3	81,4
PRE	67,4	-
KAR	-	82,6

¹⁾ Da es sich bei den in der Tabelle angeführten Zahlenwerten um Mittelwerte über vier Jahre handelt, wurde die Auslastung der seit Oktober 2010 im DSP in Betrieb befindlichen vier IMC-Betten mangels Vergleichbarkeit nicht angegeben.

6.9 Frage: *Wie lange ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer?*

Die nachstehende Tabelle enthält Zahlen betreffend die durchschnittliche Aufenthaltsdauer über die Jahre 2007 bis 2010 in Tagen, die vom Krankenanstaltenverbund ermittelt wurden.

Krankenanstalten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer NICU-Betten in Tagen	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer IMC-Betten in Tagen
AKH	Bauteil 17, Ebene 9C	8,2
	Bauteil 61, Ebene 10	45,2
	Bauteil 61, Ebene 12	94,8
DSP ¹⁾	17,9	-
WIL	15,1	8,8
PRE	7,4	-
KAR	-	12,8

¹⁾ Da es sich bei den in der Tabelle angeführten Zahlenwerten um Mittelwerte über vier Jahre handelt, wurde die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der seit Oktober 2010 im DSP in Betrieb befindlichen vier IMC-Betten mangels Vergleichbarkeit nicht angegeben.

Ebenso wie im Fall der Kennzahlen für die Auslastung besteht auch bei den Daten der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer über den Betrachtungszeitraum der Jahre 2007 bis 2009 eine Unschärfe wegen der mangelnden Datensicherheit. Eine exakte Erhebung der Verweilzeiten wäre daher nur unter Einsichtnahme in sämtliche Krankenakten möglich gewesen.

Die o.a. Tabelle zeigt dennoch, dass im AKH auf der IMC-Station die durchschnittliche Aufenthaltsdauer eines Kindes mehr als zehnmal so groß, als jene in der IMC-Station des WIL ist. Daraus war zu schließen, dass sich das Patientinnen- bzw. Patientenkollektiv im AKH von den IMC-Stationen anderer Krankenanstalten unterscheidet.

Obwohl das AKH hinsichtlich seiner Versorgungsstufe in Wien mit dem DSP vergleichbar ist, im DSP aber erst seit Oktober 2010 eine IMC-Station eingerichtet wurde, konnten demzufolge für den eingesehenen Zeitraum keine Vergleiche gezogen werden.

6.10 Frage: Wie hoch ist die Sterberate von Frühgeborenen an den jeweiligen Abteilungen in den jeweiligen Gewichtsguppen?

Grundsätzlich war dazu anzuführen, dass die Mortalitätsrate von Frühgeborenen mit sinkender Anzahl von Schwangerschaftswochen zum Zeitpunkt der Geburt ansteigt. Wie bereits erwähnt, konnte die Sterblichkeit von Frühgeborenen in den vergangenen Jahren gesenkt werden. Zur Erzielung einer niedrigen Mortalitätsrate von Frühgeborenen sind die Qualität und die Routine in der medizinischen Betreuung, die Einhaltung

hoher hygienischer Qualitätsstandards usw. einer neonatologischen Einrichtung wesentliche Faktoren. Darüber hinausgehend hängt die Mortalitätsrate aber auch mit der Zusammensetzung des Patientinnen- bzw. Patientenkollektivs zusammen. Als Faktoren gelten u.a. die Anzahl an Mehrlingen, die Verteilung bei den Gewichtgruppen, das Vorkommen komplexer Krankheitsbilder, die Raten an angeborenen Fehlbildungen.

Aufgrund dieser Einflussfaktoren war eine unmittelbare Vergleichbarkeit der neonatologischen Stationen anhand der Sterberaten ohne weiterführende medizinisch-wissenschaftliche Bewertung nicht zulässig. Drei neonatologische Stationen des Krankenanstaltenverbundes, das AKH, das DSP und das WIL, vergleichen ihre Daten mit jenen einer internationalen wissenschaftlichen Datenbank, dem "Vermont Oxford Network". Dies hat für die genannten Einrichtungen maßgebliche Bedeutung und stellt einen wichtigen Beurteilungsmaßstab dar. Angemerkt wird, dass in diesem "Network" Daten von Kindern mit einem Gewicht unter 1.500 g als Datengrundlage verglichen werden.

Die nachstehende Tabelle enthält die Sterblichkeitsraten der neonatologischen Stationen des AKH sowie des DSP für die Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.

Krankenanstalten	2007 in %	2008 in %	2009 in %	2010 in %
AKH	17	23	14	12
DSP	16	17	13	12
Vermont Oxford Network	17	16	16	16

Die Daten der neonatologischen Station des WIL wurden in diese Tabelle nicht aufgenommen, da dort nur wenige Frühgeborene unter 1.500 g bzw. erst ab der 26. Schwangerschaftswoche und höchstens Zwillinge betreut werden. In den Jahren 2007 bis August 2010 waren jeweils zwei, sechs, drei bzw. keine Todesfälle zu verzeichnen. Dies entspricht einem Anteil von rd. 1,4 % bezogen auf die insgesamt behandelten Kinder.

Für das PRE wurden dem Kontrollamt für die Jahre 2007 bis 2010 zwei Todesfälle genannt. Da in dieser Krankenanstalt nur Frühgeborene betreut werden, die nach der 32. Schwangerschaftswoche geboren wurden, war keine Vergleichbarkeit mit anderen Einrichtungen gegeben.

Die KAR verzeichnete im Vergleichszeitraum ein verstorbenes Kind.

6.11 Frage: *Wie hoch ist die Rate schwerer Infektionen/Sepsis je Gewichtsguppe während des stationären Aufenthaltes?*

Das Kontrollamt kam aufgrund der Gespräche mit den Fachexpertinnen bzw. Fachexperten zur Auffassung, dass der Begriff "schwer" im Zusammenhang mit einer Infektion bzw. Sepsis nicht eindeutig ist.

Dies hänge damit zusammen, dass eine Infektion mit einem üblicherweise ungefährlichen Krankheitserreger u.U. zu dramatischen Krankheitsverläufen führen kann. Andererseits führe nicht jede Besiedelung des Organismus mit einem humanpathogenen Krankheitskeim auch zu Krankheitssymptomen. Unter einer Infektion werde eine Ansiedlung sowie das Wachstum und die Vermehrung von Mikroorganismen in einem Makroorganismus verstanden, wenn dieser Abwehrreaktionen und bzw. oder Schädigungen zeige.

Unter einer Sepsis, die umgangssprachlich auch als Blutvergiftung bezeichnet wird, ist eine Allgemeininfektion mit Krankheitserscheinungen zu verstehen, die durch Mikroorganismen (Bakterien, Pilze, Viren oder Parasiten) ausgelöst wird, die in die Blutbahnen gelangen. Die Fachexpertinnen bzw. Fachexperten für Neonatologie beschrieben eine Sepsis bei Frühgeborenen mit dem Vorliegen von Krankheitssymptomen, erhöhten Entzündungsparametern und dem mikrobiologischen Nachweis von Krankheitserregern im Blut. Für die Diagnose einer Sepsis bestehe die Problematik darin, dass nicht bei jeder Infektionsreaktion auch eine positive Blutkultur festzustellen sei. Darüber hinaus sei bei den extrem kleinen Frühgeborenen die Entnahme einer für eine Blutkultur notwendigen Probenmenge aufgrund des sehr kleinen Körpervolumens nur eingeschränkt möglich.

Dem Kontrollamt wurde mitgeteilt, dass der Besiedelungsstatus der Babys mit Krankheitserregern noch vor einer eventuell auftretenden Krankheitsreaktion erhoben werde (z.B. durch Rektalabstriche), um gegebenenfalls wirksame Bekämpfungsmaßnahmen möglichst rasch einleiten zu können.

Die Sepsisrate dient als Qualitätskennziffer, insbesondere für jene Neonatologien, die am "Vermont Oxford Network" teilnehmen. Die Rate lässt Rückschlüsse über die Effektivität des Hygienemanagements zu. Bemühungen zielen selbstverständlich darauf ab, eine möglichst niedrige Infektions-/Sepsisrate zu erreichen. Allerdings gelte als fachlich anerkannt, dass selbst bei noch so sorgsamer Beachtung aller Hygieneregeln Infektionen nicht vollkommen vermieden werden können. Grundsätzlich steige das Infektionsrisiko mit sinkendem Geburtsgewicht bzw. können Krankheitserreger von der Mutter auf das Kind übertragen werden. Ein Vergleich der neonatologischen Stationen auf Basis von Infektionsdaten erschien ebenso ohne eine eingehende wissenschaftliche Bewertung als unzulässig. Das Kontrollamt hat Daten im Sinn der Fragestellung erhoben, eine wissenschaftliche Bewertung wurde im Rahmen der gegenständlichen Prüfung nicht vorgenommen oder veranlasst.

Zu den Erhebungen war festzustellen, dass über die Infektionsdaten unterschiedliche Dokumentationen geführt werden. Die Gespräche mit den Expertinnen bzw. Experten der Neonatologie ergaben in Bezug auf Infektionsdaten unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. Grundsätzlich war festzustellen, dass dem Thema Hygiene in der Neonatologie eine zentrale Bedeutung beigemessen wird.

So betrieb die Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH ein Kooperationsprojekt mit dem Klinischen Institut für Krankenhaushygiene mit dem Thema "Senkung der Infektionsrate". Ein Modul dieses Projekts beinhaltete z.B. die Handhabung und Pflege der Konnektionsstellen zu Venenkathetern, weil dadurch schon ein Großteil der Infektionen der Frühgeborenen erfasst ist.

Die Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH übermittelte dem Kontrollamt Daten über Sepsisraten bei Frühgeborenen unter einem Geburtsgewicht von 1.500 g. Lediglich diese Daten seien standardisiert für die o.a. internationale Vergleichbarkeit. Diese Daten aus dem AKH waren in die sogenannte "early-onset-bacterial Sepsis (innerhalb der ersten drei Lebenstage)" und die "late-onset-bacterial Sepsis (nach drei Lebenstagen)" sowie die Pilzsepsis unterteilt. Neonatologinnen bzw. Neonatologen un-

terscheiden Infektionen im Hinblick auf die Bezeichnung "early" bzw. "late" deshalb, weil die erste Form einen kongenitalen (von Geburt an) bzw. die zweite Form einen nosokomialen (im Krankenhaus erworben) Charakter aufweist. Für den Betrachtungszeitraum wurden im Mittel für die "early-onset-bacterial Sepsis" 1,7 % gegenüber dem Wert aus der internationalen Vergleichsdatenbank mit 2,4 % angegeben. Der Mittelwert für die "late-onset-bacterial Sepsis" betrug 6,1 % gegenüber dem Vergleichswert von 10,5 %. Für die Pilzsepsis wurde ein Wert von lediglich 0,3 % ermittelt, diesem stand jener mit 1,8 % aus dem internationalen Vergleich gegenüber. Das Kontrollamt merkte dazu an, dass die Sepsisraten im AKH angesichts der hohen Auslastung der Neonatologie im internationalen Vergleich bemerkenswert niedrig sind.

Vom DSP wurden dem Kontrollamt für die Jahre 2008 und 2009 bei Frühgeborenen unter 1.500 g Geburtsgewicht für die "early-onset-bacterial Sepsis" 1,2 % (bzw. 0,35 % für alle Aufnahmen) sowie für bakterielle Infektionen (Sepsis und/oder Meningitis) nach dem dritten Lebenstag 7,7 % (bzw. 2,1 % für alle Aufnahmen) angegeben. Die Pilzsepsis lag in den beiden o.a. Jahren für Frühgeborene unter 1.500 g Geburtsgewicht bei 3,8 % (bzw. 1,07 % für alle Aufnahmen). Anzumerken war, dass die Patientinnen- bzw. Patientenzahl im DSP kleiner als die im AKH war.

Das WIL übermittelte Daten eines infektiologischen Audits der NICU-Station über einen Zeitraum von zwölf Monaten, allerdings für einen anderen Betrachtungszeitraum. Entsprechend dieser Daten wurden 26 % der Patientinnen- bzw. Patienten mit einer "early-onset-bacterial Sepsis" behandelt, 11,4 % mit einer "late-onset-bacterial Sepsis". In Bezug auf Infektionen im WIL ist anzuführen, dass zwischen März 2008 und Jänner 2009 bei insgesamt neun Intensivpatientinnen bzw. Intensivpatienten der Neonatologie Infektionen mit dem Bakterium *Burkholderia cepacia* festgestellt wurden. Dieser weltweit vorkommende Wasserkeim vermehrt sich insbesondere im Warmwasser und kann durch Aspiration Lungenentzündungen hervorrufen. Als Verursachungsquelle wurden bei dem o.a. Fall nasse Milchflaschenwärmer ermittelt, die in weiterer Folge gegen trockene ausgetauscht wurden. Dieser Fall wurde auch wissenschaftlich publiziert.

Das PRE nannte dem Kontrollamt Zahlen über Infektionen bzw. Sepsisfälle für den Zeitraum der Jahre 2007 bis 2009. Demnach betrug die Rate an allen kongenitalen Infektionen inkl. Infektionen durch eine Fruchtwasserinfektion in der Schwangerschaft 41,5 %. Die Rate aller kongenitalen Infektionen ohne Infektionen durch eine Fruchtwasserinfektion in der Schwangerschaft betrug 28,2 %, die Rate kongenitaler Septiditen betrug 12,7 %.

In der KAR erlitten insgesamt vier Kinder unter 1.500 g Geburtsgewicht im Betrachtungszeitraum eine Sepsis.

Die Stellungnahmen der geprüften Einrichtungen sind den jeweiligen Berichtsabschnitten zugeordnet worden.

Der Kontrollamtsdirektor:
Dr. Peter Pollak, MBA
Wien, im Jänner 2013