



Schwerpunktthema

**Die Zukunft der
Peripheriespitäler**

Schwerpunktthema:

Die Zukunft der Peripheriespitäler

Z
GP

Schwerpunktthema

Die Zukunft der Peripheriespitäler

Ausgabe 3/2014

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für
Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

Coverfoto: www.fotolia.com (Lev Dolgachov)
Redaktion: Thomas Bergmair
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser,

Der zunehmende Ärztemangel hat sowohl Auswirkungen im niedergelassenen Bereich als auch im stationären Sektor. Nachdem sich die erste Ausgabe der ZGP in diesem Jahr bereits den aktuellen Herausforderungen der niedergelassenen Landmedizin widmete, steht die vorliegende Ausgabe 03/2014 unter dem Schwerpunktthema „Die Zukunft der Peripheriespitäler“.

Ein Thema von großer Brisanz, wie die vergangenen Monate gezeigt haben. Immer mehr Arztstellen bleiben unbesetzt. Immer mehr Mediziner folgen dem Ruf aus dem benachbarten Ausland, wo neben besserer Bezahlung vor allem erträglichere Arbeitsbedingungen winken. Diese Entwicklungen treffen ganz besonders die Peripheriespitäler, so dass man dort vermehrt mit einer Personalverknappung konfrontiert ist, den die verbliebene Belegschaft derzeit noch mit hohem Einsatz kompensiert.

Die zukünftige Rolle der Peripheriespitäler ist nicht unumstritten. Man ist sich zwar einig, dass sie für die Versorgung der Bevölkerung einen essentiellen Grundstein darstellen, gleichzeitig sind Peripheriespitäler aber oft die Ersten, bei denen der Sparstift angesetzt wird. Manch einer sieht die Zukunft im österreichischen Spitalswesen vielleicht überhaupt auf die großen Zentren reduziert. In Zeiten zunehmender Mobilität sei es oftmals kein Problem mehr, längere Strecken in Kauf zu nehmen, um eine erstklassige Versorgung zu erhalten. Doch welche Alternativen verbleiben in der Region?

Wir haben Experten eingeladen, die Situation aus unterschiedlichen Gesichtspunkten zu betrachten. Welche Überlegungen werden bei der Spitalsplanung angestellt, welche regionalökonomischen Aspekte sollten berücksichtigt werden und wie erlebt die Ärzteschaft die Veränderungen?

Wir freuen uns, Ihnen mit der aktuellen Ausgabe wieder eine breite Palette an Perspektiven anbieten zu können, und wünschen viele anregende Momente beim Lesen

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Ärztedemografische Rahmenbedingungen der zukünftigen ärztlichen Versorgung in Peripheriespitälern <i>Mag. Anton Sinabell</i>	9
Modell einer sektorenübergreifenden fachärztlichen Peripherieverorgung <i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	45
Befragung: Attraktivität von Peripherie- und Zentrumsspitälern <i>Thomas Bergmair</i>	55
Wirtschaftsfaktor Krankenhaus: Die regionalwirtschaftliche Bedeutung eines Krankenhauses am Beispiel des LKH Rohrbach, OÖ <i>o. Univ. Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider, Dr. Elisabeth Dreer, MSc</i>	93
Die Rolle peripherer Krankenhäuser am Beispiel des KH Kirchdorfs. Erfahrungsbericht eines ärztlichen Leiters <i>MR HR Prim. Dr. Oswald Schubert</i>	113
Spitalgröße, Grundversorgung und Spitzenmedizin – Überlegungen zur nachhaltigen Gestaltung der Spitallandschaft <i>Prof Dr. med. emerit. Hans Hoppeler, Dr. Jürg Müller, Oliver Richner</i>	131
Auf den StandPunkt gebracht <i>Mit Beiträgen von Helmut Mödlhammer, Dr. Karlheinz Kornhäusl, Dipl. KH-BW Helmut Krenn und Dr. Harald Mayer</i>	145
Spitalsärztin/Spitalsarzt 2025 – Die Zukunft der österreichischen Spitäler	155

Mag. Anton Sinabell

Österreichische Ärztekammer, Statistik/Standesführung

Ärztedemografische Rahmenbedingungen der zukünftigen ärztlichen Versorgung in Peripheriespitälern

1. Einleitung	10
2. Ärztezahlen und deren Entwicklung	12
3. Status quo – Strukturelle Zusammensetzung des Ärztestandes	13
4. Die Medizin wird weiblich	15
5. Zwischen Uni und „Turnus“	18
6. Neue Ärzte braucht das Land – Zustrom	21
7. Karrierepfade – Wege und deren zeitlichen Komponenten	22
8. Wahlärzte	28
9. Altersstruktur der Ärzteschaft	31
10. Stationäre Versorgungsstrukturen	35
11. Gesundheitsmärkte	39
12. Mittendrin im Ärztemangel - Ergebnisse einer Milchmädchenrechnung	40
13. Zusammenfassung	42

Aktuell wird in Österreich zunehmend ein Ärztemangel festgestellt, der überwiegend aus dem ärztlichen Tätigkeitsbereich heraus formuliert wird und bereits jetzt einzelne akute Problemfelder aufweist, von der Politik jedoch weitgehend noch ignoriert oder nicht anerkannt wird. In diesem Artikel wird versucht, die ärztedemografischen Rahmenbedingungen und Entwicklungen aufzuzeigen, die aktuell die Angebotsseite des ärztlichen Arbeitsmarktes bestimmen und in den folgenden Jahren bestimmen werden. Ebenfalls werden einzelne einfache Analysen durchgeführt, um aufzuzeigen, in welchen Bereichen am ehesten mit „Mangel“ gerechnet werden kann. Weiters werden die Standortfaktoren hinterleuchtet, die entscheiden, wie sich die Spitalsträger auf einem Markt der knappen Personalressourcen gegenüber anderen Märkten und gegeneinander durchzusetzen vermögen.

1. Einleitung

Die gesundheitspolitischen Diskussionen waren in Österreich in der weitläufigen Vergangenheit überwiegend von den Themen Ärzteschwemme, von der Finanzierungsproblematik der Spitäler und der Krankenkassen und zuletzt von technischen Neugestaltungen (eCard, Elga) oder Strukturdiskussionen (Primary Health Care) geprägt. Gegenwärtig rückt aber ein Thema in den Vordergrund, das die Antithese zu der eingangs erwähnten Ärzteschwemme darstellt. Vermehrt finden sich die Vermutung, die Prognose und die ersten Beobachtungen und/oder deren Interpretation, dass das österreichische Gesundheitssystem einem Ärztemangel entgegensteuert bzw. in einzelnen Teilbereichen dieser schon aufgetreten ist. Und da sich Mangel immer zuerst in der „Peripherie“ manifestiert, gilt unsere Aufmerksamkeit diesem Bereich in besonderer Weise. In der niedergelassenen Kassen-Ärztenschaft wird dieser Aspekt aktuell unter dem Schlagwort der „Landmedizin“ und deren absehbarer Nachfolgeproblematik verbalisiert.

Doch wie sieht es mit den „Landspitälern“ aus?

Eines sei vorweg gesagt: Eine tiefgehende Analyse und Prognose, welche Spitäler oder Standorte es als erstes oder in welchem Ausmaß „erwischen“ wird, kann hier nicht angestellt werden. Das würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und wäre aufgrund der Komplexität bereits jetzt stattfindender Gegensteuerungsmaßnahmen der einzelnen Akteure und zukünftigen Veränderungen bei Präferenzen kaum möglich bzw. eine sich selbst zerstörende Prophezeiung.

Auch wird dieses Thema nur vor dem Hintergrund der Ärztedemografie beleuchtet. Die Diskussion über regionale Ressourcenallokationen und deren weitreichenden strategischen Entscheidungen („Konzentration in der Spitalslandschaft“ vs. „längere Anfahrtswege für die Patienten“) vor dem Hintergrund der Argumente aus den Bereichen QS und EBM („kleine Spitäler schließen, weil sie nicht die notwendigen Fallzahlen erreichen“) bleiben hier ebenfalls außen vor, sind im Einzelfall eine grundlegende, hier aber nicht weiter diskutierte Rahmenbedingung.

Dieser Artikel ist auch als Zusammenführung statistischer Analysen zu verstehen, wie sie im Laufe der letzten Jahre im Bereich der Standesvertretung angestellt worden sind. Doch bevor wir uns den Daten zuwenden, ist die Methode kritisch zu hinterfragen. Die österreichische Ärzteliste – die in der Folge hier (sofern nichts anderes erwähnt wird) die überwiegende Datenquelle darstellt¹ - ist aufgrund ge-

1 Die Datenquellen für alle Auswertungen (mit Ausnahme der österreichischen Promovenzahlen aus Kapitel 6) sind die österreichische Ärzteliste sowie deren historischen Auswertungen („Standesmeldungen“).

setzlicher Rahmenbedingungen² sehr nahe am tatsächlichen Arbeitsmarkt, also eine gute und eine vollständige Datenquelle. „Versteckte Pensionisten“, die geringfügig in diesen Daten in früheren Jahren noch enthalten waren, sind es aktuell nicht mehr. Die mit der Eintragung verbundene Beitragspflicht für Kammerumlage und Wohlfahrtsfonds sowie die zunehmenden Verpflichtungen und deren zwingende Dokumentation, denen aktive Ärzte unterworfen sind (Fortbildungsverpflichtungen, QS-Praxisevaluierung, Hygienekontrollen etc.), stellen zusätzliche Regulative dar, dass niemand länger in diese Liste eingetragen ist, als er/sie darf oder sein müsste.

Gleichwohl muss man sich aber fragen, ob sich wirkliche Beweise für Ärztemangel aus den Zahlen direkt ergeben oder ob sich nur Indizien zusammentragen lassen, die einer weiteren Interpretation bedürfen. Zu verlockend ist es, die Zahlen gemäß den eigenen Überzeugungen zu (miss)interpretieren. Empirisch lässt sich viel und genau quantifizieren, doch welche (verschiedenen) Aussagen lassen sich aus veränderten Zahlenreihen ableiten? Wären sinkende Ärztezahlen ein Signal für einen Mangel oder eher für die Redimensionierung eines Überangebotes? Ebenso lassen sich keine oder kaum Motivationen aus den Zahlenreihen ableiten. Entstehen steigende Zahlen dadurch, dass beispielsweise mehr Ärzte etwas können, wollen oder vielleicht sogar müssen? Oder bedeuten fallende Zahlen, dass etwas nicht mehr geht oder dass jemand nicht mehr will? Noch komplexer (und missbrauchsanfälliger für Ideologien) wird das Aussagengebäude, wenn man auf der Systemebene argumentiert, denn Ursache und Wirkung werden dabei oft verwechselt, Kreislaufprozesse übersehen, Metaphern überstrapaziert. Dennoch bilden solche systematischen Zahlenwerke eine Grundlage, in der sich – mit Gespür und Vorsicht – vielleicht doch schwache Signale entdecken lassen, die anzeigen, wohin der Zug aktuell fährt.

Der folgende Artikel ist um Neutralität in der verbalen Erläuterung der nackten Zahlen bemüht und wird (versuchen), Aussagen gemäß ihrer empirischen Evidenz (zu) treffen und Alternativen, Interpretationen, Vermutungen und Thesen als solche auch (zu) behandeln.

2 Und anderem sind nach § 59 (1) Z. 3 ÄG Ärzte „auf Grund einer länger als sechs Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung“ aus der Ärzteliste zu streichen.

2. Ärztezahlen und deren Entwicklung

Betrachtet man die Ärztezahlen in der Gesamtheit (alle Bundesländer, alle Fächer, alle Bereiche) über die letzten Jahrzehnte, so zeigt sich weiterhin ein kontinuierlicher Anstieg. Diese Daten sind aber Kammermitgliedschaften, und da Ärzte (vermehrt) in mehr als einem Bundesland tätig sind – und damit in mehr als einer Kammer verpflichtend Mitglied sind – sind diese Daten etwas höher als die Zahl echter physischer Personen.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung des Ärztstandes zwischen 1952 und 2014. Die bis zum Jahr 2005 in der Ärztekammer vertretenen Zahnärzte wurden für diese Darstellung herausgerechnet. Dabei zeigt die dunklere Fläche (überwiegend vor dem Jahr 2002) die entsprechende Zahl auf Basis der Kammermitgliedschaften. Ab dem Jahr 2002 konnte dieser „Verdopplungseffekt“ korrigiert und eine Datenreihe der tatsächlichen Personen erstellt werden (hellere Fläche, ab 2002). Dieser Anteil der Mehrfachzählungen steigt leicht, aber doch kontinuierlich an: Waren es 2002 noch 784 Personen (2,5 %), die in mehr als einem Bundesland eingetragen waren, sind es 2014 bereits 1.332 Personen (3,3 %). Ärztinnen und Ärzte werden also zunehmend mobiler.

Im Kontext einer regionalen Planung stellt sich aber die Frage, mit welchem Ausmaß man solche Mehrfachzählungen den einzelnen Bundesländern, unterschiedlichen Versorgungsregionen (Bezirken, Gemeinden, Ortschaften), Tätigkeitsbereichen (Anstellung/ Niederlassung), Fachrichtungen (bei Mehrfachausbildungen) oder Gesundheitsmärkten zurechnen soll.

Es zeigt sich, dass Ärzte oftmals ihr zeitliches Engagement auf unterschiedliche Berufssitze aufteilen (bzw. aufteilen müssen). Aus der Sicht des einzelnen Leistungsanbieters (also z.B. des Spitals) ist es ein Leichtes, anstelle von Kopfzahlen auf „Vollzeitäquivalente“ abzustellen – und damit Prinzipien der Kostenrechnung nachzukommen –, was aber nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass man aktuell immer mehr „Köpfe“ rekrutieren muss, um die (vielleicht konstanten) Vollzeitäquivalente voll zu bekommen. Andererseits sind sie manchmal abhängig von spezifischen Arbeitszeiten, die Beschäftigten nicht ausreichend ausgelastet. In solchen Situationen sind „zweite Standbeine“ (z.B. Ordination neben der Spitalstätigkeit) keine netten Nebenverdienste, sondern eine (ökonomische) Notwendigkeit.

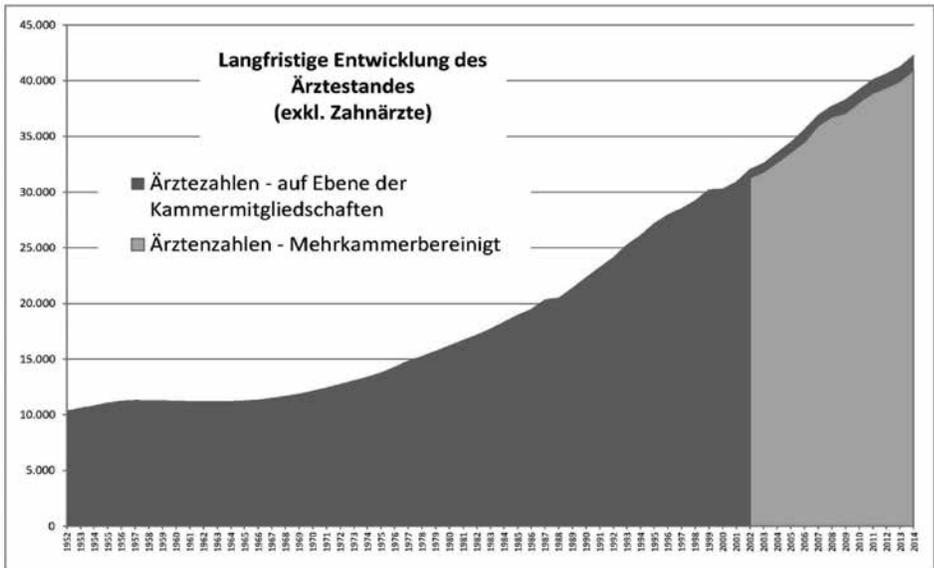


Abbildung 1: Entwicklung der Ärztezahlen

3. Status quo – Strukturelle Zusammensetzung des Ärztstandes

Einen Überblick über die Anzahl und Anteile der einzelnen Arztgruppen (Turnusärzte (TA), Allgemeinmediziner (AM), Fachärzte (FA))³, Sektoren (Anstellung, Niederlassung, Wohnsitzärzte⁴) sowie über die Geschlechter zeigt die folgende Abbildung. Hierbei sind die Überschneidungen zwischen den beiden Hauptsektoren (Anstellung und Niederlassung) erkennbar. Je nach Betrachtungsweise haben 26 % (6.127 von 22.895 Angestellten) bzw. 35 % (6.127 von 17.425 Niedergelassenen) der Mitglieder eines Sektors auch ein Standbein im anderen Sektor.

3 Approbierte Ärzte (N = 313) wurden hier für eine einfachere Darstellung den Allgemeinmedizinern zugerechnet.

4 Wohnsitzärzte sind lt. § 47 (1) ÄG „Ärzte, die ausschließlich solche regelmäßig wiederkehrende ärztliche Tätigkeiten ausüben beabsichtigen, die weder eine Ordinationsstätte (§ 45 Abs. 2) erfordern noch in einem Anstellungsverhältnis (§ 46) ausgeübt werden.“

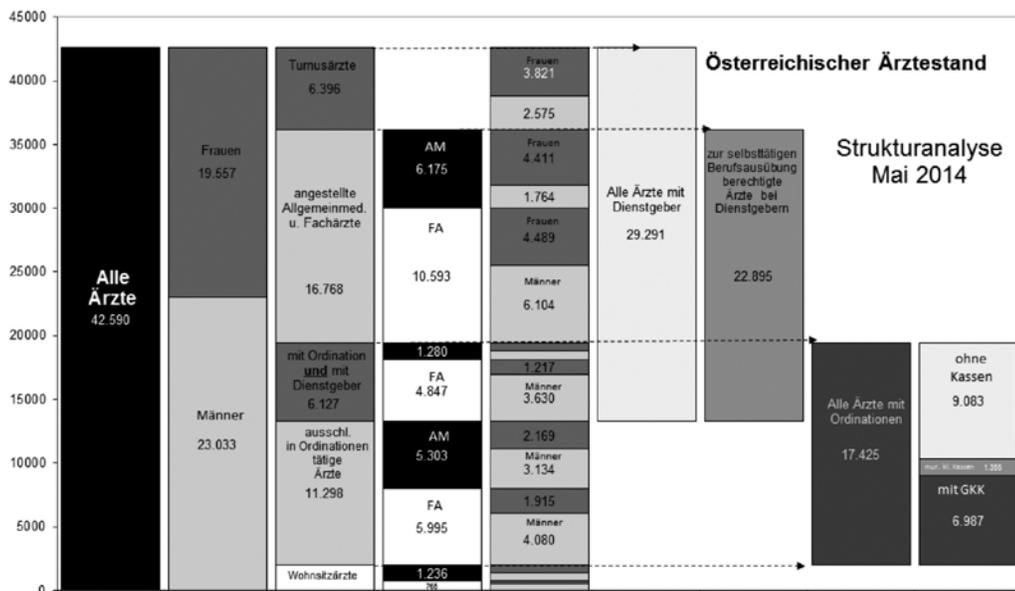


Abbildung 2: Strukturanalyse (Mai 2014)

„Dienstgeber“ bedeutet nicht notwendigerweise „Krankenhaus/Spital“. Die Bandbreite ärztlicher Beschäftigung hat sich in den letzten Jahrzehnten massiv verbreitert und inkludiert auch Ambulatorien, Institute, Arbeitsmedizinische Zentren, Psychosoziale Dienste, Ordinationen (sofern sie Ärzte anstellen), aber in vielen Fällen auch die Dienstverhältnisse von Schulärzten, Anstaltsärzten, Heeres- und Polizeiarzten etc. Überraschend hoch scheint der Anteil der Frauen unter den angestellten AM zu sein: (4.411 von 6.175 = 71,4 %). Diese Gruppe inkludiert auch Ärzte in Fachausbildung, sofern sie (davor) die Ausbildung zum AM absolviert haben und diese Funktion (z.B. als Stations- oder Notarzt) auch ausüben.

4. Die Medizin wird weiblich

Eine weitere kontinuierliche Entwicklung im ärztlichen Personalmarkt ist die Zunahme des Frauenanteils. Dies wird am einfachsten durch die Abbildung 3 verdeutlicht.⁵ Die Zunahme des Frauenanteils im ärztlichen Bereich folgt dem Muster des „Marsches durch die Institutionen“. Personeller Zufluss und damit die Verbreitung des Frauenanteiles erfolgt (überwiegend) von „unten“, durch neue eintretende Turnusärztinnen, die sich erst durch die postpromotionelle Ausbildung durcharbeiten müssen, um sich im Arbeitsmarkt profilieren zu können. Deshalb steigt der Frauenanteil in der Gesamtärzteschaft relativ spät. Gleichzeitig sieht man aber an den Endpunkten die heute bestehenden Unterschiede. Während inzwischen fast 46 % der AM Frauen sind, sind es bei den FA erst etwas über 35,2 %.

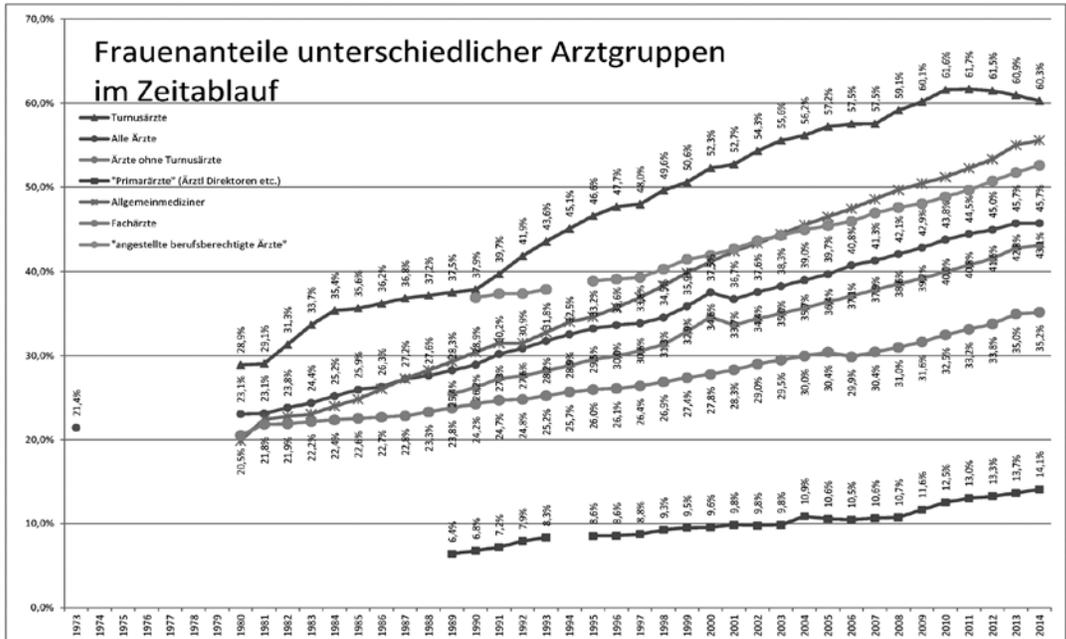


Abbildung 3: Frauenanteile unterschiedlicher Arztgruppen (Zeitreihe)

5 Da es sich hier um einen besonders großen Zeitraum handelt, ist man auf das Vorliegen historischer Auswertungen angewiesen, was die einzelnen Lücken in den Zeitreihen erklärt. Manche Zeitreihenbrüche sind nachträglich nur mehr schwer erklärbar. Der Zeitreihenbruch bei einzelnen Reihen im Jahre 2000 kann zurückgeführt werden auf eine Änderung des Ärztegesetzes, die den Effekt hatte, dass eine größere Anzahl „versteckter Pensionisten“ nicht mehr in den Statistiken aufscheint. In dieser Gruppe waren Frauen (wegen der höheren Lebenserwartung) überproportional stärker vertreten.

Die Gruppe der Primärärzte und ärztlichen Direktoren und Leiter stellt erst einen Frauenanteil von knapp über 14 %. Interessant erscheint dabei auch der Anteil unter den Turnusärzten, der in den letzten Jahren wieder rückläufig ist, was vermutlich mit der aktuellen Promoventensituation zu tun haben wird.

Diese Daten zeigen allerdings nur den stichtagsbezogenen Gesamtstand. Einen dynamischen Zugang zeigt die folgende Abbildung zeitraumbezogener Daten zu den Ersteintragungen und Anerkennungen.⁶

Die „Feminisierung“ des Berufsfeldes erfolgte also lange bevor sie medial artikuliert und damit in der Öffentlichkeit wahrgenommen wurde. Schon 1997 sind mehr als die Hälfte der Neueintragungen⁷ Frauen. Paradoxerweise erfolgte die Grenzüberschreitung bei dem Ereignis der „Anerkennung als AM“ (damals „Praktischer Arzt“) bereits drei Jahre vorher. Wie dies sein kann, wird unten („Karrierpfade“) erläutert werden.

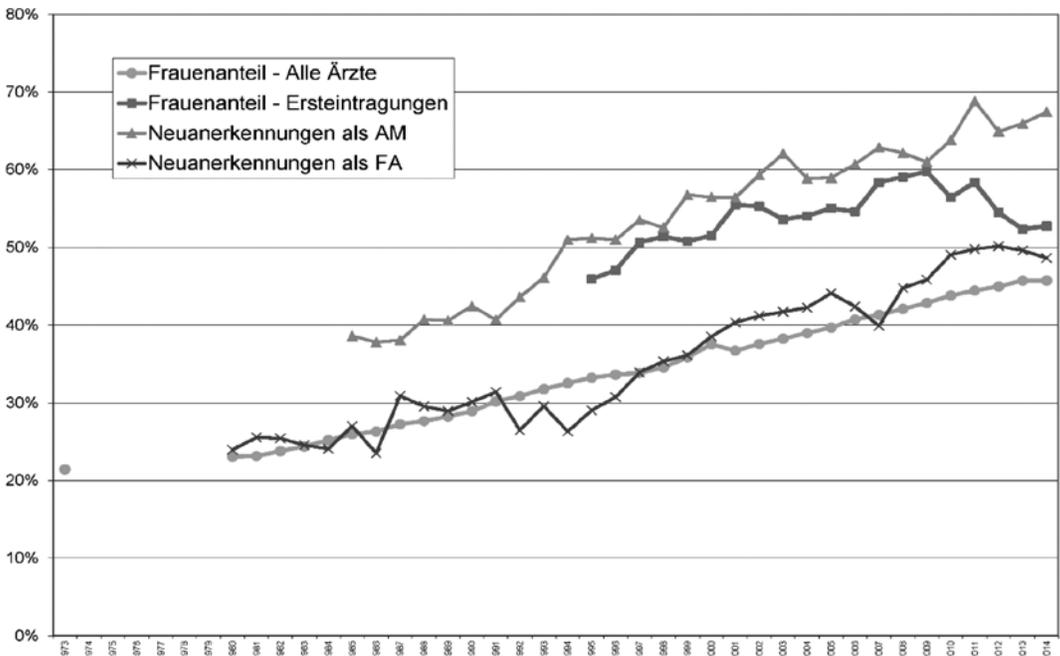


Abbildung 4: Frauenanteile bei zeitraumbezogenen Auswertungen

- 6 Auch hier gelten die oben erwähnten technischen Limitierungen, sodass manche Datenreihen erst dort zu laufen beginnen, wo man sie nachträglich noch auswerten oder genau rekonstruieren kann.
- 7 Erstmalige Eintragung einer Person in die Ärzteliste (unabhängig davon, ob als Turnusarzt oder als berufsberechtigter Arzt)

Die Frauenanteile bei den Fachanerkennungen steigen zwar ebenso, sind aber in Bezug auf die einzelnen Jahrgänge wesentlich niedriger und zirkulieren damit um den Frauenanteil der gesamten Ärzteschaft.

Die inhomogene Situation zwischen den Fachgruppen und die starken Veränderungen zeigt die folgende Abbildung.

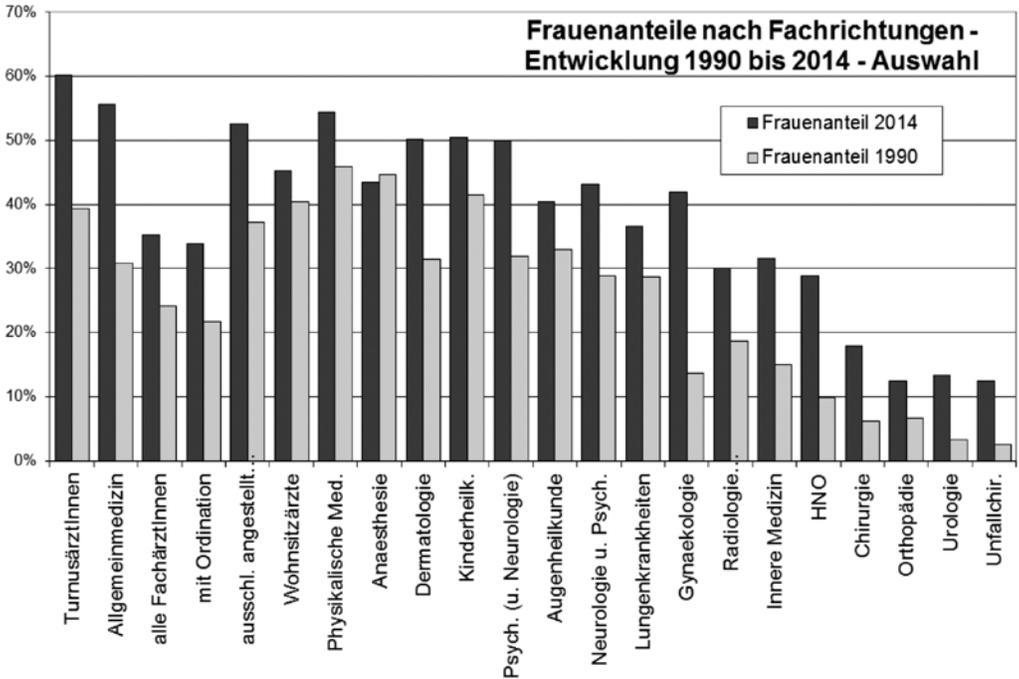


Abbildung 5: Frauenanteile einzelner ausgewählter Fachgruppen – eingetragene Ärzte (1990–2014)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Frauenanteile in jenen Bereichen hoch sind (bzw. schon früher hoch waren), die den traditionellen Rollenbildern „zugeschrieben“ werden können. In den chirurgischen Fächern hinken sie immer noch nach. Interessant ist dabei die Gynäkologie, in der sich vermutlich die rasanteste Entwicklung vollzogen hat.

5. Zwischen Uni und „Turnus“

Der ärztliche Ausbildungsweg besteht aus mehreren Etappen, die wahlweise oder additiv zum Tragen kommen. Soll man die Ausbildung zum Allgemeinmediziner machen, um ein solcher zu werden? Oder ist er nur eine (notwendige/überflüssige) Zwischenstation zum Endziel Facharzt? Also lieber gleich in die Fachausbildung? Und wo ginge das? Und wenn „Fach“, dann welches? Lieber auf eine freie Stelle erster Wahl warten? Oder lieber zweite Wahl zur Überbrückung und die Gefahr in Kauf nehmen, dass man dann dort „picken bleibt“? Und wie macht sich das alles im Lebenslauf? Und worin sich spezialisieren? Lieber die Zeit in ein Zusatzfach investieren oder doch gleich eine zweite Fachausbildung? Oder wie verlockend sind die Berufsmöglichkeiten im zweiten Gesundheitsmarkt? Den Allgemeinmediziner vielleicht nachholen – oder vielleicht doch lieber die Zeit in ein gut gewähltes Diplom wie Homöopathie, Akupunktur oder Psychotherapie investieren?

Doch schon auf der ersten Etappe – dem Weg von der Uni in die ärztliche postpromotionelle Ausbildung – gehen viele Absolventen verloren. Die aktuelle Dimension sei an den folgenden Daten erläutert.

Studienjahr		2005/06	2006/07	2007/08
Absolventen der 3 österr. öff. Med. Universitäten + PMU ⁸ *)		1.569	1.456	1.835
davon jemals in die Ärzteliste eingetragen **)		1.297	1.210	1.408
Drop-out I	abs.	272	246	427
rel. (in % der Absolventen)		17,3 %	16,9 %	23,3 %
davon im Mai 2014 ärztlich tätig		1.107	1.028	1.190
Drop-out II	abs.	190	182	218
rel. (in % der Eintragungen)		14,6 %	15,0 %	15,5 %
Drop-out	Gesamt	462	428	645
		29,4 %	29,4 %	35,1 %

Tabelle 1: Drop-out zwischen Studium und ärztlichem Beruf

8 Paracelsus Medizinische Privatuniversität (Salzburg)

Tabelle 1 aggregiert die Daten nach Studienjahren, d.h. Absolventen z.B. des Studienjahres 2005/06 sind immer in der Spalte 2005/06 erfasst, auch wenn die Eintragung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt ist.

Unter dem Begriff „Drop-out I“ sind jene Personen erfasst, die zwar in Österreich in Medizin promoviert haben (Inländer und Ausländer), die aber bis jetzt nicht hier ärztlich tätig geworden sind. Nationalökonomisch gesprochen also ein Output des Bildungssystems, der nicht als Input in das Gesundheitssystem umgesetzt worden ist. Unklar ist dabei natürlich die Ursache dieses Verlustes: Ist der medizinische Beruf nicht mehr attraktiv genug (liegt es also daran, dass man trotz absolviertem Studiums nicht mehr Arzt werden will) oder will man es, aber nicht in Österreich oder vermag das System nicht alle aufzunehmen? Und selbst wenn es sie aufzunehmen vermag, wie lange vermag es sie zu halten? Betrachtet man die neu eingetragenen Ärzte hinsichtlich der Tatsache, ob sie aktuell ärztlich tätig sind, so ergibt sich auch hier ein „Personalschwund“ in der Größe zwischen 10 % und 18 % (Basis = eingetragene Ärzte). Dass dieser Wert im letzten Beobachtungsjahr am niedrigsten ist, liegt in der Beobachtungsmethode und kann aktuell nicht als positives Signal gewertet werden. Jedenfalls ist auch dies ein beachtlicher Wert an Jungmedizinerinnen, die das österreichische Gesundheitssystem verloren hat, auch wenn ein Teil vielleicht wiederkehrt. Doch wo liegen die Ursachen?

	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	Mittelwert (2007–2011)
	1.815	1.726	1.465	1.413	1.651
	1.456	1.331	1.030	984	1.242
	359	395	435	429	409
	19,8 %	22,9 %	29,7 %	30,4 %	24,8 %
	1.245	1.163	927	905	
	211	168	103	79	
	14,5 %	12,6 %	10,0 %	8,0 %	
	570	563	538	508	
	31,4 %	32,6 %	36,7 %	36,0 %	

*) um Mehrfachzählungen zu vermeiden, wurden nur Diplomstudien gezählt, exkl. Doktoratsstudien (n = 20/42/68/76/89/114/142)⁹

**) Auswertungsstand Mai 2014: Für die Zuordnung der Promoventen zu Studienjahren wurde angenommen, dass Studienjahre jeweils vom 01. September bis 31. August dauern

9 Datenquelle: uni:data, Datawarehouse Hochschulbereich des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft; https://oravm13.noc-science.at/apex/?p=103:6:0::NO::P6_OPEN:N

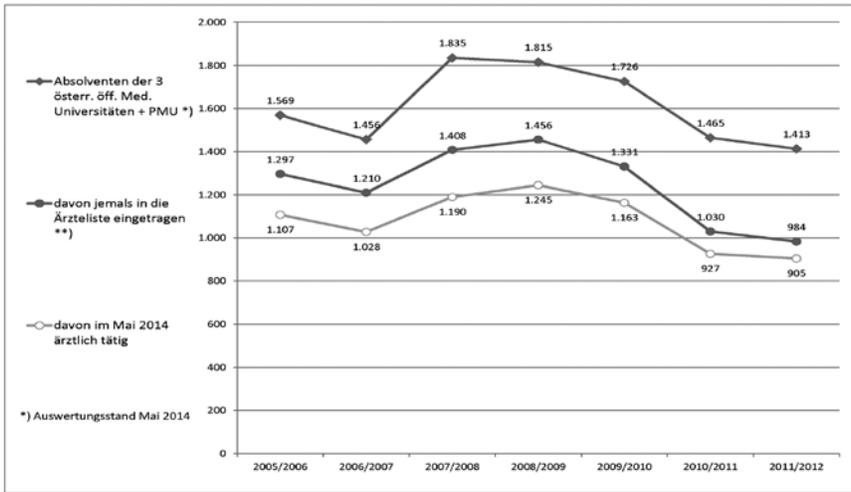


Abbildung 6: Drop-out zwischen Universität und ärztlicher Tätigkeit (absolute Werte)

Die Eintragungen scheinen in den einzelnen Jahren jeweils (auf niedrigerem Niveau) den Absolventenzahlen zu folgen, weshalb angenommen werden kann, dass die Absolventenzahlen die dominanteren der beobachteten Größen ist. Weiters handelt es sich dabei (in % betrachtet) um ein zunehmendes Phänomen.

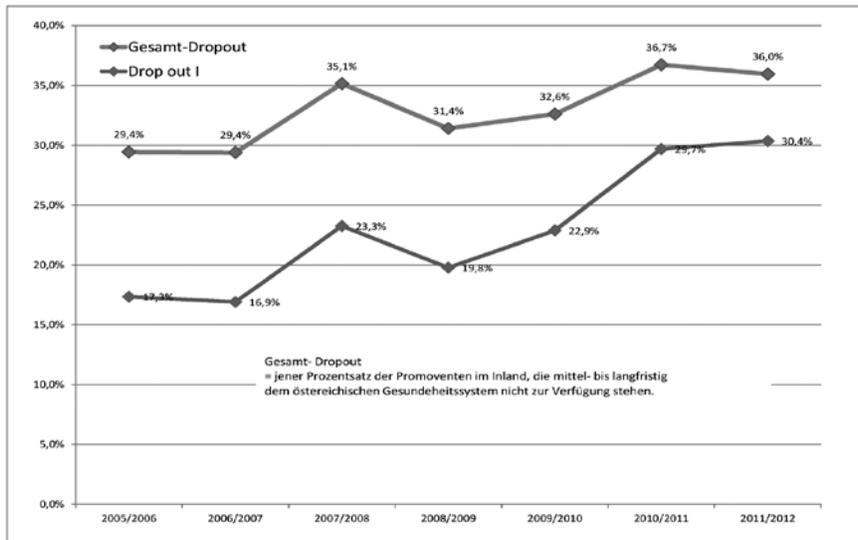


Abbildung 7: Drop-out zwischen Universität und ärztlicher Tätigkeit (Prozentwerte)

Doch wie verhält es sich wirklich mit der Aufnahmefähigkeit des Systems, wie groß ist der Zustrom?

6. Neue Ärzte braucht das Land – Zustrom

Seit Jahren führt die ÖÄK eine strukturierte Auswertung der jährlichen Neueintragungen durch. Im Zeitpunkt der ersten Eintragung (einer Person) in der Ärzteliste wird festgestellt:

- Als was erfolgte die Eintragung? (als TA/AM/FA)
- Im Fall der Turnusärztinnen und -ärzte: Wo erfolgte die Promotion?
- Welche Staatsbürgerschaft besteht zum Eintragungszeitpunkt?

Damit lässt sich die „Migration“ bzw. deren in die Tat umgesetzte Absicht ein wenig abschätzen.

Den Hauptanteil der Neueintragungen stellen weiterhin die Inlandspromoventen (In- und Ausländer). Die Auslandspromoventen (und hier vor allem deutsche Universitäten) steigen zwar ein wenig an, erreichen jedoch damit nur „Höchststände“, deren Niveau bereits aus früheren Jahren bekannt ist. Ebenso dezent zunehmend sind die neu eingetragenen berufsberechtigten Ärztinnen und Ärzte.

Innerhalb dieser Gruppe überwiegen bei weitem deutsche Ärzte und zuletzt in Folge der EU-Osterweiterung etwas vermehrt Ärzte aus den östlichen Nachbarländern. Große Einwanderungswellen haben aber bisher nicht stattgefunden, auch wenn angenommen werden kann, dass die Arbeitsbedingungen in Österreich besser honoriert werden als in den östlichen Nachbarländern. Dies scheint im Wesentlichen an den hohen Spracherfordernissen zu liegen, die dieser Beruf mit sich bringt.

Interessant ist auch die Detailbetrachtung der „Inlandspromoventen“. Denn es zeigt sich, dass die Anzahl der Inländer innerhalb dieser Gruppe stärker sinkt als die Gesamtanzahl. Die Anzahl der nicht österreichischen Staatsbürger¹⁰ ist in den letzten Jahren etwas angestiegen (2010: 78, 2011: 100, 2012: 116, 2013: 127). Diese Werte sind zwar noch eher gering und unterliegen einer gewissen Zufälligkeit, ob es sich hierbei aber um eine Verdrängung oder um eine Kompensation handelt, ist eine schwierige Frage, die wir aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nicht beantworten können.

10 Studenten nicht österreichischer Staatsbürgerschaft an österreichischen Universitäten, die geblieben sind, um ihre postpromotionelle Ausbildung hier zu beginnen.

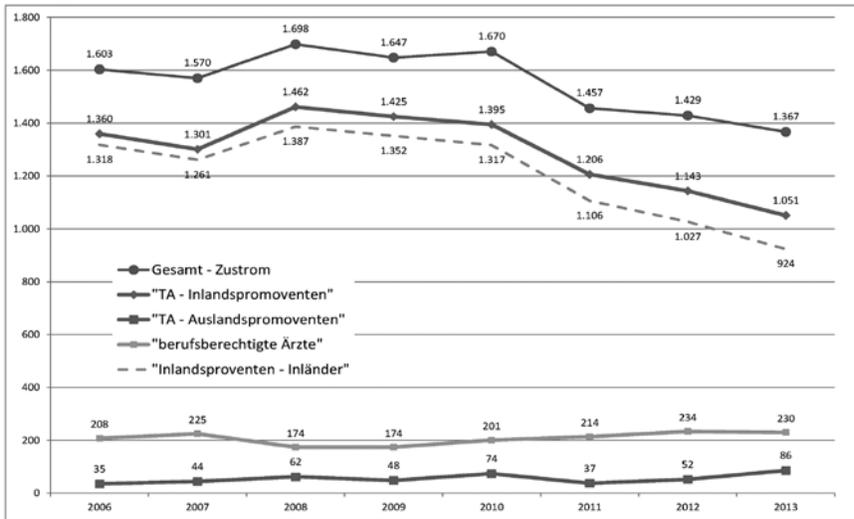


Abbildung 8: Jährlicher Zustrom

7. Karrierepfade – Wege und deren zeitlichen Komponenten

Die Unwägbarkeiten der ärztlichen Karriereplanung, denen der einzelne Arzt ausgesetzt ist, schlagen sich in den Datenwerken auch in Form einer schwer durchschaubaren Komplexität nieder. Um diese Phänomene leichter zu durchblicken, sind Vereinfachungen notwendig. So wie die folgende: „Was ist aus den einzelnen inländischen Promotionsjahrgängen bis heute („in Österreich“) geworden?“¹¹ Und um es etwas übersichtlicher zu machen, interessieren uns nur die vier (überschneidungsfreien) Kategorien:

- ausschließliche Allgemeinmediziner (d.h. keine abgeschlossene Fachausbildung),
- ausschließliche Fachärzte (keine Anerkennung als Allgemeinmediziner),
- Anerkennung als Facharzt und als Allgemeinmediziner,
- keine Anerkennung.

¹¹ Auslandskarrieren schlagen sich in der Ärzteliste nur in Folge erworbener Anerkennungen nieder und auch nur dann, wenn Ärzte zurückkehren, um hier wieder ärztlich tätig zu werden.

Analysen wie diese haben natürlich so etwas wie einen Ereignishorizont, d.h., ihre Sichtweite ist durch gesetzliche Rahmenbedingungen und die damit verbundenen „Datenreichweiten“ beschränkt. Diese Auswertung umfasst alle Ärztinnen (Ärzte), die in Österreich promoviert haben und wenigstens einen Tag in Österreich tätig waren. Ebenso umfasst sie alle Anerkennungen (auch ausländische), sofern die Ärzte in Österreich ärztlich tätig geworden sind. Nicht umfassen kann sie allerdings all jene Ärztinnen (Ärzte), die Österreich „dauerhaft“ (also bis zum Auswertungszeitpunkt) verlassen haben. Ebenso sind keine Personen erfasst, die zwar in Österreich, aber eben nicht ärztlich tätig sind.

Diese Statistik beobachtet einen laufenden Prozess, und je näher das Promotionsjahr zum Auswertungszeitpunkt liegt, desto mehr werden sich diese Daten bei zukünftigen Auswertungen verändern können. Beispiel: Der Promotionsjahrgang 1980 wird im Wesentlichen (auf Basis der o.a. Klassifikation) seinen Karriereweg schon abgeschlossen haben, weshalb eine Wiederholung dieser Untersuchung für diesen Jahrgang auch im nächsten Jahr die (vermutlich) selben Ergebnisse bringen wird. Hingegen wird in einem Jahr ein Teil des Promotionsjahrganges 2010 seinen Karriereweg fortgesetzt haben, mehr Ärzte werden inzwischen z.B. AM geworden sein und damit wird die Auswertung für die jüngeren Jahrgänge andere Werte liefern. Nachdem die einzelnen Jahrgänge einer großen Schwankung unterliegen, erscheint die Grafik in zwei Versionen: einmal absolut und einmal relativ:

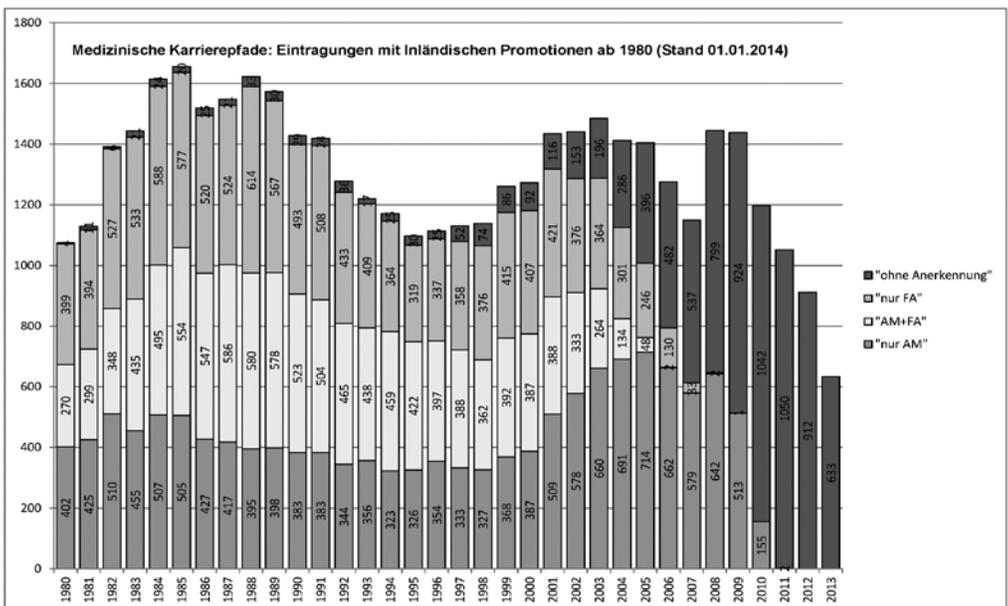


Abbildung 9: Ärztliche Karrierepfade inländischer Promotionsjahrgänge (absolute Werte)

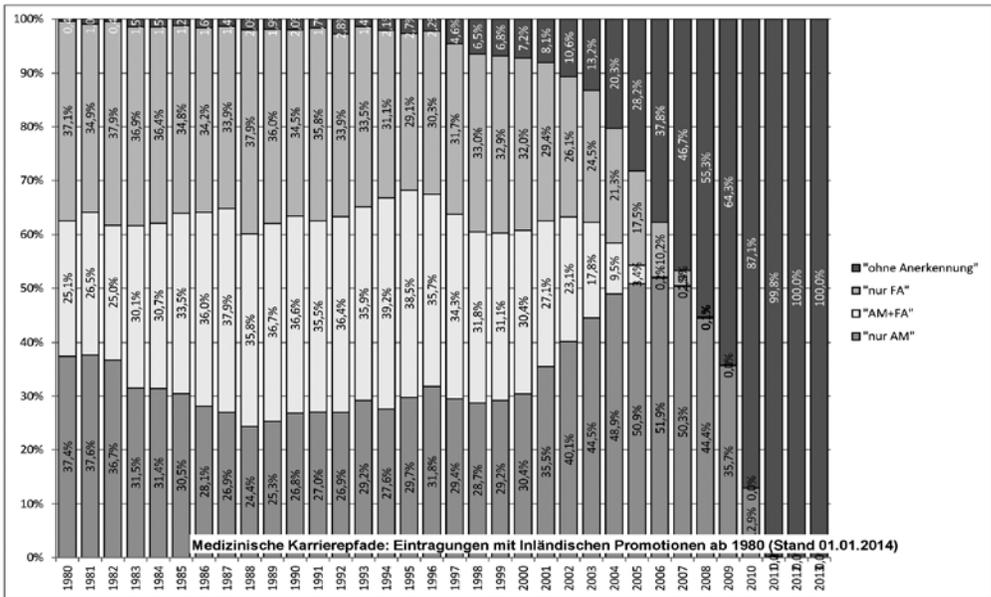


Abbildung 10: Ärztliche Karrierepfade inländischer Promotionsjahrgänge (Prozentwerte)

Gut erkennbar ist hierbei die Dualität der Facharztausbildung, d.h. dass ein Teil der FA direkt in die Facharztausbildung geht, ein anderer Teil der Fachärzte vorher den Allgemeinmediziner absolviert. Die Gruppen scheinen annähernd in etwa gleich groß, d.h., etwa die Hälfte der FA verfügt auch über eine Anerkennung als AM und hat deshalb entsprechende Ausbildungszeit investiert. Die oben angeführten „Ereignishorizonte“ zeigen sich auch in den Ergebnissen: Die hohen Anteile der reinen AM bzw. der Ärzte ohne Anerkennungen in den Jahrgängen ab 2002 liegen vor allem daran, dass ein Großteil der betroffenen Ärzte noch gar nicht ausreichend Zeit hatte, um die entsprechenden Anerkennungen zu erwerben.

Man sieht hier aber auch schon, welche „Verluste“ auftreten und welche „Überkapazitäten“ das System erfordern würde. Betrachtet man beispielsweise das Promotionsjahr 2004 (also heute vor 10 Jahren), so wäre eigentlich ausreichend Zeit gewesen, dass alle Ärzte ihre postpromotionelle Ausbildung abschließen (können). Dennoch verfügen etwa 20 % über keine „messbare“ Anerkennung. Jedenfalls sind es 20 % (1/5) einer (an sich schon reduzierten) Population, die dem österreichischen Gesundheitssystem entweder gar nicht oder noch nicht vollständig (d.h. nur als Ärzte in Ausbildung) zur Verfügung stehen.

Die Auflösung einer weiter oben gestellten Frage ist noch offen: Warum ist der Frauenteil der neu anerkannten AM in einem Jahr höher als der der Neueintragungen? Gibt es also geschlechtsspezifische Karrierewege? Dass dies tatsächlich

so ist, zeigt sich, wenn man die oben angeführte 4-Fach-Teilung (AM/AM+FA/FA) geschlechtsspezifisch einander gegenüberstellt:

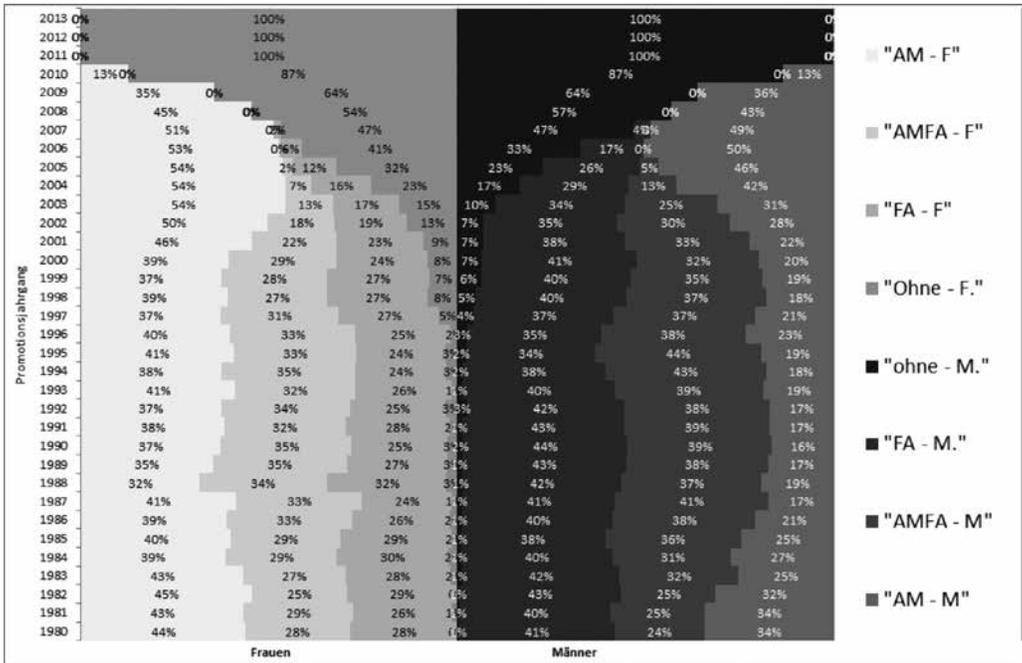


Abbildung 11: Geschlechtsspezifische Karrierepfade inländischer Promotionsjahrgänge

Wie sich zeigt, haben die Frauen einen etwa 10- bis 20 %-Punkte Vorsprung in der Kategorie „nur AM“, während die Männer diesen in der Kategorie „nur FA“ haben. Zählt man die Kategorie „AM+FA“ ebenfalls dazu, so stellt auch diese Sammelgruppe unter den Frauen einen 10–17 % höheren Anteil. Es darf also davon ausgegangen werden, dass Frauen tendenziell eher in die (reine) AM-Ausbildung gehen bzw. Fachausbildung erst nach dem AM machen, während der Karrierepfad „nur FA“ tendenziell von mehr Männern beendet wird. Wobei auch hier offen bleiben muss, ob es sich dabei tatsächlich um die Intention der Betroffenen handelt (sie dies also von vornherein so wollten) oder ob es das faktische Ergebnis ist, welches sich durch Präferenz, Konkurrenz, Mehrfachbelastung, Bevorzugung, Diskriminierung etc. ergibt. Ebenso muss die Frage (unbeantwortet) bleiben, ob in den Gruppen, in denen die Frauen dominieren, sie dort die Männer verdrängt oder die „fehlenden“ Männer kompensiert haben, bzw. welches der Momente in welchem Ausmaß hier zu tragen kommt.

Diese Ergebnisse zeigen, dass große Gruppen (z.B. TA und AM) inzwischen von Frauen dominiert werden, was bedeutet, dass im Fall von Nachbesetzungen die Arbeitsbedingungen entsprechend gestaltet sein müssen, um potentielle weibliche Nachfolger in adäquater Menge anlocken oder langfristig halten zu können.

Doch neben dieser langfristigen Betrachtung stellt sich die Frage nach den zeitlichen Komponenten bzw. deren Veränderungen: „Wie alt sind die Ärzte zum Zeitpunkt ihrer Berufsberechtigung?“ Oder: „Wie lange dauert die Ausbildung?“

Genaugenommen sind dies zwei Fragen, und die Ursache jeglicher Veränderung hat drei Komponenten:

- *Wie lange dauert die universitäre Ausbildung und wie alt sind die angehenden Ärzte, wenn sie mit dem Studium fertig sind?*
- *Wie viel Zeit vergeht zwischen Promotion und Ersteintragung?* Diese Daten lassen sich zwar ebenfalls exakt erheben, das Ergebnis ist aber durch eine Reihe Störfaktoren überaus verwässert. Denn die Aufnahme einer Tätigkeit bedeutet noch nicht, dass dies schon die Ausbildung ist, die angestrebt wurde oder die abgeschlossen werden kann. („Wartezeit auf den Turnus“ wird also ersetzt durch „Wartezeit im Turnus“)
- *Wie lange dauert die postpromotionelle Ausbildung?*

Im Kontext dieser Fragestellung interessiert uns hier nur der Gesamteffekt, d.h., wie alt sind die Ärzte bei ihrer ersten Berufsberechtigung? Und gibt es Entwicklungstendenzen? Doch zwei systembedingte Aspekte gibt es zu beachten:

- Um die Störfaktoren atypischer Karriereverläufe zu umgehen, werden nur Fälle aus dem klassischen Muster „inländische Promotion – inländische Berufsanerkennung“ betrachtet.
- Duale Ausbildung: Es gilt zu unterscheiden, ob man direkt in die Facharztausbildung geht oder vorher den AM absolviert.

In einzelnen Fächern kommt man leicht in den Bereich der kleinen Zahlen und damit verzerren personen- oder fachspezifische Faktoren das Ergebnis. Deswegen betrachten wir nur die AM und die vier großen Fachrichtungen Innere Medizin, Gynäkologie, Kinderheilkunde und Urologie hinsichtlich des Durchschnittsalters bei der Fachanerkennung.

Mit Ausnahme der Urologie zeigen alle beobachteten Fachrichtungen eine fallende Trendgerade. Erwartungsgemäß ist die Kurve bei den Fachrichtungen etwas erratischer als bei der Allgemeinmedizin (kürzere Ausbildung). Nur die Innere Medizin (größte Gruppe) zeigt in den letzten Jahren eher gleitende Mittelwerte. Die absoluten Werte bedeuten aber, dass Ärzte und im Speziellen Fachärzte (ver-

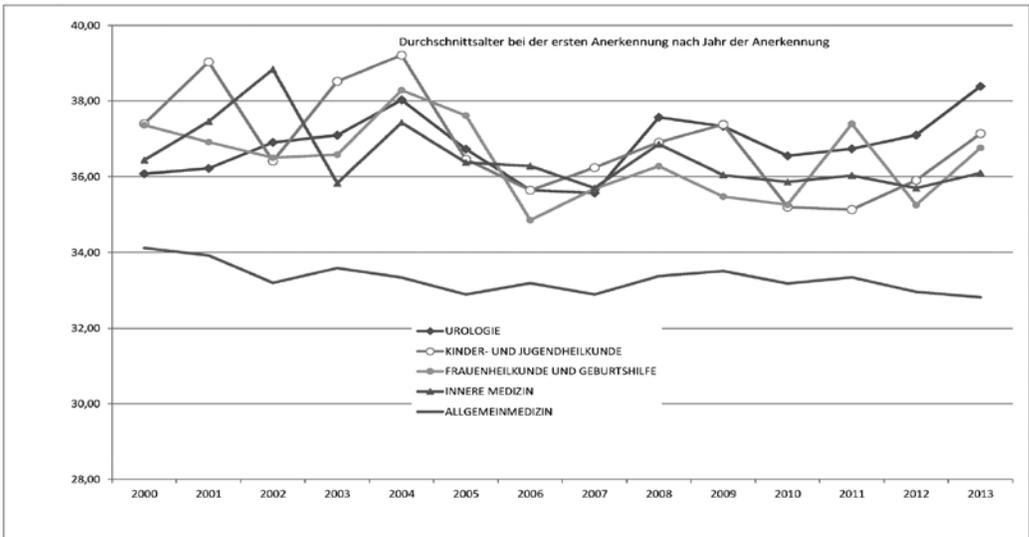


Abbildung 12: Durchschnittsalter bei der ersten Berufsanerkennung (AM, Innere Medizin, Gynäkologie, Urologie)

glichen mit anderen Berufsgruppen) relativ „alt“ sind, wenn sie erstmals eine Berufsberechtigung erwerben (die hier angeführten Fachrichtungen inkludieren nur jene Ärzte, die direkt in die Fachausbildung gehen)¹².

Konzentriert man die Auswertung hingegen auf die vier angeführten Fachrichtungen, betrachtet das Durchschnittsalter und unterscheidet zwischen jenen, die direkt ins Fach gegangen sind, und jenen, die zuerst den Allgemeinmediziner absolviert haben (letzte Gruppe ist in obiger Auswertung nicht enthalten), so zeigen sich sehr differenzierte fachgruppenspezifische Kurvenverläufe

Die Urologie zeigt in beiden Kurven eine steigende Trendgerade. Fast alle anderen Kurven zeigen eine leicht fallende Tendenz. Bei der Kinderheilkunde liegen beide Kurven nahe beieinander, was bedeutet, dass die Ärzte bei der Fachanerkennung im Durchschnitt eher gleich alt sind, ohne dass eine eventuell vorher absolvierte AM-Ausbildung einen großen Unterschied machen würde.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass Ärzte bei ihrer Berufsberechtigung zwischen 35 und 39 Jahre alt sind. Dies bedeutet, dass sich Stellenwerber in einer altersadäquaten sozialen Situation befinden, was wiederum entsprechende Implikationen für Erwartungen an Einkommen und Arbeitsbedingungen zur Folge hat.

¹² Genaugenommen müsste es lauten: „nur jene Ärzte die nur eine Fachanerkennung erworben haben.“ Theoretisch können in dieser Gruppe nämlich auch Ärzte enthalten sein, die zwar die Allgemeinmedizin vollständig absolviert haben, sich aber niemals das dazugehörige Diplom abgeholt und auch nicht die Allgemeinmedizin ausgeübt haben.

Gleichzeitig kann aber auch die aktuell leicht fallende Trendgerade des Durchschnittsalters bei Anerkennung ein Indiz dafür sein, dass wir uns aus einer Situation des Ärzteüberangebotes in eine des Ärztemangels bewegen.

8. Wahlärzte

Dieser Exkurs ist notwendig, werden doch die Wahlärzte oftmals im Zuge der Versorgungsplanung als „Reservearmee“ bei drohendem Ärztemangel angesehen. Doch wie genau lassen sich die Wahlärzte begreifen, stehen sie doch in mehrfacher Hinsicht zwischen (oder in) den Bereichen, die man in der vereinfachten Darstellung und politisch beauftragter Analyse gern durch Demarkationslinien getrennt sieht, die es aber de facto nicht sind. Zum einen stehen sie an der Grenze zwischen dem niedergelassen/freiberuflichen und dem angestellten Bereich, zum anderen zwischen dem kassenärztlichen und dem privatmedizinischen Bereichen. Einen Überblick gibt die folgende Abbildung:

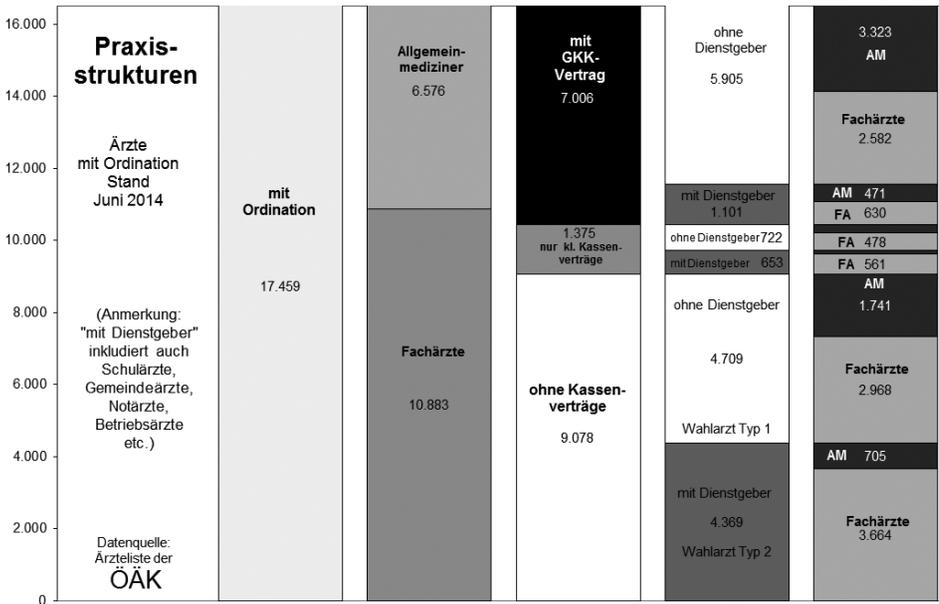


Abbildung 13: Praxisstrukturen

Die Zahl der Kassenärzte stagniert in den letzten Jahren, da die bundeseinheitlichen Träger und die KfAs sich in ihrer Vergabepaxis an den Neuinvertragnahmen und dem Stellenplan bei den Gebietskrankenkassen orientieren und diese Verträge (trotz wachsender Gesamtbevölkerung) nicht ausgeweitet werden. Stark gewachsen ist allerdings der Anteil der Ärzte ohne Kassenverträge (um 23 % innerhalb von 5 Jahren). Aber wie stellt sich diese Gruppe im Detail dar? Für den überwiegenden Anteil ist die Ordinationstätigkeit die einzige Beschäftigung, weniger als die Hälfte betreibt die Ordination neben einer Anstellungstätigkeit. In beiden Kategorien dominieren die FA (im Gegensatz zum Kassenbereich, in dem die AM mengenmäßig dominieren). Damit gibt es aber bereits mehr Wahlärzte als Kassenärzte, auch wenn man natürlich annehmen muss, dass nebenberufliche Wahlärzte nicht so viel zeitliches Engagement in ihre Ordinationstätigkeit legen (können) wie hauptberufliche Wahlärzte. Wenn man berücksichtigt, dass Investitionskosten für Facharztpraxen höher sind als für allgemeinmedizinische Praxen und dass es aufgrund der zwingen QS-Evaluierungen, Hygienekontrollen und sonstiger Betriebsauflagen vermutlich so gut wie keine „Liebhaber-“ oder „Steuerpraxen“ mehr gibt, so stellt sich die Frage, wie sich diese Praxen finanzieren? Aus dem Sozialversicherungsbereich kann nur ein Bruchteil kommen, denn in Relation zu den Kassenhonoraren geben die Krankenkassen für Wahlärztrückersätze gerade einmal 6 % aus. Das heißt, der Rest muss aus der privaten Krankenversicherung bzw. vollkommen und direkt aus den privaten Taschen der Patienten kommen.

Damit bleibt fraglich, wie sehr der Typus des reinen Wahlarztes in diesem Bereich verwurzelt ist und ob die hauptberufliche Wahlarztztätigkeit eine zielgerichtete Konzentration auf diesen „Markt“ (unter den Rahmenbedingungen ökonomischer Überlegungen oder bewusster Work-Life-Balance-Entscheidungen) oder ein Kompromiss aufgrund mangelnder anderer Beschäftigungsmöglichkeiten ist.

Verallgemeinerungen wären gefährlich, denn es gibt im Setting dieser Fragestellung sicherlich regionale und fachspezifische Unterschiede sowie Unterschiede im Patientenverhalten den qualitativen und quantitativen Zugang zu einzelnen Leistungen betreffend, die Nachfrage dazu und in Folge dessen die Selbstleistungsbereitschaft betreffend. Diese Unterschiede lassen sich auch in folgender Gegenüberstellung von vier Fachgruppen erkennen:

Die vier ausgewählten Fachrichtungen zeigen sehr starke strukturelle Unterschiede zwischen den Bereichen Anstellung und/oder Niederlassung. Gynäkologie und Augenheilkunde haben eine sehr große „Niederlassungsneigung“, d.h. dass sehr große Anteile der Fachgruppenmitglieder eine Ordination betreiben (entweder ausschließlich oder zusätzlich zu einer Anstellung). Es kommen unterschiedliche Momente als Verursacher dieser Strukturen in Frage, die man neudeutsch als

Fachgruppenvergleich (04/ 2014)	Innere Medizin		Gynäkologie		Augenheilkunde		Kinderheilkunde	
Ausschließlich angestellte Ärzte	2047	52%	420	24%	178	20%	654	50%
Ärzte mit Anstellung und Ordination	887	23%	528	30%	232	26%	200	15%
Ausschließlich in Ord. tätige Ärzte	859	22%	774	44%	453	50%	394	30%
Wohnsitzärzte	113	3%	37	2%	39	4%	52	4%
Gesamt	3906		1759		902		1300	
Anteil ord.führenden Ärzte	1746	45%	1302	74%	685	76%	594	46%

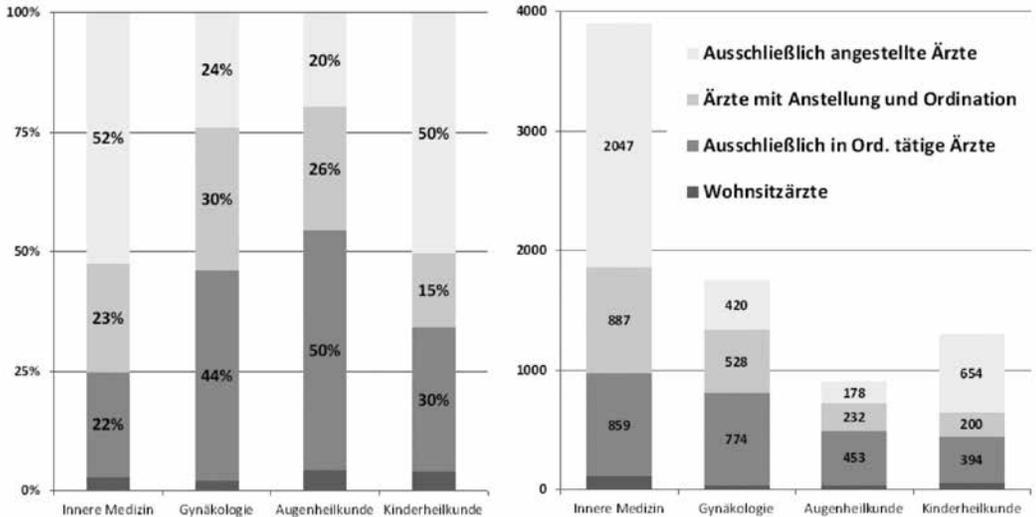


Abbildung 14: Niederlassungsneigung ausgewählter Fachgruppen

Pull- und Push-Faktoren klassifizieren kann, indem beispielsweise spezifisches Patienten- und Nachfrageverhalten als Magnet für Niederlassungstätigkeit funktioniert oder dass fach- oder stellenspezifische Strukturen (z.B. keine Nachtdienste, reduzierte Dienstzeiten, „halbe Stellen“) Nebentätigkeiten mehr oder weniger begünstigen oder vielleicht sogar ökonomisch erzwingen. Auf jeden Fall muss die These der „Reservearmee“ für weite Bereiche angezweifelt werden, zumal ja auch ein nicht unwesentlicher Teil bereits (jetzt schon) in Anstellung tätig ist.

9. Altersstruktur der Ärzteschaft

Nachdem wir gesehen haben, wie es um den ärztlichen Nachwuchs steht, wollen wir nun die Altersstruktur der österreichischen Ärzte näher betrachten:

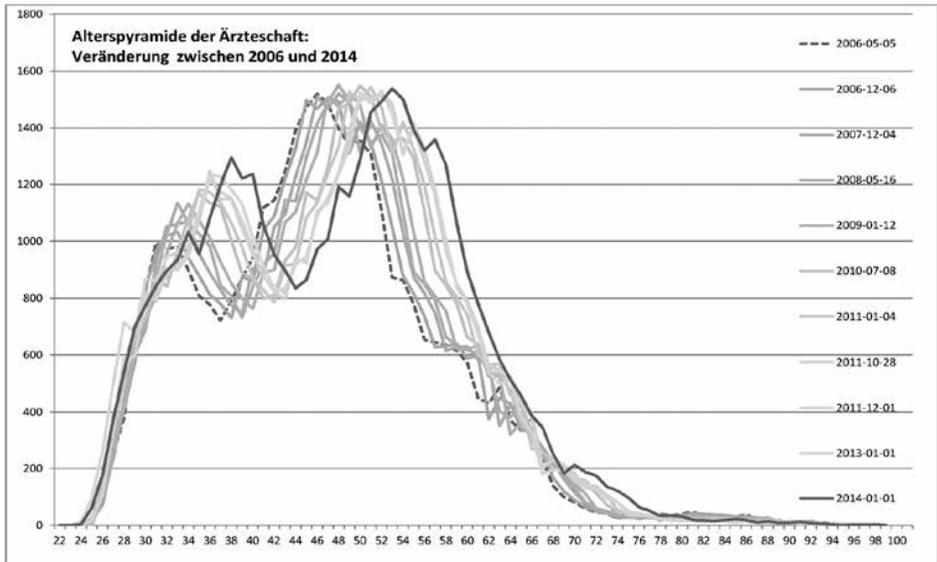


Abbildung 15: Alterspyramiden (2006 bis 2014)

Betrachtet man die Veränderung der Alterspyramide, so zeigt sich sowohl eine kontinuierliche Entwicklung als auch die dramatische Veränderung in dem doch kurzen Zeitraum von 2006 bis 2014.¹³ Der Ausgangspunkt und der (vorläufige) Endpunkt dieser Entwicklung sind eigens markiert (dunkel): Es zeigt sich eine massive Rechtsverschiebung, d.h. eine Alterung der Population. Die Altersklassen > 52 Jahre und die Klassen 32 bis 40 Jahre haben zugenommen, die Klassen 40 bis 52 Jahre hingegen haben abgenommen. Die aktuelle Gesamtkurve ist eine zweigipflige Verteilung, wobei sich die Gipfelhöhen gegenüber dem Ausgangspunkt quantitativ angenähert haben und aktuell bei 38 und 53 Jahren liegen. Demnach hat sich auch das Durchschnittsalter erhöht und zwar

¹³ 2006 wurde deshalb als Ausgangsbasis gewählt, weil im Jahre 2005 die Zahnärzte aus der Österreichischen Ärztekammer ausgeschieden sind und daher ab dem Jahr 2006 eine Population betrachtet werden kann, die keinen Veränderungen durch Systembrüche unterworfen war.

- bei den AM von 46,9 auf 48,5 Jahre,
- bei den FA von 49,3 auf 51,2 Jahre
- und auch bei den Turnusärzten von 32,0 auf 32,6 Jahre.

Wie aber steht es bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten?

Als „angestellt“ ist hier jede/jeder erfasst, die/der ihrer/seiner ärztlichen Tätigkeit in Form einer Anstellung (Spital oder Nicht-Spital, Voll- oder Teilzeit) nachgeht, unabhängig davon, ob die Tätigkeit auch in der Niederlassung ausgeübt wird. Es zeigt sich die Dominanz der FA, dies vor allem auch unter dem Aspekt, dass sich innerhalb der AM auch Ärzte in Ausbildung befinden, die zwar schon den AM erworben haben, aber weiterhin in einer Fachausbildung stehen.

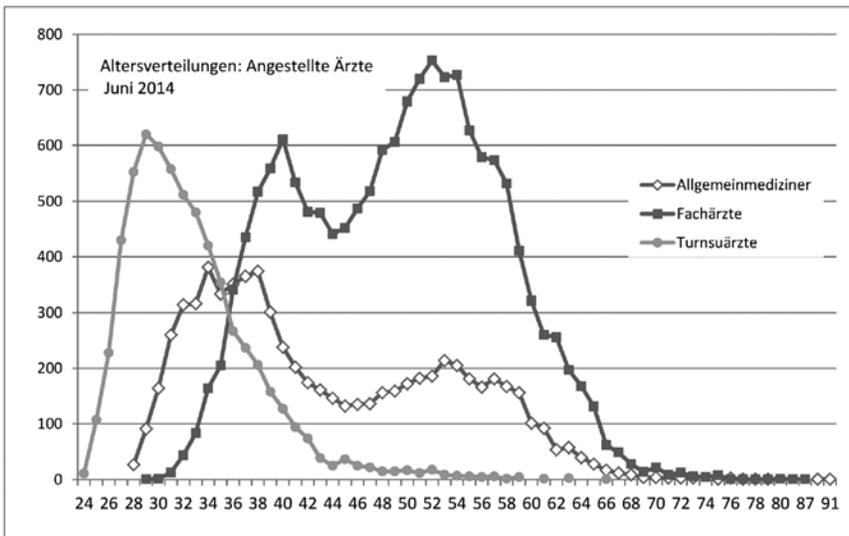


Abbildung 16: Altersverteilung angestellter Ärzte I

Verwundern mag auch, wie sehr sich die Kurve der Turnusärztinnen und -ärzte nach rechts zieht und damit Altersklassen markiert, die man eher nicht mit post-promotioneller Ausbildung assoziiert, die aber anzeigt, dass es vermehrt spätere Wiedereinstiege oder zweite Bildungswege gibt. Dieses zunehmende Phänomen verzerrt dann Mittelwertberechnungen, zeigt aber auch, dass „ältere Semester“ in diesem Arbeitsmarkt ihre Chancen haben, was man wiederum als Indiz werten kann, dass der Konkurrenzdruck abgenommen hat, was ein Vorzeichen für Ärztemangel sein wird. Vergleicht man diese aktuelle Kurve mit dem Vergleichsjahr 2006, so zeigte sich dieses Phänomen schon damals. Die Gesamtzahl der Turnu-

särzte in absoluten Zahlen ist aber zurückgegangen. Ob dies allerdings eher an der Beschäftigungspolitik der Spitäler liegt oder ein echter Mangel ist, wird sich noch zu zeigen haben.

Weiters zeigt Abbildung 16 aber auch, dass die Facharztkurve dort sehr steil abfällt, wo sie sich dem „Regel-Pensionsalter“ annähert. Nach Tätigkeitsbereichen gegliedert (Anstellung und/oder Niederlassung) zeigt sich, dass die Kurven, in denen angestellte Ärzte enthalten sind, bei 65 Jahren stark einknicken und bis 70 Jahre nahezu gegen Null geht, während es in diesen Alterskategorien noch eine beträchtliche Menge an niedergelassenen Ärzten gibt.

Die Kurve der ausschließlich angestellten Ärzte nähert sich jenseits der 65 Jahre sogar noch schneller der Nullmarke. Ärzte, die auch einer Ordinationstätigkeit nachgehen, gehen überwiegend schrittweise in Pension: Dienstverhältnisse werden beendet, Kassenverträge werden zurückgelegt, Ordinationszeiten verkürzt und man zieht sich auf die (Wahlarzt-)Ordination zurück. Auch wenn diese Ärzte also weiterhin tätig sind, so sind sie es nicht mehr in der Anstellung, weshalb man vom faktischen Regelpensionierungsalter von 65 Jahren für den angestellten Bereich ausgehen kann.

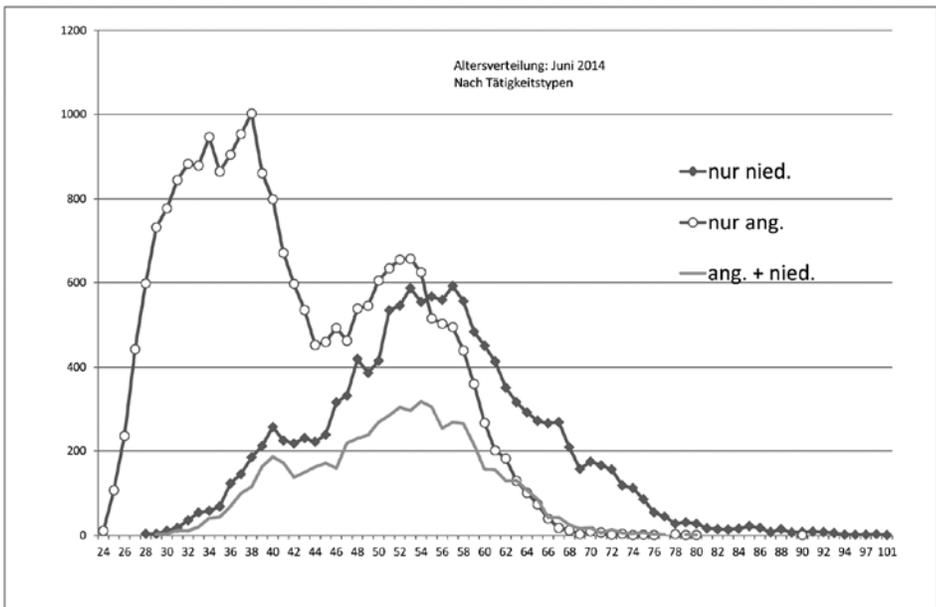


Abbildung 17: Altersverteilung angestellter Ärzte II

Die Kurven vor dem Pensionsalter im Bereich der angestellten Ärzte sind durch einen starken Abfall gekennzeichnet. Dies bedeutet, dass – man kann sich eine Alterung immer vereinfacht als Rechtsverschiebung einer Alterskurve vorstellen¹⁴ - in den kommenden Jahren vermehrt Ärzte ins Pensionsalter kommen und daher – will man das Versorgungsniveau halten – verstärkt nachbesetzt werden müssen. Doch von welchen Quantitäten gehen wir hier aus?

Alle angestellten Ärzte (Ö)	AM		FA		
Absolut (Juni 2014)	7.163		15.447		
65 Jahre oder älter	92	1,3 %	355	2,3 %	*)
60 Jahre oder älter	437	6,1 %	1.557	10,1 %	**)
55 Jahre oder Älter	1.288	18,0 %	4.280	27,7 %	***)

*) bereits jetzt über dem Regelpensionsalter

***) innerhalb von 5 Jahren zu ersetzen

***) innerhalb von 10 Jahren zu ersetzen

Tabelle 2: Alterskategorien unter angestellten Ärzten

Tatsächlich ist nur ein sehr kleiner Anteil der angestellten Ärzte älter als 65 Jahre. Wie zu erwarten, ist vor allem bei den FA die Situation etwas dramatischer. 10 % der Mitglieder einer Berufsgruppe in 5 Jahren auszutauschen, ist für manche Branchen vielleicht nicht so ein Problem. Innerhalb von maximal 10 Jahren aber fast ein Drittel (im Schnitt) nachbesetzen zu müssen, kann schon eine Herausforderung werden, vor allem, da noch unklar ist, ob die neuen Ärzte tatsächlich fachlich zur Verfügung stehen, durch eigene Kapazitäten ausgebildet werden können und dann bereit sind, unter den gegebenen Bedingungen tätig zu werden bzw. tätig sein zu können.

Die Herausforderung, diese Nachbesetzungsproblematik zu lösen, ist ähnlich wie die im niedergelassenen Kassenbereich. Dort betrifft es in erster Linie die Allgemeinmediziner (und diese vor allem auch in peripherer Lage) und – bedingt durch die Alterskurve – höhere Prozentsätze des Ersatzbedarfes. Im angestellten Bereich sind zwar die Prozentsätze niedriger, die Grundgröße jedoch ist viel umfangreicher. Außerdem dauert die Ausbildungszeit für die Fachärzte länger, sie sind also nicht so schnell verfügbar (selbst wenn man ausreichend attraktive

14 Für die jüngeren Jahrgänge gilt dies deswegen nicht, weil es hier neben der Alterung noch verstärkt weitere Phänomene gibt (Berufsunterbrechung, Zuzug, Abwanderung), die die einzelnen Jahreskohorten beeinflussen.

Arbeitsbedingungen herstellt). In beiden Fällen ist es ein Attraktivitätsproblem: Würden alle Studienabsolventen im Inland bleiben und in den ärztlichen Beruf einsteigen, würde es vermutlich gerade so reichen. Da aber die ärztliche Tätigkeit anscheinend nicht mehr ganz so attraktiv ist wie das Studium, Österreich vielleicht nicht mehr ganz so attraktiv ist wie das Ausland, die Landarztordination oder die peripheren Spitäler auch nicht mehr ganz so attraktiv wie früher sind, bedeutet dies, dass sich die verbleibenden Arbeitskräfte an den attraktivsten Dienstorten konzentrieren werden und periphere Standorte in dieser Attraktivitätsfrage vermutlich überwiegend schlechte Karten haben.

10. Stationäre Versorgungsstrukturen

Laut dem aktuellen Krankenanstaltenverzeichnis gibt es in Österreich mit April 2014 285 Krankenanstalten, die sich wie folgt auf die einzelnen Bundesländer und Kategorien verteilen:

Krankenanstalten – 04/2014	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Ö
mit Öffentlichkeitsrecht	5	16	20	18	10	23	10	7	13	122
gemeinnützig	5	16	20	18	10	23	10	7	13	122
ohne Öffentlichkeitsrecht	6	13	25	17	24	29	9	5	35	163
gemeinnützig		1		1	7	7	1	1	20	38
nicht gemeinnützig	6	12	25	16	17	22	8	4	15	125
Gesamt	11	29	45	35	34	52	19	12	48	285

gemeinnützig	5	17	20	19	17	30	11	8	33	160
nicht gemeinnützig	6	12	25	16	17	22	8	4	15	125

Tabelle 3: Krankenanstalten in Ö (2014)

Diese 285 Krankenanstalten verteilen sich auf 151 Träger. Auch wenn sich die Anzahl der Krankenanstalten wenig geändert hat (2004: 275 Krankenanstalten), so hat sich der öffentliche Spitalsbereich insofern verändert, als dass früher eher getrennt operierende Standorte vermehrt zu regionalen Kliniken zusammengefasst

worden sind, die sich wiederum in Holdingsstrukturen (auf Landes- oder überregionaler Ebene) formiert haben. Dies zeigt, dass die Spitäler unter enormem ökonomischen Druck stehen, umfangreiche Synergieeffekte nutzbar zu machen. Wie sehr diese vereinheitlichten Strukturen geeignet sind, im Falle ärztlicher Personalknappheit ausreichende Flexibilität und Wettbewerbsvorteile hervorzubringen, wird sich zeigen.

In der Folge wird eine exemplarische Auswertung präsentiert, die die aktuelle Fragestellung in einem kleinen reduzierten Umfang durchleuchten soll. Hierzu wurde der Fokus auf das Bundesland Oberösterreich gelegt, da dieses einen traditionell ausgeprägten Spitalsektor aufweist, aber auch einen ausgeprägten Bereich angestellter Ärzte aufweist, die nicht im Spitalsbereich tätig sind. Die zweite Gruppe steht zwar nicht primär im Fokus der aktuellen Fragestellung, stellt aber in der Frage der Nachbesetzung eine zusätzliche Konkurrenz für die am Personalmarkt nachfragenden „Spitäler“ dar.

Doch was ist ein peripheres Krankenhaus? Regionale Analysen stehen vor dem Problem, dass sich zwar mit einigem Aufwand Kriterien finden lassen, um zwischen urban/zentral und ländlich/peripher zu unterscheiden, die dann aber zu meist mehr oder weniger viele Fälle generieren, die zwar in die eine oder andere Klassifikation fallen, aber dann doch nicht den Erwartungen, Vorstellungen oder Klischees entsprechen. Dabei stellen sich die Begriffe „urban“ und „peripher“ immer als die Eckpunkte eines kontinuierlichen Spektrums mit einem großen Graubereich dar, über den sich vortrefflich streiten lässt. (Und Analysen vom grünen Tisch der Bundeshauptstadt können objektiv und genau sein, aber tendieren dazu, wichtige lokale Details zu übersehen.)

Als Surrogatparameter wird deshalb die Größe der Organisationseinheit herangezogen (gemessen in der Anzahl der dort beschäftigten Ärzte bzw. Fachärzte)

Die in OÖ angestellten Ärzte wurden nach dem eingetragenen Dienstgeber gruppiert, wobei dieser auf Krankenanstalts-/Standortebene vorliegt (Ärzte in unterschiedlichen Abteilungen am selben Standort fallen somit in dieselbe Gruppe, unterschiedliche Spitäler am selben Standort sind verschiedene Gruppen). Sodann wurden die dort beschäftigten Ärzte nach den Kategorien AM/TA/FA klassifiziert und in Folge einjährige Altersklassen ermittelt.¹⁵ Beschäftigte in Lehrpraxen und Ärzte in Organisationseinheiten mit drei oder weniger angestellten Ärzten wurden ebenfalls nicht in die Betrachtung aufgenommen (damit verbleiben etwa 3.800 Ärzte in der Auswertung).

15 Aus Datenschutzüberlegungen können hier Detaildaten nicht angeführt werden und Ergebnisse nur auf Ebene der anonymen Organisationseinheit präsentiert werden.

Als Betrachtungshorizont wurden wiederum 10 Jahre gewählt, d.h., der Anteil der FA (oder AM), der aktuell 55 Jahre oder älter und daher in den nächsten 10 Jahren altersbedingt zu ersetzen ist, wurde ermittelt. Dieser Prozentsatz wird in den folgenden Grafiken im Vergleich zur gesamten Organisationsgröße (gemessen in derzeit beschäftigten Ärzten) dargestellt.

Was bedeuten also diese Punktwolken: Jeder Punkt steht für eine Organisationseinheit (also im Idealfall ein Krankenhaus). Auf der X-Achse ist die Anzahl der beschäftigten Ärzte erkennbar (je weiter rechts, desto mehr Beschäftigte), auf der Y-Achse ist der Prozentsatz jener Ärzte ablesbar, der aktuell 55 Jahre oder älter ist. Dieser Prozentsatz gibt damit auch den Mindest-Personalumschlag an, der in den nächsten 10 Jahren stattfinden wird, vorausgesetzt, der Personalstand bleibt auf gleichem Niveau erhalten. (Personalstandsausweitungen, wie sie sich durch geänderte Arbeitszeitbedingungen ergeben würden (z.B. vermehrte Teilzeitmodelle), sind hier natürlich nicht berücksichtigt).

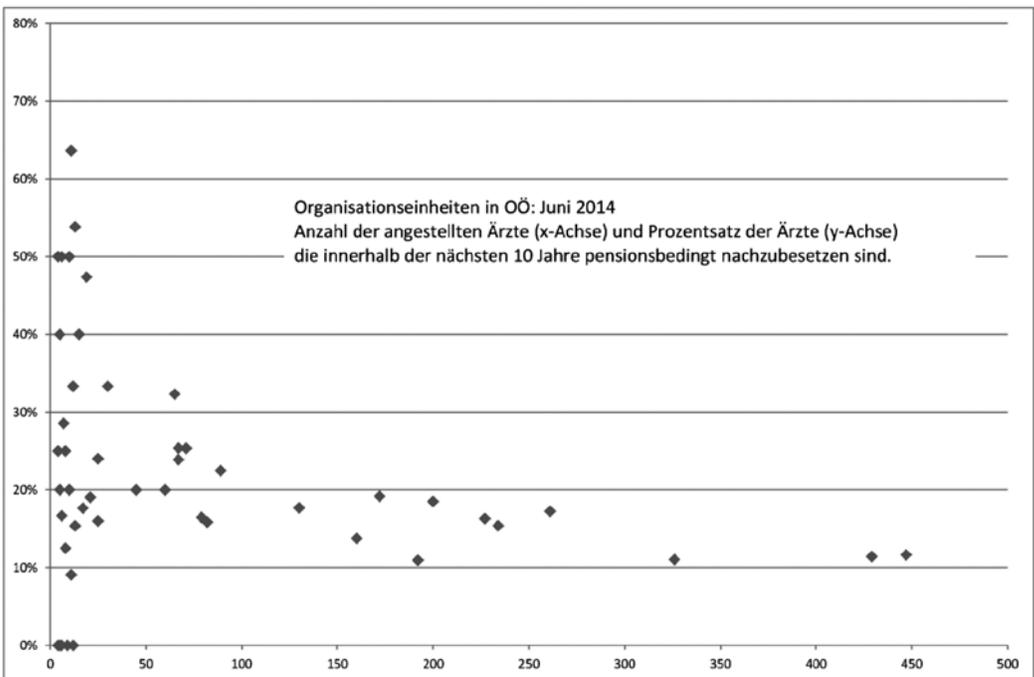


Abbildung 18: Prozentueller Ersatzbedarf (in den nächsten 10 Jahren) und Organisationsgröße (AM/FA/TA)

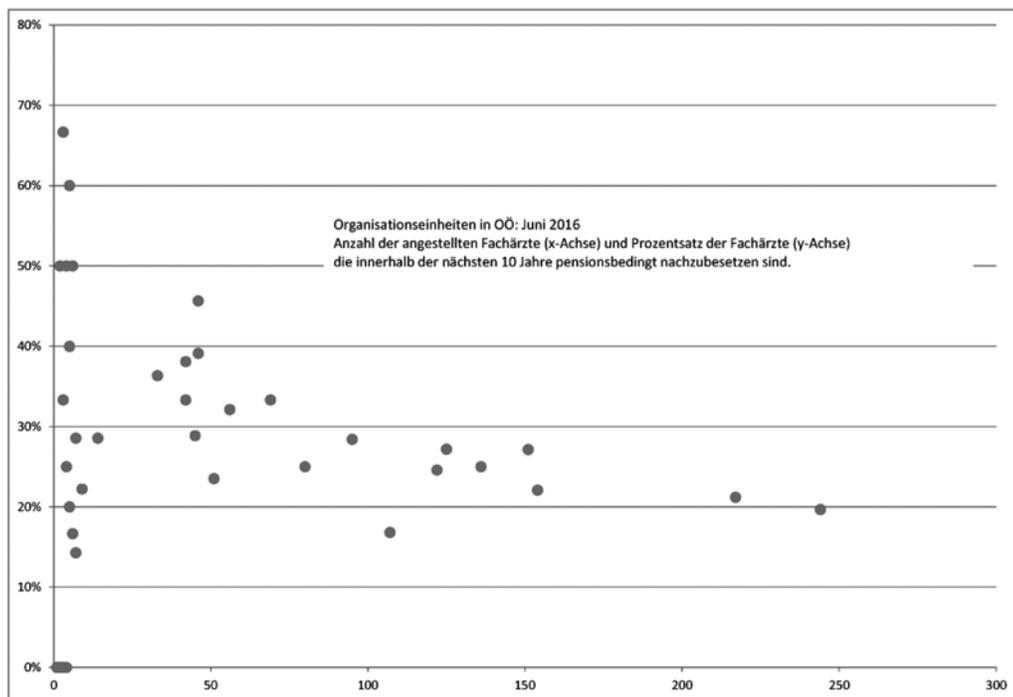


Abbildung 19: Prozentueller Ersatzbedarf (in den nächsten 10 Jahren) und Organisationsgröße (FA)

Wie sich zeigt, bewegen sich die großen Häuser (100 oder mehr beschäftigte Ärzte) tendenziell im Korridor zwischen 10 und 20 % Ersatzbedarf. Reduziert auf die Fachärzte liegt dieser Korridor des Ersatzbedarfes zwischen 20 und 30 % (für Organisationseinheiten mit 50 oder mehr angestellten Fachärzten).

Etwas schwieriger könnte die Situation für kleinere Häuser werden, da hier teilweise höhere prozentuelle Ersatzquoten nötig sein werden, wie die Grafik zeigt. Teilweise gibt es aber auch kleine Einheiten mit einem im Schnitt sehr jungen „Personal“. Dies liegt am Leistungsbereich (Arbeitsmedizinische Zentren, die hohe Mobilität erfordern), oder die Standorte haben eine Personalverjüngung schon hinter sich. Vom Personalersatz her betrachtet, sind dies im Einzelfall zwar je Haus nur einige wenige Ärzte, die sich auch über einen großen Zeitraum verteilen, aber in Summe bedingt dies doch etwa 630 Ärzte (nur für Oberösterreich), die nachbesetzt werden müssen.

11. Gesundheitsmärkte

Je nach Betrachtungsweise (und politischer Orientierung) wird dem österreichischen „Gesundheitsmarkt“ jeweils ein mehr oder weniger hoher Planungsgrad oder Planungslosigkeit unterstellt. Doch ist der Gesundheitsmarkt wirklich „ein“ Markt? Während dem öffentlichen Gesundheitswesens in vielen Fällen der Markt-begriff abgesprochen bzw. ein Marktversagen postuliert wird, wird gleichzeitig von anderer Seite ein zweiter Gesundheitsmarkt propagiert. Ohne sich hier in wirtschaftspolitischen Systemüberlegungen zu verlieren, kann festgehalten werden, dass – wenn es um die Produktionsmittel des Gesundheitsbereiches und insbesondere das Humankapital geht – die Grenzen überaus fließend sind und ein und dieselbe Organisationseinheit oftmals gleichzeitig in beiden „Märkten“ operiert. Somit sind immer auch die Produktionsmittel nahezu ohne Widerstand von einem in den anderen Bereich transferierbar bzw. permanent schon in beiden Bereichen präsent. So wie die einzelnen Versorgungsstrukturen an sich für die Patienten durchgängig sind¹⁶, sind sie es auch für die Produktionsmittel. Das flexibelste Produktionsmittel ist aber die Arbeitskraft.

Dies bedeutet aber auch, dass beide Märkte – dort, wo sie als Arbeitgeber und Leistungserbringer und damit als Nachfrager nach Arbeitskraft auftreten – zwangsweise in ein Konkurrenzverhältnis treten (müssen).

Und damit steht der Konkurrenzsituation zwischen zwei Ärzten, die sich um eine Stelle bemühen, auch die Konkurrenz der Arbeitsstellen, die sich um einen Arzt bemühen, gegenüber. Damit haben wir aber auch die klassischste aller Marktsituationen, die zwar nicht so manchem idealen volkswirtschaftstheoretischen Marktmodell entspricht (vollkommene Information, homogene Güter, freier Marktzutritt etc.), die aber die gesamte Bandbreite betriebswirtschaftlicher Herangehensweise an Markt- und Konkurrenzsituationen bietet. Die spannende Frage wird hingegen sein, wer in dieser Marktsituation eher in der Situation des Mangels sein wird, der Anbieter von ärztlichem Humankapital (also die Ärztinnen und Ärzte) oder die Nachfrager nach derselben (die Spitalsträger), also die Frage, ob es ein Anbieter- oder ein Nachfragemarkt ist oder sein wird. Für den einzelnen betroffenen Arzt verändert sich dabei die Kernfragestellung seiner Arbeits- und Lebensplanung von „*Wer nimmt mich?*“ hin zu „*Welche Stelle nehme ich?*“.

Die Transformation des Systems von der Ärzteschwemme zum Ärztemangel bedeutet vor allem auch, dass sich in der Theorie wenigstens die Arbeitsbedingungen des knappen Humankapitals verbessern müssten, vorausgesetzt das

¹⁶ Regionale Mobilität und entsprechende Selbstleistungsbereitschaft und -fähigkeit vorausgesetzt.

Instrumentarium der Träger ist ausreichend flexibel, um marktkonform mit der Mangelsituation umzugehen und so die (wenigen) Arbeitskräfte so zielgerichtet zu umwerben, um Quantität und Qualität der Versorgungen zu gewährleisten. Reagieren die Träger nicht situationsadäquat oder zu langsam und intensivieren damit den Arbeitsdruck auf reduzierte Personalkapazitäten, werden sich die Personalströme – je nach herrschenden Leidensdruck – vorzeitig zu den attraktiveren (bzw. weniger unattraktiven) Dienstgebern verlagern. Zum Problem des Personalsatzes tritt dann das Problem der Personalfucht hinzu, und die Entwicklung zum manifesten Mangel beschleunigt sich.

12. Mittendrin im Ärztemangel – Ergebnisse einer Milchmädchen- rechnung

Wie oben ausgeführt, muss man im ärztlichen Arbeitsmarkt vermehrt von einer regionalen und strukturellen Mobilität der Ärzte ausgehen, d.h. von der Möglichkeit, gleichzeitig oder wechselweise im ersten und zweiten Gesundheitsmarkt zu operieren. Modellberechnungen stehen damit immer vor dem Problem, dass tatsächliche Entwicklungen zu einem hohen Grade von zukünftigen multidimensionalen motivationalen Entscheidungen abhängig sind, die sich – auch bei gut erhobener Lage zu den Absichten – schwer in haltbare Prognosen umrechnen lassen. Deshalb sei hier eine sehr vereinfachte Berechnung vorgestellt:

Im Zuge dieser Betrachtung wurden die aktiven Ärzte in Österreich fachspezifisch in einjährige Altersklassen unterteilt und wiederum jener Teil ermittelt, der 55 Jahre oder älter ist und damit in den nächsten 10 Jahren pensionsbedingt zu ersetzen ist. Dieser Zahl wurde die Anzahl der Fachneuanerkenntnisse gegenübergestellt (Mittelwert der letzten fünf Jahre). Die Ergebnisse zeigt Tabelle 4:

	Anzahl der Ärzte die ak- tuell 55 Jahre oder älter sind	Ersatzbe- darf (im Schnitt pro Jahr)	Jahresmit- telwert der Neuaner- kennungen	Delta
ANÄSTHESIOLOGIE	823	82,3	87,2	4,9
ARBEITSMEDIZIN	61	6,1	3,0	-3,1
AUGENHEILKUNDE	335	33,5	31,0	-2,5
CHIRURGIE	601	60,1	50,0	-10,1
FRAUENHEILKUNDE	698	69,8	52,6	-17,2
HNO	224	22,4	18,6	-3,8
DERMATOLOGIE	255	25,5	23,8	-1,7
INNERE MEDIZIN	1362	136,2	158,8	22,6
KINDERHEILKUNDE	470	47,0	46,8	-0,2
LUNGENKRANKHEITEN	181	18,1	15,6	-2,5
MED. CHEM. LABORDIAG.	111	11,1	7,6	-3,5
MKG-CHIR.	55	5,5	9,4	3,9
NEUROCHIRURGIE	58	5,8	8,6	2,8
NEUROLOGIE	308	30,8	44,0	13,2
NUKLEARMEDIZIN	31	3,1	7,8	4,7
ORTHOPÄDIE	326	32,6	39,0	6,4
PATHOLOGIE	135	13,5	9,6	-3,9
PHYSIKALISCHE MED.	105	10,5	13,0	2,5
PLASTISCHE CH.	51	5,1	7,8	2,7
PSYCHIATRIE	548	54,8	49,6	-5,2
RADIOLOGIE	419	41,9	44,8	2,9
STRAHLENTHERAPIE	40	4,0	8,0	4,0
UNFALLCHIRURGIE	385	38,5	45,0	6,5
UROLOGIE	210	21,0	18,0	-3,0

Tabelle 4: Ersatzbedarf und Nachwuchs – einfach Rechnung ausgewählter Fachgruppen

Es gibt also Fachbereiche, bei denen die jährlich neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte (im Schnitt) weniger sind als jene, die mit großer Wahrscheinlichkeit ihre Tätigkeit einstellen werden. Damit wird sich Mangel zuerst als struktureller Mangel in einzelnen Bereichen zeigen. Aber auch dort, wo ein Plus davor steht, sind die Werte zumeist sehr knapp. Außerdem misst diese Methode nur, ob mit der inländischen Ausbildungsperformance der Status quo erhalten werden kann. Veränderte Bedürfnisse durch externe Faktoren (alternde Bevölkerung, Frauenanteil, Nachholbedarf, geänderte Arbeitszeitmodelle) sind hier natürlich nicht berücksichtigt, ebenso wird weitreichende strukturelle und regionale Mobilität unterstellt. Einwandernde Ärzte sind hier noch nicht berücksichtigt. Betrachtet man die letzte Gruppe etwas genauer (s.o. 2013: 230 Ärzte), so stellen innerhalb dieser Gruppe die Fachrichtungen Anästhesie, Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, Kinderheilkunde und Innere Medizin die größten Fachgruppen dar und ergeben zusammen (wie auch bereits in den Vorjahren) rd. 60 % der einwandernden berufsberechtigten Ärzte. 4 dieser 6 Fachrichtungen sind in obiger Tabelle grau unterlegt. Dies kann als Indiz eines jetzt bereits fachspezifischen Bedarfes angesehen werden, der das Potential hat, ein Mangel zu werden.

13. Zusammenfassung

Wie obige vereinfachte Rechnung zeigt, erscheint in der Gesamtbetrachtung innerhalb der nächsten 10 Jahre eine Situation sehr wahrscheinlich, in der der Ersatzbedarf in weiten und wichtigen Bereichen größer sein wird als der aktuell absehbare Zustrom durch innerösterreichische Ausbildung oder Zuwanderung aus dem Ausland. Diese Problematik wird sich zwangsweise in einem (öffentlich wahrgenommenen) Ärztemangel manifestieren. Wo genau dieser stattfinden wird, ist meiner Meinung nach noch offen, denn das Match ist noch am Laufen und wie sich zeigen wird, haben die einzelnen Player darin ganz unterschiedliche Karten.

Wenn das Angebot an Arbeitskraft (Stellenwerber) geringer ausfällt als das Angebot an offenen Stellen, rückt die Konkurrenz der Stellenanbieter in den Vordergrund. Aus der Sicht der peripheren Spitäler stellen sich damit die folgenden Fragen: „*Wer ist meine Konkurrenz im Wettlauf um die besten Arbeitskräfte?*“ – „*Was sind meine Konkurrenzvorteile und meine Konkurrenznachteile?*“

Der öffentliche und der private Sektor: Ausgehend vom leistungsbereichsspezifischen Patientenverhalten und der damit einhergehenden Nachfrage und Zahlungsbereitschaft, zeigen sich diese Sektoren dann oft mit sehr unterschiedlichem Finanzierungshintergrund und haben damit auch völlig unterschiedliche Sogwirkung auf die Arbeitskräfte, sich in dem einen oder anderen Bereich zu etablieren. Je nach Setting können diese Bereiche dann entweder symbiotisch wirken oder sich gegenseitig ausschließen. Oder um die Sache polemisch zu überzeichnen: „Viele Ärzte in Schönheitskliniken, die durch eine kleine aber zahlungskräftige Privatpatienten Klientel finanziert werden, gehen dem öffentlichen Gesundheitssektor auch ab.“ Durch die Möglichkeit des „Zuverdiensts mit privatmedizinischer Leistung“ werden Ärzte eher jene Stellen wählen, die ihnen diese Möglichkeiten bieten oder erlauben. Periphere Spitäler haben aber oft den Nachteil, dass es dafür im unmittelbaren Umfeld des Standortes (noch) keinen Markt gibt (weniger Einwohner, weniger Zahlungskraft, anderes Anspruchsverhalten). Konsumenten ändern sich jedoch und dadurch können heute „schlechte Standorte“ morgen ein „großes ungenutztes Potential“ aufweisen.

Die Medizin wird weiblich: Ärzte, die heute in Pension gehen, sind überwiegend männlich und stehen einer Gruppe potentieller Nachfolger gegenüber, die überwiegend weiblich ist und (aufgrund familiärer Situationen) andere Anforderungen an ihren Arbeitsplatz stellt, sowohl was interne Faktoren (Arbeitszeitmodelle) aber auch externe Faktoren (Kinderbetreuungsmöglichkeiten, verkehrstechnische Anbindung, schulische Umgebung) betrifft. Auch hier haben periphere Spitäler zumeist einen Standortnachteil, weil die geografische Lage zumeist das Anpendeln erschwert und sich die verkehrstechnische Anbindung vollkommen dem Einflussbereich des Trägers entzieht. Dort, wo es Investitionen in die öffentliche Verkehrsinfrastruktur gibt, läuft es zumeist in die Richtung, urbane Zentren noch schneller zu verbinden (ÖBB-Weststrecke), die Erschließung der Peripherie hingegen wird von den großen Verkehrsunternehmen zurückgefahren und kleinen privaten Unternehmen überlassen.

Ärzte sind bei **Zeitpunkt der Erlangung ihrer Berufsberechtigung** (AM: etwa 33 Jahre, FA zwischen 36 und 39 Jahre) im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eher „alt“ und befinden sich dann schon in einem Lebensabschnitt, in dem man eher schon „gesettlet“ ist, entsprechende Ansprüche an Arbeitsplatz und Entlohnung hat und vermutlich auch diverse Bereitschaften (Nachtdienste, Überstunden, regionale Mobilität) reduzieren möchte. Periphere Spitäler haben damit oft den Nachteil, dass neu aufzunehmende Ärzte selten in der Umgebung wohnen. Periphere Spitäler tun sich also schwer, Ärzte zu suchen, die sie noch nicht haben. Deshalb kann es sich auszahlen, viel Energie in die gute Ausbildung der Ärzte zu investieren, um eine höhere Personalbindung zu erreichen. Durch die zurückliegende Ärzteschwemme scheinen periphere Einheiten ein wenig profitiert

zu haben, weil viele Ärzte lieber gleich in der Peripherie anfangen wollten als im Zentrum zu warten.

Österreich ist keine Insel: Blickt man über die Landesgrenzen, so ist im deutschsprachigen Ausland (D, CH) ein Ärztemangel manifest. Damit fallen „Gastarbeiter-ärzte“ als Notfallalternative aus. Vielmehr wird Deutschland damit auch als Konkurrent heimischer Spitalsträger auftreten und personelle Ressourcen abziehen. Bei der Größe Deutschlands nicht gerade eine beruhigende Perspektive.¹⁷

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass die Entscheidung, sich für eine Stelle (und damit einen Standort) zu bewerben, eine hochkomplexe Entscheidung mit einer Vielzahl von Faktoren ist, wobei dem einzelnen Stellenwerber diese Faktoren nur zum Teil bewusst sind. Dieses Faktorenssetting trifft auf ein Erwartungssetting des einzelnen Arztes, das zunehmend individueller wird. Gleichzeitig vermehren sich auch Indizien eines Wertewandels, der unter dem Schlagwort veränderter Work-Life-Balance auch im Medizin-Arbeitsmarkt Einzug gehalten hat. Wohin dieser Wandel geht, ist noch nicht ganz abzusehen, Konflikte mit dem (noch) vorherrschenden leistungs- und karriereorientierten Wertesystem der Arbeitswelt gibt es allemal.

Aber wo es Konflikte gibt, gibt es auch Potentiale. Und diese gilt es zu nützen. Für alle.

17 Bereits heute arbeiten mehr österreichische Ärzte in Deutschland als deutsche Ärzte in Österreich.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor Ärztekammer für Oberösterreich

Modell einer sektoren- übergreifenden fachärztlichen Peripherieversorgung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird lediglich die männliche Form verwendet und diese meint damit, sofern nicht anders angegeben, jeweils beide Geschlechter.

1. Neue Ausgangsbedingungen	46
2. Verschränkung der fachärztlichen Versorgung	47
3. Konkretes Modellprojekt Kirchdorf	49
4. Modellbedingungen und offene Fragen	51
5. Schlussbemerkung	54

Die historisch gewachsene, strikte Trennung zwischen Kassen- und Spitalsärzten war bisher sowohl von Seite der Krankenkassen als auch von Seite der Standesvertretung ein unbestreitbarer Grundsatz. Nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher Finanzierungsströme der beiden Sektoren war eine Lockerung dieser strikten Trennung bis vor wenigen Jahren sogar undenkbar. Da aber besonders in ländlichen Gebieten eine dringende Nachfrage nach fachärztlichen Leistungen besteht, gleichzeitig aber die Krankenhausversorgung zunehmend eingeschränkt wird, bietet sich eine Auflockerung der derzeitigen Situation als vielversprechender Mittelweg zwischen spitalsärztlicher und niedergelassener Versorgung an. Der vorliegende Beitrag betrachtet am Modell der Ausgliederung der pädiatrischen Abteilung in Kirchdorf in eine Gruppenpraxis die angestellten juristischen Überlegungen und Problemstellungen und diskutiert darüber hinaus die Erfordernisse für eine zukünftige Umsetzung ähnlicher Projekte einer sektorenübergreifenden fachärztlichen Peripherieversorgung.

1. Neue Ausgangsbedingungen

Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz 1994 hatte spürbare Auswirkungen auf die Peripheriekrankenanstalten. Gerade kleine Krankenanstalten in ländlichen Regionen hatten traditionell einen relativ niedrigen Personalstand an Ärzten, allerdings natürlich auch in der Regel kleinere Abteilungen und ein weniger breites Leistungsspektrum als die Spitäler in den Ballungsgebieten. Das KA-AZG hat damit Schluss gemacht, dass Spitalsärzten schrankenlos Arbeitszeiten abverlangt werden konnten. Dies hatte zur Konsequenz, dass Abteilungen, die rund um die Uhr versorgt werden müssen, einen Mindeststand von sechs bis sieben Fachärzten aufweisen müssen, damit die (ohnehin über die EU-Grenzen noch hinausgehenden) derzeitigen österreichischen Höchstarbeitszeiten überhaupt eingehalten werden können. Der Gesetzgeber hat praktisch zeitgleich mit dem KA-AZG versucht, diese Problematik dadurch zu entschärfen, dass das Krankenanstaltenrecht für Standardkrankenhäuser die fachärztlichen Anwesenheitserfordernisse außerhalb der Regeldienstzeiten (also in der Nacht, an Feiertagen und Wochenenden) explizit reduziert. Die Wirkung dieser Maßnahme ist aber dadurch beschränkt, dass gerade in den peripheren Standard-Krankenhäusern typischerweise regelmäßig Abteilungen eingerichtet sind, die eine Versorgung rund um die Uhr benötigen (Interne, Chirurgie, Unfallchirurgie, Anästhesie) bzw. Fächer dazukommen (Geburtshilfe), bei denen es ungeachtet der gesetzlichen Lockerungen unverantwortbar wäre, auf eine fachärztliche Anwesenheit zu verzichten.

Die Anforderungen des KA-AZG haben daher in den 90er Jahren gerade in den Peripheriekrankenanstalten zu einem rasant steigenden Facharztbedarf geführt. Dazu kommt, dass die EU zuletzt darauf aufmerksam geworden ist, dass die österreichische Umsetzung des KA-AZG gegen EU-Recht verstößt und wohl mit Sicherheit davon auszugehen ist, dass in aller nächster Zukunft die Höchstarbeitszeitgrenzen weiter eingeschränkt und damit unter Umständen der Facharztbedarf in den Peripheriekrankenanstalten nochmals ansteigen wird.

Die letzten Jahre waren dadurch geprägt, dass die Gesundheitspolitik noch stärker als in der Vergangenheit an Finanzziele ausgerichtet war. Teil der Strategie, die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich einzudämmen, ist es, durch gesetzliche und gesundheitspolitisch-planerische Maßnahmen die Versorgungsaufgaben von Peripheriekrankenhäusern zu reduzieren, um damit Personal- und Finanzressourcen einzusparen. Mehrere KAKuG (Kranken- und Kuranstaltengesetz)-Novellen seit 2001 haben sogenannte reduzierte Organisationsformen eingeführt. Dazu gehören etwa Satellitendepartements (bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot, die peripher eingerichtet von einer Mut-

terabteilung geleitet werden), dislozierte Wochenkliniken (durch eine Mutterabteilung mitversorgte bettenführende Einrichtungen für Behandlungen mit kurzer Verweildauer), dislozierte Tageskliniken und die noch relativ neuen „Standardkrankenanstalten der Basisversorgung“ (Standardkrankenanstalten mit nur mehr einer Abteilung für Innere Medizin und in Form einer dislozierten Wochen- oder Tagesklinik geführten Chirurgie).

Es verwundert daher nicht, dass nicht nur Ärzte, sondern auch die regionale Bevölkerung und die Kommunalpolitik immer mehr befürchten, dass die Spitalsversorgung im ländlichen Bereich, letztendlich aber die gesamte periphere fachärztliche Versorgung zunehmend in Frage gestellt wird.

Diese Entwicklung wird nicht nur als Problem der schwindenden medizinischen Versorgung der ländlichen Bevölkerung erlebt, sondern auch als Bedrohung des Wirtschaftsstandorts, da gerade Krankenanstalten oft zu den größten Dienstgebern, aber auch Einkäufern der Region gehören. Es wird daher auch fieberhaft nach Lösungen gesucht, eine derartige Schwächung des ländlichen Raums zu verhindern, indem die regionalen Ressourcen optimiert eingesetzt werden. Dies betrifft nicht nur die finanziellen, sondern mittlerweile vor allem auch die ärztlichen Personalressourcen. Die beschriebenen Entwicklungen werden in den nächsten Jahren noch dadurch verschärft werden, dass der großen Anzahl vor der Pension stehender Ärzte kein entsprechender Nachwuchs gegenübersteht und anzunehmen ist, dass es für junge Ärzte, die sich ihren Arbeitsplatz aussuchen können, wenig attraktiv ist, sich für ein Peripheriekrankenhaus zu entscheiden.

2. Verschränkung der fachärztlichen Versorgung

Die ärztliche Versorgung ist in Österreich generell dadurch geprägt, dass der extramurale Bereich durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger finanziert wird, der Spitalsbereich hingegen überwiegend (vor allem, was den Kostenzuwachs anlangt) aus Steuermitteln der Länder. Korrespondierend dazu werden die Ordinationen der niedergelassenen Ärzte, auch Fachärzte, in der Regel über Kassenverträge honoriert, während die Spitalsleistungen (einschließlich der Spitalsambulanzen) über die Landes-Gesundheitsfonds abgerechnet werden.

Traditionell findet sich auch – vor allem außerhalb von Wien – eine klare Trennung zwischen Kassen- und Spitalsärzten. Die Kassen haben seit Jahrzehnten darauf Wert gelegt, dass niedergelassene Ärzte, mit denen sie Verträge eingehen, sich hauptberuflich und primär den Kassenpatienten widmen. Aber auch die Standesvertretungen der Ärzte waren an einer Trennung interessiert, um die Einkommensmöglichkeiten für ihre Mitglieder möglichst gerecht aufzuteilen.

Unter dem Eindruck der jüngsten Entwicklungen, sowohl was die Perspektiven der Peripheriekrankenanstalten anlangt, aber auch angesichts der immer geringer werdenden Anzahl nachrückender junger Ärzte, kommt es allerdings zunehmend zu Diskussionen, ob das Konzept der totalen Trennung zwischen Kassenmedizin und Spitälern in der Peripherie tatsächlich noch zeitgemäß ist. Diese Diskussion gibt es wohl in den meisten Bundesländern, im Folgenden kann allerdings nur auf die in Oberösterreich laufende Debatte eingegangen werden.

Weiterhin außer Frage steht, dass in den städtischen Gebieten die Trennung Sinn macht. In den Städten gelten die historischen Gerechtigkeitsargumente der Standesvertretung noch immer, weil es genügend Fachärzte gibt, die ausschließlich in der Ordination tätig sein wollen und können und umgekehrt die Spitäler – nicht zuletzt durch ihre gegenüber den Peripheriekrankenhäusern bessere Situation bei den Sondergebühren – noch einigermaßen in der Lage sind, ihren Personalbedarf zu decken. Dazu kommt, dass es in den städtischen Spitälern wegen der größeren Abteilungen und des umfangreicheren Leistungsspektrums zu einer zeitlichen Belastung kommt, die das zusätzliche Führen einer Kassenordination ohnehin nicht möglich macht. Dazu kommt schließlich, dass in der Stadt gar nicht genügend Kassenverträge zur Verfügung stünden, um allen Spitalsärzten einen solchen anbieten zu können. Eine selektive Vergabe von Kassenverträgen oder überhaupt eine Konkurrenz von Spitalsärzten mit Kassenvertrag mit ausschließlich kassenärztlich tätigen Fachärzten wäre aber wohl auch aus Gründen der Wettbewerbsverzerrung kaum vorstellbar.

Hingegen wird von Entscheidungsträgern in unserer Standesvertretung die Situation für den Peripheriebereich aus folgenden Gründen durchaus differenzierter gesehen:

Zunächst gibt es teilweise gar keine Bewerber mehr für Fachärzte-Kassenstellen in Peripherieregionen. Vor allen Dingen aber kommen eventuelle Bewerber in der Regel aus dem (Peripherie-)Krankenhaus am Standort der Kassenpraxis. Es wird nun häufig von den im Spital tätigen Ärzten als Ungerechtigkeit empfunden, dass einer der Ärzte aus dem Team in die Kassenpraxis ausscheiden kann und damit nicht mehr mit den allgemein als immer problematischer empfundenen Nacht-

diensten belastet wird. Peripheriekrankenhäuser haben außerdem in der Regel geringere Sonderklasseeinnahmen als städtische Spitäler, sodass auch die wirtschaftliche Situation der Ärzte oft sehr unbefriedigend ist. Die Vergabe des (in der Regel einzigen) Kassenvertrags am Peripheriestandort an einen Spitalsarzt wird daher von den anderen oft als Bevorzugung erlebt. Dazu kommt, dass die Ärzte in den Peripheriekrankenhäusern (vor allem, wenn sich der Trend fortsetzt, das Leistungsspektrum weiter einzuschränken) durchaus Valenzen hätten, zumindest miteinander im Rahmen einer Gruppenpraxis die kassenfachärztliche Versorgung in der Region zu übernehmen.

Die Notwendigkeit einer strikten Trennung zwischen Kassen- und Spitalsmedizin wird daher innerhalb der Entscheidungsträger in unserer Landesvertretung nicht mehr so strikt gesehen wie noch in der Vergangenheit.

Umgekehrt erkennen auch die finanzierenden Institutionen, Krankenkasse und Land, die Chance, durch eine Personalverschränkung zwischen Spitals- und Kassenärzten zu einer besseren Ressourcennutzung (insbesondere der Personalressourcen) zu kommen. Vor allem sehen die Rechtsträger dies als Möglichkeit, für Ärzte die Tätigkeit an der Peripherie interessanter zu machen und damit Personalvakanz aufzufüllen.

3. Konkretes Modellprojekt

Kirchdorf

Unter dem Eindruck dieser Diskussion kam es in Oberösterreich, konkret im LKH-Kirchdorf, vor zwei Jahren zur Einführung eines neuen Modells, das genau dieses veränderte Bild einer fachärztlichen peripheren Versorgung verwirklicht. Damals stand einerseits die Kassenstelle eines Kinderfacharztes vor der Ausschreibung, andererseits war im Zuge einer oberösterreichweiten Spitalsreform unklar, ob die Pädiatrieabteilung des Krankenhauses gehalten werden kann. Bewältigt wurde diese Problematik dadurch, dass das Ärzteteam an der pädiatrischen Abteilung gemeinsam den vakanten Kassenvertrag in Form einer Gruppenpraxis übernommen hat, wobei diese neue Struktur von folgenden Eckpunkten ausgeht:

- Alle Ärzte der Abteilung (das gilt also auch bei einem Personalwechsel) haben die Möglichkeit, an der Gruppenpraxis teilzunehmen.

- Die Gruppenpraxis bietet erweiterte Ordinationszeiten an, übernimmt allerdings gleichzeitig während dieser Ordinationszeiten auch die bisher in der Spitalsambulanz erbrachten Leistungen, die Spitalsambulanz ist daher nur noch außerhalb der Ordinationszeiten zugänglich.
- Die Ordination wird außerhalb des Dienstvertrags betrieben, allerdings nicht nur aus Kassenmitteln finanziert, sondern auch vom Rechtsträger aus den Einsparungen, die sich durch die weitgehende Schließung der Ambulanz ergeben.

Diese Vorgangsweise wurde deshalb gewählt, weil sie eine Reihe von – mittlerweile auch eingetretenen – Vorteilen versprochen hat:

- Mit dieser Lösung konnte eine genügend große Mannschaft an Fachärzten erhalten und damit der Bestand der Kinderabteilung am LKH-Kirchdorf gerettet werden.
- Wegen der trotzdem erforderlichen Reduktion des Dienstes werden zwar keine Nacht-Anwesenheitszeiten mehr geleistet; die weiterhin bestehende Rufbereitschaft von Kinderfachärzten sowie die weiterhin im Krankenhaus vorgehaltenen Betten erlauben es aber, stationär behandlungsbedürftige Kinder weiterhin wohnortnahe zu betreuen.
- Die im Team teilnehmenden Kinderfachärzte nutzen die während ihrer Ausbildung gewonnene Expertise nicht nur für ambulante Leistungen, sondern für ein deutlich größeres Behandlungsspektrum.
- Die fatale Trennung zwischen Spitalsambulanzen und Ordinationen, die kaum erfolgreich steuerbar ist, wird überwunden.
- Durch die gemeinsame Nutzung der Infrastruktur für Ordinations- und Ambulanzleistungen entstehend Synergien.
- Durch die Schließung der Ambulanz tagsüber kommt es zu Kosteneinsparungen beim Rechtsträger.

4. Modellbedingungen und offene Fragen

Die Ausarbeitung des Modells Kirchdorf war nicht nur für die beteiligten Ärzte, sondern auch für die beteiligten Institutionen Neuland und wurde daher umfassend erörtert. Natürlich war bewusst, dass damit nicht nur ein konkretes Problem gelöst wird, sondern dass dieses Modell auch präjudiziell wirken könnte, weshalb auch allen Seiten daran gelegen war, verallgemeinerungsfähige Prinzipien aufzustellen.

Als solche wurden folgende Regeln festgelegt, die für alle Verschränkungsmodelle in Peripherieregionen gelten sollen:

- **Allgemeine Zugänglichkeit**
Eines der Grundprinzipien besteht darin, dass es zu keiner selektiven Vergabe des Kassenvertrags kommen soll, sondern alle an der jeweiligen Abteilung des Peripheriekrankenhauses tätigen Spitalsärzte die Möglichkeit haben, an einer Gruppenpraxis teilzunehmen, die die Ordination betreibt.
- **Umsetzung des Modells nur in Peripherieregionen**
Das Modell eignet sich nur für Peripherieregionen und dort auch nur für Fächer, für die nur ein einziger Kassenvertrag vorgesehen ist. Ein Nebeneinander zwischen einer von Spitalsärzten betriebenen Gruppenpraxis und einem ausschließlich niedergelassenen tätigen Kassenarzt wäre nicht vorstellbar.
- **Demokratische Struktur**
Die Spitalshierarchie soll nicht in die Gruppenpraxis übertragen werden; in der Gruppenpraxis sollen alle Ärzte gleichberechtigt als Gesellschafter teilnehmen; anders etwa als bei der Aufteilung der Sondergebühren soll es auch zu keiner Bevorzugung des Abteilungsleiters kommen, sondern soll jeder Teilnehmer an der Gruppenpraxis entsprechend seines Leistungsanteils am Gewinn beteiligt sein.
- **Freiberuflichkeit**
Der Kassenvertrag darf nicht mit dem Rechtsträger abgeschlossen werden; systemkonform sind Vertragspartner des Krankenversicherungsträgers ausschließlich freiberuflich tätige Ärzte (bzw. die von ihnen gemeinsam gebildete Gruppenpraxis).
- **Einschluss der Ambulanztätigkeit**
Alle ambulanten Leistungen, daher nicht nur die Kassenleistungen, sondern auch die Leistungen der Spitalsambulanz sollen geschlossen von der Gruppen-

praxis erbracht werden; neben dem Kassenhonorar muss die Gruppenpraxis daher auch eine Abgeltung der übernommenen Spitalsambulanzleistungen durch den Rechtsträger erhalten.

- Kein Umstellungszwang
Niedergelassene Kassenärzte, die derzeit in der Peripherie tätig sind, dürfen nicht gezwungen werden, auf ein neues Modell umzustellen; eine Umstellung setzt daher voraus, dass ein Kassenvertrag vakant wird.
- Kontroversiell diskutiert wurde, ob die Gruppenpraxis auch in den Räumen des Spitals geführt werden könnte; im konkreten Modell Kirchdorf wurde schließlich Einvernehmen darüber erzielt, diese Ordination bewusst außerhalb des Spitals zu führen.

Naturgemäß besteht bei neuen Modellen die Tendenz, sich vorrangig auf die Fragen zu konzentrieren, die konkret gelöst werden müssen. Es ist aber auch klar, dass eine Erweiterung des Modells „Pädiatrie Kirchdorf“ eine ganze Reihe von zusätzlichen Fragen aufwirft, die beantwortet werden müssen, aber fraglos auch lösbar wären:

- Auswahl der Fächer?
Es besteht zwar völliger Konsens, dass die Verschränkung der fachärztlichen Versorgung nur in Peripherieregionen Sinn macht, allerdings stellt sich die Frage, ob wirklich alle Fächer sinnvollerweise erfasst werden sollen. Dies gilt vor allem für die Innere Medizin, weil Interne Abteilungen auch in Peripheriekrankenhäusern noch immer verhältnismäßig groß sind und sich daher die Frage stellt, ob nicht auch in der Peripherie eine Entflechtung weiterhin zweckmäßig wäre. Klar ist allerdings, dass diese Entflechtungsnotwendigkeit umso mehr abnimmt, je geringer das Leistungsspektrum der Abteilung wird.
- Übertragung des Modells auch für nicht kassentypische Fächer?
In vielen Peripherieregionen gibt es keine Kassenverträge für Chirurgie oder Unfallchirurgie, weil das Kassenspektrum nur einen kleinen Teil des ambulanten Leistungsspektrums dieser Fächer ausmacht. Da die Gruppenpraxis aber auch die Leistungen der Spitalsambulanz übernehmen soll, stellt sich die Frage, ob dann nicht auch zusätzliche Kassenverträge für diese Fächer in Peripherieregionen angezeigt wären. Dies gilt letztlich auch für die Anästhesie, für die (zumindest in Oberösterreich) nirgendwo Kassenverträge bestehen, aber natürlich auch ambulante Leistungen im Rahmen der Spitalsambulanz erbracht werden.
- Fächer mit besonderem Infrastrukturbedarf?
Vor allem für die Radiologie, die es natürlich an allen Peripheriekrankenhäusern gibt, stellt sich die Frage, ob der eingeschlagene Weg sinnvoll ist bzw. inwiefern er allenfalls Adaptierungen bedarf. Hier stellt sich vor allem die Frage, bei

welchen Geräten es Sinn macht, sie jedenfalls nur einmal anzuschaffen, weil sie nicht parallel genutzt werden müssen.

- **Ausweitung um zusätzliche Fächer?**
Die Verschränkung der Fachärzte und die damit verbundene Verbreiterung der wirtschaftlichen Basis könnte auch dazu genutzt werden, Fächer in die Peripherie zu bringen, die es unter Umständen derzeit weder ambulant noch im Spital gibt; für diese würden wohl keine neuen Abteilungen geschaffen werden; allerdings könnte auf diesem Weg das Konsiliarangebot zur Betreuung konservativ behandelter Patienten (etwa neurologisch oder psychiatrisch) oder das Operationsangebot im Tagesklinikbereich (z.B. Augen, HNO) erweitert und damit nicht nur das ambulante, sondern letztendlich auch das vor Ort verfügbare basis-stationäre Leistungsangebot verbessert werden.
- **Einbindung des privaten Sektors?**
Derzeit ist es durchaus nicht ungewöhnlich, dass auch in Peripherieregionen Spitalsärzte Privatpraxen anbieten, die von bestimmten Bevölkerungsgruppen auch gerne genutzt werden. Um diesen Bedarf weiter abzudecken, müssten jedenfalls Lösungen gefunden werden, die es Verschränkungsmodellen erlauben, auch Privatpatienten weiterhin in der Ordination zu behandeln.
- **Sondergebührentauglichkeit der neuen Modelle?**
Typischerweise sind zwar die Sondergebühreneinnahmen in Peripheriekrankenanstalten geringer, trotzdem gibt es natürlich genügend Nachfrage, die auch in Verschränkungsmodellen weiterhin abgedeckt werden muss. Dabei ist zu prüfen, inwieweit die derzeitigen Sondergebührenvereinbarungen tauglich sind, neue Modelle (insbesondere, wenn es um eine Verbreiterung der konsiliarärztlichen und tagesklinischen Leistungen geht) abzudecken.
- **Kostenabgrenzung zwischen Kasse und Rechtsträger?**
Da die Finanzierung der Gruppenpraxis sowohl über die Krankenversicherungsträger (für die Kassenleistungen) als auch über den Rechtsträger (für die ausgelagerten Ambulanzleistungen) erfolgt, stellt sich die Frage der Abgrenzung der Kostenübernahme. Dies insbesondere deshalb, weil die Entwicklung der Patienten und Leistungen nicht statisch ist und daher Klarheit herrschen muss, inwieweit die Kostenträger auch den Aufwand für die Leistungsdynamik untereinander aufteilen.
- **Zusammenarbeit mit einem Leitspital?**
Je eingeschränkter der Leistungsumfang des Peripheriekrankenhauses ist, umso mehr stellt sich natürlich die Frage der Zusammenarbeit mit einem Schwerpunktspital; dies zum Einen im Hinblick auf die Möglichkeit, Patienten weiterzuleiten, die vor Ort nicht versorgt werden können, dies aber auch

vor dem Hintergrund, dass eine Zusammenarbeit zwischen Peripherie- und Schwerpunktspital dazu genutzt werden kann, Ärzten aus den Peripheriekrankenhäusern eine Mitarbeit im erweiterten Leistungsangebot eines Schwerpunktspitals zu ermöglichen – bzw. umgekehrt Ärzten aus einem Schwerpunktspital ein Aushelfen an der Peripherie zu ermöglichen (vgl. dazu auch das Konzept der Bundeskurie der angestellten Ärzte „Spitalsärzte in /Spitalsärzte 2025“, das in diesem Heft abgedruckt ist).

- Trennung bzw. Auflösung der Verschränkung?
Eine Zusammenarbeit im Rahmen einer Gruppenpraxis – vor allem im Hinblick darauf, dass diese die Bildung einer gemeinsamen Trägergesellschaft erfordert – kann auf Dauer natürlich nur funktionieren, wenn die beteiligten Ärzte sich nicht „auseinanderleben“. Da es dafür keine Garantie gibt, muss von Beginn an auch die Auflösung der Gruppenpraxis und damit die Auflösung des Verschränkungsmodell mitbedacht und dafür Vorsorge getroffen werden.

5. Schlussbemerkung

Der Weg, die Spitalsversorgung an der Peripherie dadurch zu erhalten, dass es zu einer personellen Verschränkung mit der kassenärztlichen Versorgung kommt, erscheint nach den bisherigen Erfahrungen mit dem Modell Kirchdorf als ein durchaus gangbarer. Er wäre jedenfalls ein Weg, auch in der Peripherie die bestehende Infrastruktur der Krankenanstalten sinnvoll zu erhalten, die Kompetenz der dort tätigen Fachärzte möglichst weit auszuschöpfen und der ländlichen Bevölkerung möglichst kurze Wege zur fachärztlichen Versorgung zu garantieren. Die Umsetzung dieses Modells setzt allerdings Geduld voraus, weil solche Modelle den Beteiligten nicht mit der Brechstange aufgezwungen werden können und daher immer ein „window of opportunity“ abgewartet werden muss, das die Einführung eines derartigen neuen Modells konkret gestattet. Die Einführung des Modells setzt weiter voraus, dass es zu einer fairen Zusammenarbeit zwischen den beiden großen Financiers des Gesundheitssystems, also den Krankenversicherungsträgern und den Ländern, kommt, bei der keiner der Partner den Eindruck hat, übervorteilt zu werden. Aus der Vergangenheit heraus ist eine gewisse Skepsis nachvollziehbar, ob die Entscheidungsträger im Gesundheitssystem diese beiden Anforderungen erfüllen können. Angesichts der unübersehbaren Bedrohung der stationären Versorgung in Peripherieregionen wäre die Zeit aber wohl reif, auch solche Modelle ins Auge zu fassen.

Thomas Bergmair

*wissenschaftlicher Mitarbeiter, gesundheitsökonomische
Grundlagenarbeit, Linzer Institut für Gesundheitssystemforschung*

Befragung: Attraktivität von Peripherie- und Zentrumsspitalern

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

1. Hintergrund	56
2. Die Befragung	57
3. Auswertung	60
4. Zusammenfassung	90
5. Quellenverzeichnis	92

Der vorliegende Beitrag präsentiert die Ergebnisse einer im Juni 2014 durchgeführten Befragung unter angestellten Ärzten in Krankenhäusern zum Thema „Attraktivität von Peripherie- und Zentrumsspitalern“. Die Ergebnisse stellen in erster Linie eine subjektive Bewertung der Ärzteschaft aus unterschiedlichen Lagern des intramuralen Sektors dar und ermöglichen zusätzlich eine Untersuchung unterschiedlicher Charakteristika zwischen diesen Lagern. Wie gezeigt wird, bestehen vor allem in der Einschätzung dieser Charakteristika doch deutliche Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum, die in der tatsächlichen Bewertung oft weniger stark ausgeprägt sind. Somit besteht besonders in der Peripherie die Gelegenheit, durch eine stärkere Erfüllung der Erwartungshaltung und eine entsprechende Kommunikation oft antizipierter Defizite die Attraktivität als Arbeitsplatz zu steigern und somit der Personalproblematik entgegenzusteuern.

1. Hintergrund

Während die niedergelassene Landmedizin schon länger öffentlichkeitswirksam mit Nachbesetzungsproblemen zu kämpfen hat, manifestiert sich ein potentiell bevorstehender Ärztemangel langsam auch im angestellten Bereich bei den Spitalsärzten. Besonders in der Peripherie herrscht schon ein regelrechtes Wettstreben um die wichtigen Systemerhalter im Gesundheitswesen. Dass Peripheriespitäler gegenüber den prestigeträchtigeren Zentrumsspitalern in vielerlei Hinsicht einem Attraktivitätsnachteil unterliegen, scheint aufgrund dieser Beobachtungen der letzten Jahre ohne Zweifel. Ob und worin dieser Attraktivitätsnachteil aber tatsächlich besteht, darüber werden bisher nur Vermutungen angestellt.

Aus diesem Grund wurde vom Linzer Institut für Gesundheitssystemforschung in Kooperation mit dem ärztlichen Qualitätszentrum eine Umfrage unter angestellten Spitalsärzten in Oberösterreich durchgeführt, mit dem Ziel, die Gründe für die Attraktivitätsunterschiede zwischen Peripherie- und Zentrumsspitalern zu untersuchen und daraus valide Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Ziel dieses Beitrages ist eine allgemeine Analyse der Situation der Ärzteschaft durchzuführen und in weiterer Folge Unterschiede in den Einstellungen und Sichtweisen, aber auch in der Prioritätensetzung bei der Anstellungswahl zwischen angestellten Ärzten in der Peripherie und im Zentrum zu untersuchen. Unabhängig von etwaigen Vor- und Nachteilen von Peripherie- oder Zentrumsspitalern sei aber unbedingt bereits vorneweg darauf hingewiesen, dass in allen österreichischen Krankenhäusern, unabhängig vom Standort, absolute Spitzenmedizin geleistet wird. Eine Meinung, die auch in zahlreichen Rückmeldungen immer wieder besonders hervorheben wird. Die folgenden Abschnitte beschreiben erst die Vorgehensweise der Befragung und gehen dann auf die Auswertung ein.

2. Die Befragung

Über den Zeitraum von einem Monat, von Montag dem 2. Juni bis Montag den 30. Juni 2014, war es den vorwiegend per E-Mail kontaktierten Spitalsärzten möglich, den Online-Fragebogen oder einen postalisch zugesandten Fragebogen auszufüllen. Die Adressdaten stammten von der Landesführung der Ärztekammer für Oberösterreich, es handelte sich somit um eine Vollerhebung aller in Spitälern angestellten Ärzte, die Stichprobe basiert auf der Antwortstatistik. Zur Validität der Daten ist zu vermerken, dass aufgrund vereinzelter Rückmeldungen davon ausgegangen werden muss, dass sich einige wenige nicht in Krankenhäusern angestellte Ärzte unter den Empfängern befanden. Aufgrund der geringen Zahl dieser Fälle ist diese Problematik als Fehlerquelle allerdings vernachlässigbar.

Bei derartigen Erhebungen besteht eine große Gefahr der Selbstselektion, da jene, denen das Umfragethema wichtig ist, einen wesentlich größeren Anreiz zur Teilnahme haben als andere. Die durchgeführte Befragung war in dieser Hinsicht recht neutral formuliert, sodass die Problematik einer überbordenden Selbstselektion ebenfalls kein großes Problem darstellt. Trotzdem wird im folgenden Teil des Artikels eine intensive Analyse der Stichprobe vorgenommen, um einen Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit anzustellen und somit die Annahme einer Zufallsstichprobe zu untermauern.

2.1. Zusammensetzung der Grundgesamtheit

Die Ärzteschaft wird in zwei Kategorien aufgeteilt: Ärzte in Ausbildung und Ärzte mit abgeschlossener Ausbildung. Als Turnusärzte (TA) werden in weiterer Folge zwei Kategorien von Ärzten in Ausbildung unterschieden: Turnus- und Assistenzärzte, diese werden in diesem Artikel als Turnusärzte in Ausbildung zum Allgemeinmediziner (TAAM) und Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt (TAFÄ) bezeichnet. Die Ärzte mit abgeschlossener Ausbildung werden als „Fertige“ zusammengefasst und zusätzlich unterteilt in den Mittelbau und Primärärzte. Von 3.541 insgesamt befragten angestellten Ärzten waren laut der Datenbank der Landesführung 65,24 % angestellte Ärzte in Krankenhäusern mit abgeschlossener Ausbildung (fertige), 13,44 % Turnusärzte in Ausbildung zum AM (TAAM) und 22,2 % Turnusärzte in Ausbildung zum FA (TAFÄ). Insgesamt nahmen 1.049 Personen an der Umfrage tatsächlich teil, was einer sehr hohen Antwort-Rate von 29,62 % entspricht.

Die Zusammensetzung der Antworten in Bezug auf das Anstellungsverhältnis deckt sich beinahe perfekt mit der Grundgesamtheit. So stammen 66,25 % der Antworten von angestellten Ärzten mit abgeschlossener Ausbildung, 13,16 % von TAAM und 20,59 % von TAFE, was beinahe exakt der Zusammensetzung der Grundgesamtheit entspricht.

Sowohl der Frauenanteil als auch die Altersstruktur unterscheiden sich zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe nur gering, wie die Abbildung 1 und Abbildung 2 zeigen.

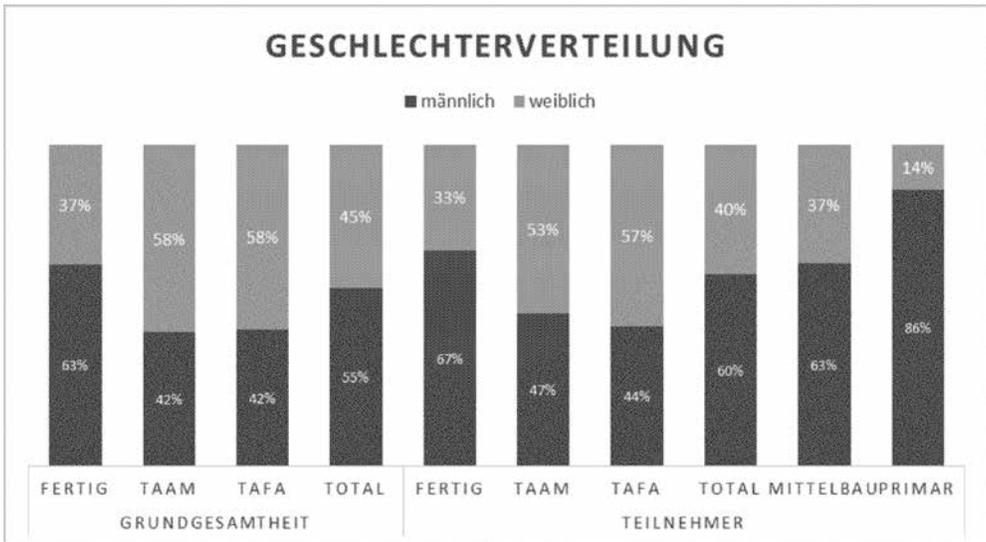


Abbildung 1: Geschlechterverteilung Grundgesamtheit und Umfrageteilnehmer

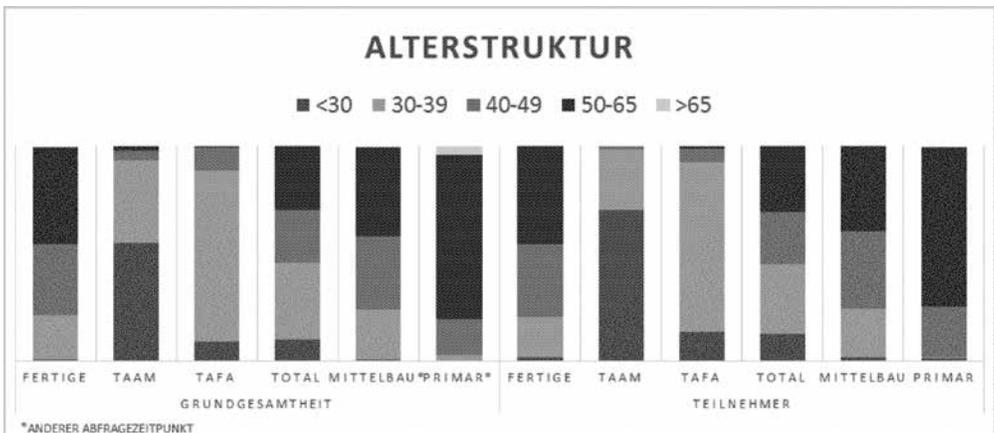


Abbildung 2: Altersstruktur Grundgesamtheit und Umfrageteilnehmer

Hinsichtlich Antwortverhalten nach Art des Fragebogens besteht erwartungsgemäß eine gewisse Diskrepanz zwischen denjenigen, die die Umfrage per Online-Fragebogen ausgefüllt haben, und denjenigen, die postalisch geantwortet haben. Von 147 postalisch versandten Fragebögen¹⁸ erreichten uns 20 postalische Antworten. Das entspricht einer Antwortrate von 13,6 %, wohingegen von 3.391 online befragten Personen 1.029 den Fragebogen beantworteten, was einer Beteiligung von 30,35 % entspricht. Hinsichtlich Anstellungsverhältnis entsprachen die Antwortquoten der postalischen Zusendungen, unter Berücksichtigung der Stichprobengröße, ebenfalls der Zusammensetzung der Grundgesamtheit, sodass auch dahinter keine außergewöhnlichen Selektionsmechanismen vermutet werden müssen.

89,13 % der Teilnehmer füllten den Fragebogen zur Gänze aus, etwa 10 % der Teilnehmer brachen die Beantwortung des Fragebogens ab oder ließen einzelne Fragen, teilweise aus Gründen des Misstrauens hinsichtlich Datenschutz, aus. Alle abgegebenen Antworten stehen trotzdem zur Analyse zur Verfügung. Bei den Teilnehmern handelt es sich zu etwa 80 % um Fachärzte und zu etwa 20 % um Allgemeinmediziner.

Bevor im folgenden Abschnitt die Analyse der Umfrageergebnisse vorgenommen wird, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine Mittelwertberechnung für ordinale Variablen, wie sie bei der Kategorisierung eines Charakteristikums, beispielsweise in die Kategorien: sehr gut (1), gut (2), eher gut (3), neutral (4), eher schlecht (5), schlecht (6) und sehr schlecht (7), formell mathematisch nicht zulässig ist. Die typischen Instrumente zur statistischen Analyse derartig kodierter Daten sind Median (die Ausprägung der mittleren geordneten Beobachtung) und Modus (die am häufigsten gewählte Ausprägung). Da diese Instrumente aber oftmals eine Vernachlässigung von Extremwerten bewirken und die Struktur der Antwortmöglichkeiten es erlaubt, wurde, ähnlich dem Schulnotensystem, eine formelle Deklaration als Intervallskalierung vorgenommen, sodass ein arithmetischer Mittelwert angegeben werden kann. Diese Vorgehensweise erfordert unter anderem die Annahme, dass die Abstände zwischen den einzelnen Ausprägungen gleich groß sind.¹⁹

18 Aufgrund von Unerreichbarkeit per E-Mail

19 Vgl. z.B. Diekmann (2001) S.249 ff.

3. Auswertung

3.1. Peripherie und Zentrum

Um aussagekräftige Ergebnisse zur Unterscheidung zwischen Peripherie und Zentrum zu erlangen, ist es notwendig, eine klar definierte Trennlinie zwischen den beiden willkürlichen geografischen Kategorien von Spitälern zu ziehen. Während in der Literatur vorwiegend zwischen großen und kleinen Häusern unterschieden wird²⁰, was sicherlich vor allem in Bezug auf Effizienzfragen ein berechtigter Ansatz ist, wurde in dieser Arbeit von einer solchen Herangehensweise explizit abgesehen. Hinsichtlich der Unterscheidung der Kern-Variable in der Analyse der Unterschiede zwischen Peripherie- und Zentrumsspitalern, der Definition der Kategorien Peripherie und Zentrum, ergeben sich aufgrund des Umfragedesigns zwei Möglichkeiten:

Zum einen kann eine Zuordnung der Umfrageteilnehmer aufgrund von Selbsteinschätzung erfolgen, zum anderen wurden die Anstellungsorte der Teilnehmer in drei Kategorien abgefragt: Zentralraum, Bezirkshauptstadt und Sonstiges. Naturgemäß decken sich die Antworten im großen Stil mit den Erwartungen, sodass die endgültige Unterscheidung vorwiegend aufgrund der Selbstselektion erfolgt. Trotzdem sei an dieser Stelle erwähnt, dass 3 % der Befragten, die nach eigener Angabe in einem Zentrumsspital arbeiten, ihren Arbeitsplatz außerhalb des Zentralraums haben. Umgekehrt geben 13,9 % derjenigen Befragten, die angeben, in einem Peripheriespital angestellt zu sein, an, im Oberösterreichischen Zentralraum, definiert als die Städte Linz, Wels oder Steyr, zu arbeiten. Insgesamt haben 56 % der Teilnehmer ihren Arbeitsplatz im Zentralraum, 40 % in einer Bezirkshauptstadt und 4 % an anderen Krankenhausstandorten in Oberösterreich. 49 % der gesamten Teilnehmer klassifizieren ihren Arbeitsplatz nach eigenem Ermessen als „in der Peripherie gelegen“.

Die Zuordnung nach Krankenhausträgern unterscheidet sich aufgrund der Struktur der OÖ Krankenhauslandschaft erwartungsgemäß zwischen Peripherie und Zentrum²¹. So arbeiten 60 % der ärztlichen Belegschaft in der Peripherie bei der

20 Vgl. z.B. Cypionka (2012), Hoppeler et. al.(2012, 2014).

21 Sofern nicht explizit angegeben, wird in weiterer Folge bei der Peripherie/Zentrums-Unterscheidung die Variante Selbstselektion gewählt.

gespag²² und 35 % in einem Ordensspital, während im Zentrum 50 % bei einem Ordensspital und 25 % bei der gespag angestellt sind. Die besonders im Zentrum stark vertretene Kategorie sonstiger Krankenträger betrifft vor allem das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Linz und das Unfallkrankenhaus Linz, das unter Trägerschaft der AUVA steht.

Etwa drei Viertel der Befragten geben an, ausschließlich angestellt zu sein, etwa ein Viertel ist gemischt tätig, wovon eine knappe Mehrheit in der Peripherie anzutreffen ist. Etwa 90 % der gemischt Tätigen haben den Schwerpunkt in der Anstellung, allerdings ist in der Peripherie der Anteil derjenigen, die den Schwerpunkt in der Niederlassung haben, etwa doppelt so groß wie im Zentrum. Gemischte Tätigkeit schließt derzeit die gleichzeitige Anstellung im Krankenhaus und eine Niederlassung mit Kassenvertrag aus verschiedenen Gründen aus²³.

Vergleicht man nun die Zusammensetzung der Belegschaft zwischen Peripherie und Zentrum, so zeigt sich, dass in der Befragung der Anteil der TAAM im Zentrum mit 15,6 % beinahe doppelt so hoch ist wie in der Peripherie (8,8 %). Auch bei den Primärärzten gibt es einen ähnlich großen Unterschied zwischen Peripherie und Zentrum, allerdings mit umgekehrter Wirkrichtung. 16,3 % aller Antworten aus der Peripherie wurden von Primären abgegeben, wohingegen nur 8,4 % der Antworten aus dem Zentrum von Primären stammen. Dies ist dadurch zu erklären, dass es in den Peripheriehäusern kleinere Abteilungen gibt, so dass die Abteilungsleiter, gemessen am Rest der ärztlichen Belegschaft, einen größeren Anteil ausmachen als in der Peripherie. Es kommt zwar vor, wie aus der Auswertung der Textantworten der Befragung hervorgeht, dass einzelne Personen mehrere Abteilungen leiten, dies dürfte den erkennbaren Trend aber nur abschwächen und nicht aufheben.

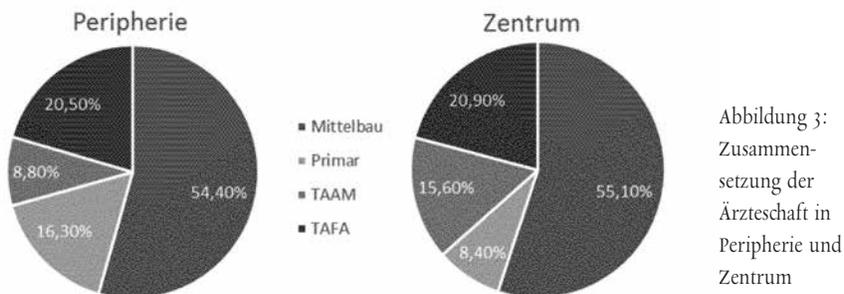


Abbildung 3:
Zusammen-
setzung der
Ärzterschaft in
Peripherie und
Zentrum

22 Die Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (gespag) ist mit einem Marktanteil von rund 44% Oberösterreichs größter Krankenträger und betreibt dzt. 8 Krankenhäuser, davon 6 Allgemeine Krankenhäuser und 2 Sonderkrankenhäuser. (<http://www.gespag.at/gespag/unternehmen.html>, abgerufen am 19.8.2014).

23 Siehe Beitrag Hon.-Prof. Dr. Wallner in dieser Ausgabe.

3.2. Charakteristika am Arbeitsplatz

Um eine Analyse der Ist-Situation vorzunehmen, beurteilten die Teilnehmer ihren Arbeitsplatz hinsichtlich einzelner Charakteristika. Während die Umfrageteilnehmer darauf hinweisen, dass die abgefragten Punkte oftmals abteilungsabhängig seien, lässt sich doch in vielen Punkten ein gewisser Trend erkennen und interpretieren. Allgemein kann die Aussage getroffen werden, dass die Punkte Infrastruktur am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzsicherheit und medizinische Herausforderung die meisten Teilnehmer zufrieden (besser als neutral) stimmen. Die geringste Zufriedenheit (geringer Anteil an Bewertungen, die zumindest besser als neutral bewerten) herrscht über die Personalsituation, die Belastung, die Forschungsmöglichkeiten und die Einkommensmöglichkeiten allgemein sowie durch Sonderklassepatienten. Auch bei den Aufstiegsmöglichkeiten sehen viele Ärzte enormes Verbesserungspotential. Bei den Arbeitszeiten zeigt sich ein insgesamt eher unzufriedenes Bild. Zwar sind jeweils etwa 10 % der Ärzteschaft mit den Arbeitszeiten sehr zufrieden, aber es sind auch ebensoviele sehr unzufrieden. In den Wortmeldungen vielfach kritisiert wird insbesondere eine Teilanrechnung von 24-h-Diensten als Arbeitszeit, weil man faktisch keine Ruhezeiten mehr habe. 36,2 % der Befragten zeigen sich mit den Arbeitsbedingungen eher zufrieden, 43,5 %, und damit die Mehrheit der Teilnehmer, sind eher unzufrieden. In den Kommentaren wird des Öfteren explizit eine möglichst zeitnahe Einhaltung der EU-Arbeitszeitrichtlinien gefordert.

Betrachtet man die Unterschiede zwischen peripheren und zentralen Standorten hinsichtlich der Zufriedenheit mit den unterschiedlichen Faktoren am Arbeitsplatz, werden einige Unterschiede deutlich. So ist zum Beispiel wenig überraschend, dass die Personalsituation in der Peripherie schlechter beurteilt wird als im Zentrum. Ein Viertel der Befragten aus der Peripherie beurteilt sie als sehr schlecht, während im Zentrum immerhin auch ein Fünftel zum selben Urteil kommt. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass hier bereits deutlicher Handlungsbedarf besteht. In Summe sind unter den Ärzten in oberösterreichischen Spitälern 64 % unzufrieden mit der Personalsituation in ihrem Haus und nur 20,8 % geben an, in dieser Hinsicht zufrieden zu sein. Im Gegensatz dazu spiegelt die ausgesprochen hohe Zufriedenheit mit der Infrastruktur am Arbeitsplatz eine hervorragende Ausstattung der oberösterreichischen Spitäler wider. Wie zu erwarten, ist die Zufriedenheit mit der Infrastruktur am Arbeitsplatz in den meist breiter aufgestellten Zentrumsspitalern sogar noch größer. Während die Einstellung zu dieser Thematik in der Peripherie vorwiegend als neutral bis gut zusammengefasst werden kann, ist diese im Zentrum gut bis sehr gut.

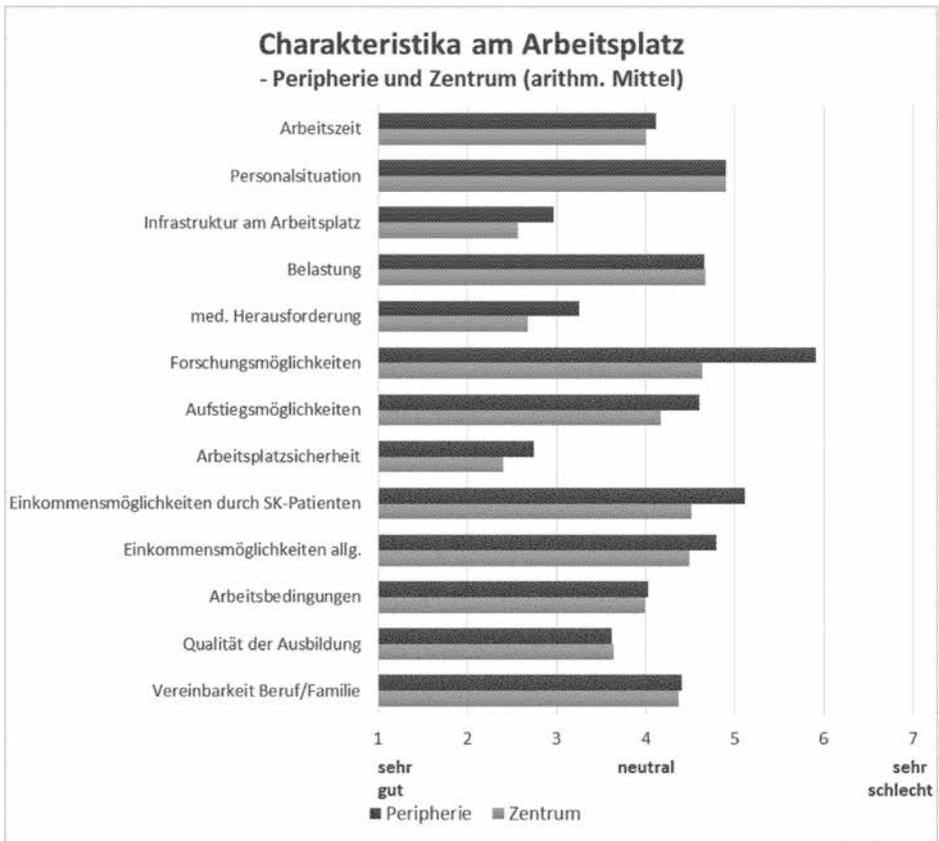


Abbildung 4: Charakteristika am Arbeitsplatz – Unterschied Peripherie und Zentrum (arithm. Mittel)

Die Belastung am Arbeitsplatz wird von Ärzten aus beiden regionalen Kategorien ähnlich eingestuft. Etwa 60 % aller Teilnehmer bewerten sie als eher negativ, 10 % empfinden die Belastung sogar als „sehr schlecht“. Die medizinische Herausforderung wiederum wird von der Mehrheit der Befragten als eher positiv bewertet, wobei die Zentrumsspitaler beim Spitzenwert „sehr gut“ mit 24 % der Antworten weit vor der Peripherie liegen, wo nur 9 % die medizinische Herausforderung als „sehr gut“ bezeichnen. Forschungsmöglichkeiten werden allgemein eher negativ bewertet, bei der Anzahl an „Sehr schlecht“-Antworten zeigen sich zwischen Peripherie und Zentrum erwartungsgemäß starke Unterschiede. So geben über 50 % der Befragten aus den Peripheriespitalern an, mit den Forschungsmöglichkeiten sehr unzufrieden zu sein, während immerhin auch 25 % der Befragten aus den Zentrumsspitalern dieselbe Antwort geben. Außerdem beurteilen im Zentrum doch 24,3 % die Forschungsmöglichkeiten an ihrem Arbeitsplatz als eher positiv, während in der Peripherie nur 5,2 % dieser Auffassung sind. Die

Forschungsmöglichkeiten können somit als bereits vermuteter klarer Nachteil der Peripheriespitäler bestätigt werden, hier wünschen sich aber auch Angestellte im Zentrum mehr Möglichkeiten.

Die Arbeitsplatzsicherheit wird allgemein als gut bewertet, wobei in den Zentrumsspitalern die Einschätzungen noch etwas besser ausfallen als in den Peripheriespitälern. Im Zentrum zeigen sich drei Viertel der Befragten zufrieden mit der Arbeitsplatzsicherheit, in der Peripherie zwei Drittel. Der Modus, die am meisten gewählte Antwort, liegt mit 30 % (Peripherie) bzw. 35 % (Zentrum) bei der Antwort „sehr zufrieden“. Im Gegensatz zur Arbeitsplatzsicherheit beurteilen die Ärzte die Aufstiegsmöglichkeiten im Krankenhauswesen zu einem sehr großen Teil (23 % in der Peripherie bzw. 15 % im Zentrum) mit der schlechtesten Bewertung „sehr unzufrieden“. Auf der siebenstelligen Skala liegt der Mittelwert über das gesamte Antwortspektrum auf diesem Charakteristikum bei 4,6 (zwischen neutral und eher negativ). Analysiert man die Antworten genauer und betrachtet nur die Gruppe des Mittelbaus, so zeigt sich deutlich, woher dieser Missmut kommt. Dort zeigt sich die Unzufriedenheit besonders nachdrücklich, und ist in der Peripherie, wo bis zu 36 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeben, „sehr unzufrieden“ mit den Aufstiegsmöglichkeiten zu sein, sogar noch ausgeprägter als im Zentrum (20 %). Die besonders hohe Zahl an negativen Antworten sollte jedenfalls zu denken geben, auch wenn die Unzufriedenheit im Mittelwert weniger gut sichtbar ist. Sie zeigt auf, dass in diesem Bereich große Frustration vorliegt, der entgegenzuwirken ein wichtiger Baustein im Zuge eines Maßnahmenprogramms zur Attraktivitätssteigerung des ärztlichen Berufes wäre.

Ein weiterer oft angesprochener Kritikpunkt im Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen für Ärzte stellen die Einkommensmöglichkeiten dar, insbesondere unter Berücksichtigung der extremen Arbeitszeiten. Allgemein werden sie in der Befragung als neutral bis negativ beurteilt, wobei besonders Einkommensmöglichkeiten durch Sonderklassepatienten als eher negativ eingestuft werden. Erwartungsgemäß fällt in dieser Kategorie das Ergebnis in der Peripherie, wo es weniger Sonderklassepatienten gibt, noch wesentlich schlechter aus. Dies bestätigt die immerwährenden Forderungen, das Grundgehalt der Ärzteschaft anzuheben. Eine berechnete Forderung, wie ein europaweiter Vergleich der kaufkraftbereinigten Einkommen der Ärzteschaft zeigt²⁴. Die Einkommen der Ärzte fallen im europäischen Vergleich tatsächlich vergleichsweise niedrig aus, was die Abwanderungsgefahr ins nahe Ausland zusätzlich erhöht. Zusätzlich wird im Feedback immer wieder die Verteilung der Sondergebühren innerhalb der Abteilungen kritisiert und eine angemessene Kompensationsmöglichkeit für die Peripherie gefordert.

²⁴ Kaufkraftbereinigte Einkommen der Ärzte im europäischen Vergleich, KPMG (2011).

Der allgemein gefasste Begriff Arbeitsbedingungen wird von den Teilnehmern sehr unterschiedlich beurteilt, unterscheidet sich aber kaum zwischen Peripherie und Zentrum. Etwa 40 % empfinden die Arbeitsbedingungen als eher negativ und ebenso etwa 40 % befinden sie als eher positiv, wobei eine klare Tendenz zur Mitte gegeben ist und die Extremwerte „sehr zufrieden“ und „sehr unzufrieden“ nur von jeweils 4 % („sehr zufrieden“) bzw. 7 % („sehr unzufrieden“) der Teilnehmer gewählt werden.

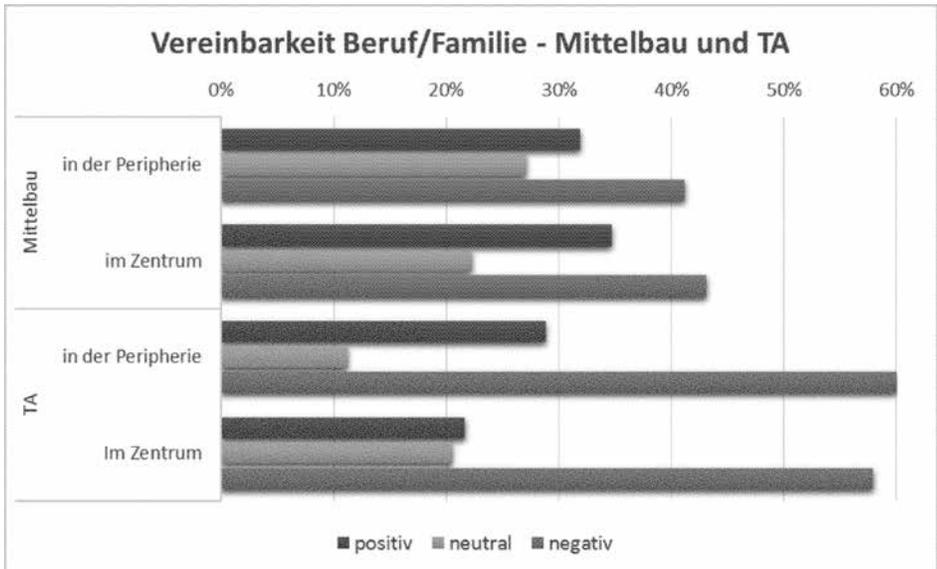


Abbildung 5: Vereinbarkeit von Beruf und Familie aus Sicht des Mittelbaus und der TÄ

Leichte Vorteile für die Peripherie zeigt die Bewertung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auf, wenn auch insgesamt die negativen Antworten dominieren. Eine isolierte Betrachtung von Mittelbau und TÄ zeigt, dass unter den Jungmediziner die Einschätzung sogar noch schlechter ausfällt als im Mittelbau. Im Unterpunkt 3.8. Einschätzung und tatsächliche Bewertung wird diese Bewertung einer allgemeinen Einschätzung zu den Vorteilen von Peripherie und Zentrum gegenübergestellt. Bei diesen Charakteristika fällt das Urteil der TA bei isolierter Betrachtung in der Regel schlechter aus als das Urteil des Mittelbaus. Das mag zum Beispiel bei den Arbeitszeiten durchaus auch an einem Gewöhnungseffekt liegen, der sich im Laufe der Jahre einstellt, ist aber doch ein deutliches Zeichen für eine dringend notwendige Verbesserung der Bedingungen, auch für Jungmediziner.

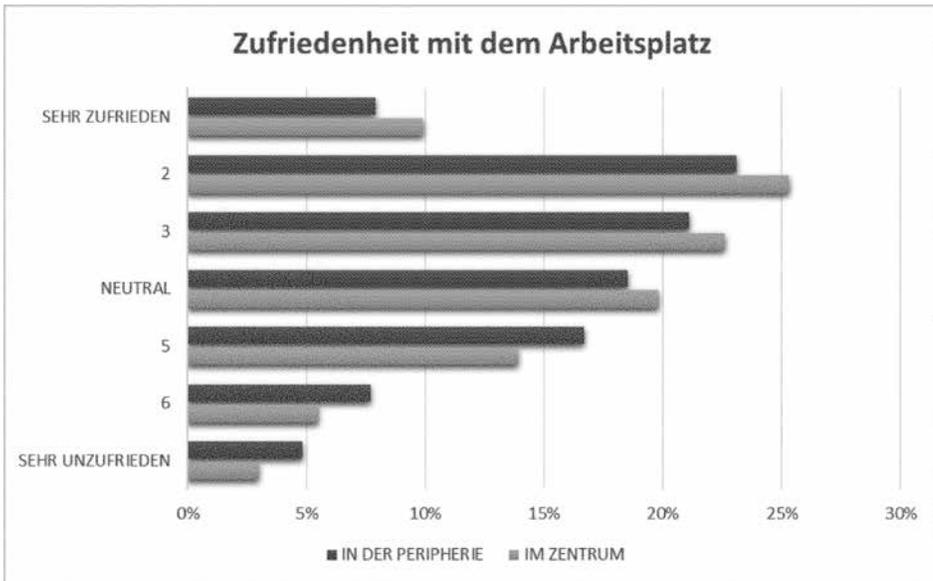


Abbildung 6: Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz in Peripherie und Zentrum

Auch die allgemeine Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz wurde untersucht. Dabei stellt sich heraus, dass die Ärzteschaft im Allgemeinen zwar durchaus zufrieden mit dem Arbeitsplatz ist, dieser Zustand allerdings nicht überbewertet werden sollte. Er stellt nur die teilweise Befriedigung eines wichtigen Grundbedürfnisses dar. Anders betrachtet, sehen über 90 % der Ärzte noch Verbesserungspotential am Arbeitsplatz. Versucht man, dieses Ergebnis mit den Ergebnissen anderer Studien zu vergleichen, zeigt sich ein dramatisches Bild. Während der Durchschnittswert der allgemeinen Arbeitszufriedenheit über unterschiedliche Berufsgruppen bei etwa 80 % der verwendeten Skala liegt, liegt dieser Wert bei den Ärzten bei etwa 60 %. Untergliedert nach Bildungsniveau zeigt sich, dass sogar Hilfsarbeiter eine größere durchschnittliche Arbeitszufriedenheit aufweisen, obwohl grundsätzlich Akademiker die höchste Arbeitszufriedenheit aufweisen.²⁵ In Anbetracht unterschiedlicher Studiendesigns sind allerdings weitere Untersuchungen in diese Richtung erforderlich.

Unter den Teilnehmern aus der Ärzteschaft zeigt sich über alle Kategorien auf der Zufriedenheitsskala hinweg, dass im Zentrum die Anzahl der positiven Bewertungen gegenüber der Peripherie überwiegt, und in der Peripherie die Anzahl der negativen Bewertungen. Für beide Kategorien liegt der Median bei 3 (eher zufrieden) und der Modus, die am häufigsten gegebene Antwort, bei 2 (zufrieden).

25 Vgl. Statistik Austria (2010), Bericht Projekt „Wohlbefinden“.

Das arithmetische Mittel liegt in der Peripherie bei 3,55 und im Zentrum bei 3,3, unterscheidet sich also nur leicht zugunsten der Zentrumsspitaler. Im Zentrum beschreiben 22,4 % der Befragten ihre Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz als eher negativ, in der Peripherie liegt dieser Wert etwas höher, nämlich bei 29,2 %. Sowohl Ärzte in Ausbildung als auch Mittelbau oder Primare zeigen sich bei isolierter Betrachtung in der Peripherie öfter unzufrieden als im Zentrum.

Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied bei den TAAM, die im Zentrum wesentlich öfter als in der Peripherie angeben, zufrieden mit dem Arbeitsplatz zu sein. Mit den Stufen der Karriereleiter steigt scheinbar auch die Zufriedenheit, so sind Primare im Schnitt am zufriedensten, gefolgt vom Mittelbau und den TAFAs. Die geringste durchschnittliche Zufriedenheit weisen TAAM auf. Ob diese Zusammenhänge tatsächlich durch den beruflichen Status induziert werden oder doch aus anderen Zusammenhängen resultieren, wird in weiterer Folge in einer Regressionsanalyse noch näher betrachtet.

Um bei einem Vergleich von Peripherie und Zentrum die Homogenität der Umfrageteilnehmer zu erhöhen, wurde zusätzlich auch nach den beiden größten Gruppen von Krankenhausträgerschaften unterschieden. Die Gruppe der Ordensspitaler wurde zusammengefasst und der gespag gegenübergestellt. Im Zuge dieses Schrittes sollen zum Beispiel gewisse firmenpolitische Maßnahmen, die alle Angestellten eines bestimmten Sektors betreffen, für die jeweilige Untergruppe vereinheitlicht werden. Dieser Schritt erhöht zwar die Homogenität und somit die Vergleichbarkeit der Stichproben, verringert allerdings die Stichprobengrößen, sodass bei der Interpretation von Differenzen größere Sorgfalt gefordert ist. Vergleicht man die beiden Gruppen ganz allgemein, fällt auf, dass in vielen Belangen die Ordensspitaler etwas attraktiver als Arbeitgeber wahrgenommen werden als die Häuser der gespag. Eine Untersuchung der Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz zeigt, dass unter Angestellten im Mittelbau bei der gespag 37,2 % „eher unzufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ sind. Bei den Angestellten der Ordensspitaler sind es mit 19,8 % nur etwa halb so viele. „Eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ zeigen sich 45,4 % des Mittelbaus bei der gespag und 61,5 % in den Ordensspitalern.

Dies ist allerdings nicht allein als Resultat der Trägerschaft zu werten, sondern auch von anderen beeinflussenden Faktoren abhängig. So spielt beispielsweise die unterschiedliche Verteilung von gespag und Ordensspitalern in Peripherie und Zentrum eine entscheidende Rolle. Für eine genaue Aufschlüsselung des multivariaten Zusammenhangs wird auf die Regressionsanalyse im Unterpunkt 3.5 verwiesen.

3.3. Ärzte in Ausbildung

In Ausbildung befindliche Ärzte wurden getrennt hinsichtlich ihrer Meinung zur Ausbildungsstätte befragt, die Zuteilung zur Frage erfolgte abermals mittels Selbstselektion in eine der beiden Kategorien TAAM und TAFE. Beim Postversand wurde an jene Ärzte, die sich laut Standesführung zum Stichtag der Datenabfrage in Ausbildung befanden, ein leicht modifizierter Fragebogen versandt.

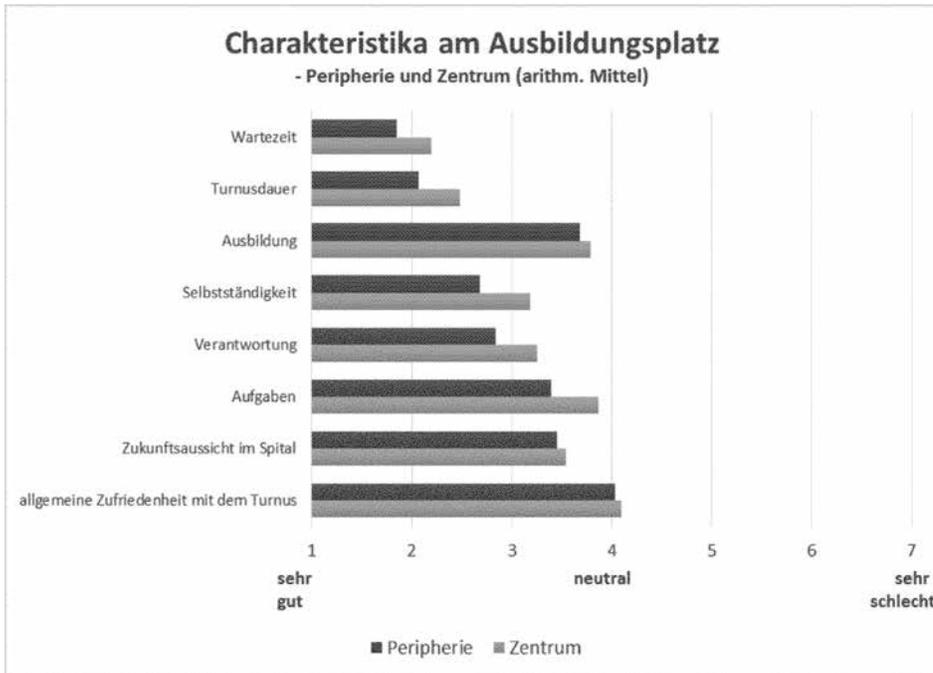


Abbildung 7: Charakteristika am Ausbildungsplatz – Peripherie und Zentrum

Die Vergabepraktik von Turnusarztstellen hat in den letzten Jahren besonders in der Peripherie einen rasanten Wandel durchgemacht. Während früher ein allgemeines Überangebot an Medizinstudiums-Absolventen herrschte²⁶, kommt es mittlerweile vor allem in der Peripherie bei der Nachbesetzung offener Ausbildungsstellen zu ernsthaften Schwierigkeiten. Dies wirkt sich, wie auch aus den offenen Antworten der Umfrageteilnehmer hervorgeht, bereits massiv auf die verbliebene Belegschaft aus. Aufgrund dieser Personalknappheit sind besonders die Spitäler in der Peripherie gezwungen, die Attraktivität der Turnusausbildung zu erhöhen, um genügend junge Medizin-Absolventen, die immer noch als wich-

26 Sinabell (2014).

tige Systemerhalter fungieren, zu rekrutieren. Diese Maßnahmen sind durchaus bereits in den Umfragedaten erfasst. Gleichzeitig werden in den Wortmeldungen der Umfrageteilnehmer auch zahlreiche Stimmen laut, die aufzeigen, dass unter der verstärkten Knappheit der Ressource Zeit auf Grund der prekären Personalsituation vor allem die Ausbildung leide.

Während noch vor einigen Jahren angehende Ärzte für offene Turnusarztstellen sprichwörtlich Schlange stehen mussten, wird mittlerweile die Wartezeit von den Teilnehmern allgemein sehr positiv bewertet. Dies ist eine positive Entwicklung, da durch kurze Wartezeiten Leerläufe im Ausbildungsprozess der angehenden Mediziner vermieden werden können und auch die Ausbildungsqualität vom Wettbewerb um Kandidaten profitieren könnte. Die Bewertungen in der Peripherie fallen demgemäß sogar noch besser aus als im Zentrum. So beurteilen 50,3 % der Turnusärzte in Peripherie die Wartezeit als „sehr gut“, während es in der Peripherie sogar 64,6 % sind.

Auch die Turnusdauer wird sehr positiv bewertet, abermals mit Vorzügen für die Peripherie, wo 60,3 % die Dauer als „sehr gut“ bewerten, während im Zentrum 36,7 % dasselbe Urteil fällen. Gleichzeitig ist aber auch die Anzahl der negativen Bewertungen in der Peripherie höher. So stufen 11,3 % der Turnusärzte die Turnusdauer in der Peripherie als eher negativ ein, etwa die Hälfte davon urteilt sogar „sehr schlecht“, während im Zentrum 8,7 % eher negativ bewerten, wovon weniger als ein Viertel (1,9 %) meinen, die Dauer sei „sehr schlecht“

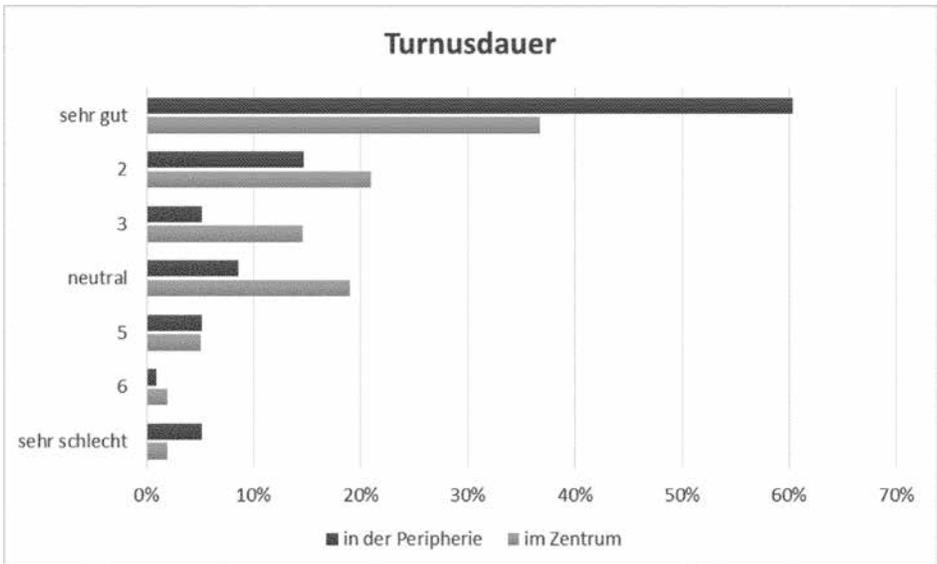


Abbildung 8: Bewertung der Turnusdauer in Peripherie und Zentrum – im Detail

Die Ausbildung an sich wird zwar im Schnitt von TA in Peripherie und Zentrum etwa gleich bewertet, auffallend ist dabei aber, dass in der Peripherie die positiven und negativen Extremwerte stärker vertreten sind, während im Zentrum die mittleren Werte überwiegen. Ein Vergleich der statistisch relevanten Kennzahlen Median und Modus zeigt, dass sowohl in der Peripherie als auch im Zentrum der Median, also die nach Antworten gereichte mittlere Beobachtung, bei 4 („neutral“) zu finden ist. Beim Modus, also der am häufigsten gegebenen Antwort, unterscheiden sich Peripherie und Zentrum allerdings stark. So liegt der Modus in der Peripherie bei 3, die Ausbildung wird also eher positiv bewertet, während im Zentrum der Modus eher negativ ist, nämlich den Wert 5 annimmt, sodass zusammenfassend gesagt werden kann, dass die Ausbildung in der Peripherie keinen deutlichen Nachteil bietet, wie man beispielsweise aufgrund limitierter Fallzahlen oder weniger breiter Behandlungsspektren annehmen könnte. Allerdings ist es denkbar, dass Ausbildungsstellen für bestimmte Facharztrichtungen in der Peripherie kaum angeboten werden und die angehenden Ärzte daher in die Zentren gedrängt werden.

Die Selbstständigkeit scheint eine der Stärken der Peripherie zu sein, da diese dort von den TÄ äußerst positiv bewertet wird. Nur 9,1 % der TÄ in der Peripherie sehen die Selbstständigkeit als eher negativ, während es im Zentrum mit 20,4 % mehr als doppelt so viele sind. Eher positiv bewerten dieses Charakteristikum in der Peripherie 78 %, im Zentrum 58 %. Auch hier liegt der Median der Antworten im Zentrum bei 3 und ist somit etwas schlechter als in der Peripherie, wo er bei 2 liegt. Selbstständiges Arbeiten geht mit übernommener Verantwortung wahrscheinlich Hand in Hand, da sich dort ein ähnliches Bild in abgeschwächter Form zeigt. Die große Mehrheit der Befragten, nämlich 67 % in der Peripherie und 58 % im Zentrum, zeigt sich mit der Verantwortung eher zufrieden. Bei den Aufgaben ist die allgemeine Einschätzung eher durchwachsen und spiegelt wohl wider, dass TÄ nach wie vor aus Kostengründen oft als Systemerhalter fungieren und ausbildungsferne Aufgaben übernehmen müssen, für die Sie eigentlich nicht vorgesehen sind. Das deutlich bessere Abschneiden der Peripherie auf diesem Charakteristikum zeigt, dass man sich der Problematik bewusst ist und bereits daran arbeitet.

Die Zukunftsaussichten im Spital bewerten die TÄ im Schnitt sehr ähnlich, allerdings sind wiederum die Extremwerte stärker in der Peripherie vertreten. 11,7 % bezeichnen die Zukunftsaussichten in der Peripherie als sehr schlecht, 7,4 % urteilen so über die Zukunftsaussichten im Zentrum. Dies könnte durchaus mit politischer Erwartungshaltung zu tun haben, da die Peripheriespitäler einerseits ganz offensichtlich mit Personalknappheit zu kämpfen haben und sich dadurch die bestehende ärztliche Belegschaft wenig Sorgen um den Arbeitsplatz zu machen braucht. Andererseits sind aber Peripheriespitäler auch verstärkt von Kürzungen,

Einsparmaßnahmen und anderen Reduktionsmaßnahmen betroffen, sodass sich die Betroffenen möglicherweise doch ihres Arbeitsplatzes nicht ganz so sicher sein können. Ein Teilnehmer drückt diesen Missmut folgendermaßen aus: „In der Peripherie ist man mit Schließungsängsten konfrontiert. Zusätzlich kommt es durch den stärkeren TÄ-Mangel zu deutlichen Mehrbelastungen des Mittelbaus.“

Trotz eindeutig attestierter positiver Eigenschaften der Peripheriespitäler ist die allgemeine Zufriedenheit mit dem Turnus unabhängig von der Region in etwa gleich. In beiden Fällen liegen Median und Modus bei der neutralen Bewertung (4). Insgesamt überwiegen die positiven Stimmen leicht, obwohl doch immerhin 9 % bzw. 12 % der TÄ die Zufriedenheit mit dem Turnus als „sehr schlecht“ beurteilen und somit der Mittelwert leicht negativ ausfällt. Daraus lässt sich schließen, dass die TÄ recht genau wissen, worauf sie sich mit einer Turnusarztstelle in der Peripherie oder im Zentrum einlassen und in beiden Fällen die Erwartungen ähnlich gut oder schlecht erfüllt werden.

Basierend auf den Antworten der TÄ kann gesagt werden, dass die Turnusausbildung in der Peripherie viele Vorteile zu haben scheint. Wartezeit und Turnusdauer werden allgemein als recht gut beurteilt, allerdings ist die Peripherie dabei noch deutlich besser aufgestellt als das Zentrum. Auch bei den Kategorien Selbstständigkeit und allgemeine Zufriedenheit mit dem Turnus kann die Peripherie punkten.

3.4. Einflussfaktor Wohnort

Die Wohnortpräferenz stellt ein weiteres, enorm wichtiges Entscheidungskriterium für die Anstellungswahl dar, dies bestätigt sich auch in der Auswertung der Befragung. Im Zuge der Erhebung war im Vorhinein klar, dass Zentrumsbewohner von einer besseren Infrastruktur profitieren können, während Bewohner der ländlichen Regionen eher den besonders schönen Lebensraum zu schätzen wissen und dass es dafür unterschiedliche Präferenzen geben würde. Allerdings war in der Fragestellung eher der Umkehrschluss von Interesse, nämlich wie sehr wird die schlechtere Infrastruktur in der Peripherie als Nachteil empfunden, beziehungsweise welche Abstriche werden beim Lebensraum gemacht. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist eine gewisse Vorsicht geboten: Die Auftrennung in Peripherie und Zentrum betrifft nur den Arbeitsplatz, wo genau der Wohnort liegt, ist nicht ersichtlich. Allerdings besteht die Möglichkeit, nach Entfernung zum Arbeitsplatz zu unterscheiden. Beide Unterscheidungen weisen ein eindeutiges Bild auf. Sowohl eine Unterscheidung nach Anfahrtsweg (kleiner oder größer als 10 km) als auch eine Unterscheidung nach Anstellungsort (Peripherie/Zentrum) bringt nur minimale Unterschiede zwischen der Ärzteschaft zutage. Sowohl mit der Infrastruktur, mit dem Wohnraum als auch mit der Lebensqualität sind die Um-

frageteilnehmer im Großen und Ganzen äußerst zufrieden. Die Unterschiede bestehen eigentlich nur in der Ausprägung der Zufriedenheit. Einzig beim Anfahrtsweg ergeben sich vor allem aufgrund längerer Anfahrtswege Unterschiede in der Lebensqualität, die sich, aufgrund der im Schnitt etwas längeren Anfahrtswege bei Krankenanstalten in der Peripherie, dort etwas stärker bemerkbar machen.

3.5. Regressionsanalyse zur Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz

Die Problematik des multivariaten Zusammenhangs erschwert eine sinnhafte Interpretation der einzelnen Kernvariablen. In den vorangegangenen Sektionen wurden Variablen einzeln oder als Einflussfaktor auf bestimmte Untergruppen untersucht. Da die abhängige Variable Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz in unserem Modell allerdings von mehreren Faktoren gleichzeitig beeinflusst wird, ermöglicht eine multivariate Regressionsanalyse eine detailliertere Aufgliederung der Wirkrichtungen der einzelnen Kovariablen. Dies soll keinen rein kausalen Zusammenhang induzieren, sondern einen genaueren Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit am Arbeitsplatz und den anderen Variablen darstellen. Dieses Werkzeug ist besser dafür geeignet, eine Interpretation des Koeffizienten „Angestellter in der Peripherie“ vorzunehmen, da auch die Zusammenhänge mit anderen Kontrollvariablen berücksichtigt werden.

In einem einfachen statistischen Regressionsmodell werden die Determinanten von Arbeitszufriedenheit anhand der multivariaten Regressionsanalyse mittels Kleinstquadrat-Schätzmethode (OLS) untersucht. Als abhängige Variable wird die Antwort der Umfrageteilnehmer auf die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz herangezogen. Die Antworten liegen auf einer siebenstelligen Skala, wobei 1 den Wert sehr zufrieden darstellt, 4 als „neutral“ betitelt wird und 7 als „sehr unzufrieden“. Zur Durchführung einer multivariaten OLS-Regressionsanalyse ist es notwendig, die bereits getroffene Annahme der Intervallskalierung aufrecht zu erhalten. Diese Annahme beinhaltet, dass die Abstände zwischen den Bewertungsschritten als äquidistant angesehen werden, was eine starke Abstraktion und Vereinfachung darstellt, aber dazu dienen soll, ein trotzdem aussagekräftiges, einfach zu interpretierendes Modell zu konstruieren. Ziel dieses Modells wird dann weniger sein, die Größe der geschätzten Koeffizienten in Stein zu meißeln, sondern vielmehr, eine Idee der Wirkrichtungen der unterschiedlichen Kovariablen zu erlangen.

Es wird angenommen, dass die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz das Resultat mehrere Faktoren ist. So ist durchaus plausibel, dass sich sozioökonomische Fak-

toren wie Alter, Geschlecht, Einkommen oder Wohnort, aber auch bestimmte Determinanten des Anstellungsortes, wie die Lage im Zentrum oder der Peripherie, die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Krankenhausträger oder die Anstellungsdauer auf die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz auswirken. Da die deskriptive Statistik bei der Berücksichtigung multivariater Einflussfaktoren schnell an ihre Grenzen stößt, bietet sich die multivariate Regressionsanalyse als objektives Verfahren zur detaillierten Untersuchung der unterschiedlichen Einflussgrößen an. Es werden nur jene Teilnehmer miteinbezogen, die alle relevanten Fragen beantworteten. Dies geschieht unter der Annahme, dass kein selektiver Antwortverweigerungsprozess vorliegt und auszuschließende Teilnehmer zufällig auftreten. Somit verbleiben 869 Beobachtungen für die Regression.

Die Ergebnisse der Regression sind in Tabelle 5 dargestellt.²⁷ Ein negativer Koeffizient beeinflusst die abhängige Variable negativ, das heißt, die Variable „Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz“ hat einen kleineren Wert. Da auf der 7-stelligen Skala 1 für sehr zufrieden steht und 7 für sehr unzufrieden, bedeutet ein negativer Koeffizient eine Verbesserung auf der Zufriedenheitsskala. Sterne bei den Koeffizienten symbolisieren eine 99-prozentige (***) , 95-prozentige (**) und 90-prozentige (*) Wahrscheinlichkeit, dass das jeweilige Konfidenzintervall nicht 0 umfasst und die Variable somit mit der entsprechenden Irrtumswahrscheinlichkeit von einem, fünf oder zehn Prozent keinen Einfluss hat. Gleichwohl bedeutet dies aber nicht, dass Koeffizienten mit größerer Irrtumswahrscheinlichkeit nicht von Bedeutung sind. Auch ein t-Wert von 1,15 umfasst ein 75 %iges Konfidenzintervall (25 %ige Irrtumswahrscheinlichkeit), in dem der Koeffizient eindeutig positiv oder negativ ist.

Demzufolge wirken sich vor allem private KH-Träger, Primarstellungen und Trägererschaft durch einen Orden bei ansonsten gleichbleibenden Bedingungen jeweils positiv auf die Zufriedenheit aus. Das bedeutet: Nimmt man zwei statistisch identische Beobachtungen, die sich nur in der Eigenschaft des Primararztstatus unterscheiden, aber ansonsten gleich sind (gleiches Alter, gleicher KH-Träger, gleiches Geschlecht, gleiche Anstellungsdauer, beide Fachärzte usw.), so ist der Primararzt mit weniger als einprozentiger Irrtumswahrscheinlichkeit um -0,85 Punkte auf der Skala zufriedener als der Mittelbauarzt. Gleichzeitig wirkt sich das TA-Dasein eher negativ auf die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz aus, der Koeffizient ist zwar weniger ausgeprägt, aber positiv. Der t-Wert von 1,59 induziert, dass sich der tatsächliche Effekt mit einer etwa 89-prozentigen Wahrscheinlichkeit, also mit einer 11-prozentigen Irrtumswahrscheinlichkeit, von 0 unterscheidet.

27 Die Regressionsanalyse wurde mit der Funktion RGP in Microsoft Excel Home and Business 2013 durchgeführt.

Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz	Koeffizient (Standardfehler)	t – Wert
Weiblich	-0,117 (0,11)	1,06
Primar	-0,85*** (0,179)	4,76
TA	0,275 (0,173)	1,59
FA	-0,239 (0,157)	1,52
Ordensspital	-0,347*** (0,12)	2,9
Privater KH Träger	-1,182*** (0,352)	3,36
Sonstiger KH Träger	-0,291 (0,185)	1,57
Peripheriespital	0,207* (0,116)	1,78
Alter: jünger als 30	-0,006 (0,203)	0,03
Alter: zwischen 40 und 49	0,113 (0,175)	0,65
Alter: zwischen 50 und 65	-0,05 (0,21)	0,24
Alter: älter als 65	-1,257 (1,103)	1,14
Entfernung zum Arbeitsplatz: 5 bis 10 km	-0,038 (0,149)	0,25
Entfernung zum Arbeitsplatz: 10 bis 20 km	0,102 (0,169)	0,6
Entfernung zum Arbeitsplatz: 20 bis 50 km	0,048 (0,145)	0,33
Entfernung zum Arbeitsplatz: mehr als 50 km	-0,039 (0,213)	0,18

Anstellungsdauer: 5 bis 10 Jahre	0,234 (0,171)	1,37
Anstellungsdauer: 10 bis 20 Jahre	0,14 (0,2)	0,7
Anstellungsdauer: länger als 20 Jahre	0,357 (0,23)	1,55
Konstante	3,582*** (0,25)	14,31
N:	869	
R ²	0,0735	

Tabelle 1: Regressionsergebnisse, Standardfehler in Klammern;
 *** 99 % Signifikanzniveau; ** 95 % Signifikanzniveau; * 90 % Signifikanzniveau

Eine längere Anstellungsdauer scheint größere Unzufriedenheit mit sich zu bringen, darauf deutet besonders der Koeffizient für eine Anstellungsdauer von mehr als 20 Jahren hin. Weniger bedeutsam scheint die Entfernung zum Arbeitsplatz zu sein, die entsprechenden Koeffizienten sind statistisch kaum signifikant. Beim Alter dient die Gruppe der 30- bis 39-Jährigen als Basisgruppe, die Koeffizienten der anderen Altersgruppen sind als Differenz zur Basisgruppe zu interpretieren. Besonders unterscheiden sich am ehesten die Ältesten, für die ein negativer Effekt, also eine erhöhte Zufriedenheit, messbar ist.

Weiters zeigt sich nun auch in der Regressionsanalyse deutlich, dass die Anstellung im Peripheriespital, trotz Berücksichtigung anderer Faktoren, eine statistisch signifikante Verschlechterung der Arbeitsplatzzufriedenheit mit sich bringt. Darüber hinaus lässt sich aus den Ergebnissen interpretieren, dass Angestellte der gespag, die als Basisgruppe herangezogen wurden, verglichen mit den anderen KH Trägern ceteris paribus unzufriedener sind.

Die Regressionsergebnisse bringen zwar keine großen Überraschungen zutage, untermauern aber noch einmal die Ergebnisse aus der vorangegangenen deskriptiven Analyse und bestätigen einen negativen Zusammenhang der Arbeitszufriedenheit mit einem Peripheriestandort.

3.6. Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes

Im Zuge der Befragung waren auch die Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes von besonderem Interesse. Dabei sollten die Teilnehmer jene fünf Punkte auswählen, die für sie bei der Anstellungswahl besonders wichtig waren. Das aus dieser Fragestellung erstellte Ranking reiht die individuellen Häufigkeiten der Kriterien.

Betrachtet man die angegebenen Beweggründe für die Wahl des Anstellungsortes, so ergeben sich in der aggregierten Betrachtungsweise keine großen Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum. Arbeitsbedingungen und Arbeitszeit werden gemeinhin als wichtigste Kriterien angegeben, aber auch der Wohnort spielt eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung eines Anstellungsortes und wird insgesamt auf Rang drei gewählt. Die Beweggründe für die Wahl eines Anstellungsortes unterscheiden sich im fünftwichtigsten Kriterium allerdings nur gering. Dabei wählen die Vertreter aus der Peripherie die Einkommensmöglichkeiten (im Zentrum auf Platz 6) und die Ärzte aus dem Zentrum wählen die medizinische Herausforderung (in der Peripherie auf Platz 7). Die Unterschiede bei gemeinsamer Betrachtung sind also eher gering. Von trotzdem großer Bedeutung ist aber die Erkenntnis, dass die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszeit die wichtigsten Entscheidungskriterien sind. Die Kontrolle über diese Bedingungen obliegt zumindest zu einem gewissen Teil sicherlich der Krankenhausführung, sodass mittels einer Verbesserung mehr ärztliche Mitarbeiter rekrutiert werden könnten.

Gesamt	
Peripherie	Zentrum
Arbeitsbedingungen (56 %)	Arbeitsbedingungen (54 %)
Arbeitszeit (56 %)	Arbeitszeit (50 %)
Wohnort (54 %)	Wohnort (47 %)
Vereinbarkeit Beruf/Familie (50 %)	Vereinbarkeit Beruf/Familie (45 %)
Einkommensmöglichkeiten (35 %)	medizinische Herausforderung (43 %)

Tabelle 2: Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes – gesamt

Bei einer isolierten Betrachtung des Mittelbaus und der Primärärzte zeigen sich größere Unterschiede. So wird vom Mittelbau in der Peripherie der Wohnort am zweithäufigsten als Entscheidungskriterium angegeben (58,7 %), während Angehörige des Mittelbaus im Zentrum dem Wohnort etwas weniger Bedeutung

zusprechen. Zentrumsärzte legen speziellen Wert auf die medizinische Herausforderung und die Infrastruktur am Arbeitsplatz, der Unterschied beträgt jeweils über 17 Prozentpunkte²⁸. Primare geben kollektiv die medizinische Herausforderung als obersten Beweggrund an, wobei im Zentrum 80 % der Antworten auf dieses Kriterium fielen, in der Peripherie nur 55 %. Außerdem werden von den Primärärzten im Zentrum die Reputation des Spitals (60 % im Zentrum, 27 % in der Peripherie) und die Infrastruktur am Arbeitsplatz besonders wertgeschätzt.

Mittelbau		Primar	
Peripherie	Zentrum	Peripherie	Zentrum
Arbeitszeit (60 %)	Arbeitsbedingungen (59 %)	medizinische Herausforderung (55 %)	medizinische Herausforderung (80 %)
Wohnort (59 %)	Arbeitszeit (50 %)	Arbeitsbedingungen (54 %)	Expertise/Reputation (60 %)
Arbeitsbedingungen (57 %)	medizinische Herausforderung (49 %)	Wohnort (49 %)	Einkommensmöglichkeiten (45 %)
Vereinbarkeit Beruf/Familie (56 %)	Vereinbarkeit Beruf/Familie (48 %)	Einkommensmöglichkeiten (41 %)	Infrastruktur am Arbeitsplatz (38 %)
Arbeitsplatzsicherheit (41 %)	Wohnort (45 %)	Arbeitszeit (38 %)	Wohnort (38 %)

Tabelle 3: Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes – Ärzte mit abgeschlossener Ausbildung

Während beim Mittelbau in der Peripherie die Arbeitsplatzsicherheit zu den fünf wichtigsten Beweggründen zählt, wird im Gegensatz zum Zentrum die medizinische Herausforderung etwas nach hinten gereiht. Bei den Primaren steht die medizinische Herausforderung sowohl in der Peripherie als auch im Zentrum an oberster Stelle. Zusätzlich geben Primare aus den Zentrumsspitalern wesentlich häufiger an, sich aufgrund der Expertise und auch aufgrund der Infrastruktur am Arbeitsplatz für ein Zentrumsspital entschieden zu haben. Dieser Punkt rangiert an zweithäufigster Stelle, während in Peripheriespitalern dieser Punkt nur an achter Stelle rangiert. Auch die Einkommensmöglichkeiten zählen für die Primare zu den fünf wichtigsten Entscheidungspunkten.

²⁸ Der Prozentsatz derjenigen, die das bestimmte Kriterium unter die 5 wichtigsten gewählt haben, ist in der Peripherie um 17 Prozentpunkte höher als im Zentrum.

TÄ geben bei gesamtheitlicher Betrachtung in der Peripherie am häufigsten die Arbeitszeit als Entscheidungskriterium an, gefolgt von der Qualität der Ausbildung. Bei den TÄ im Zentrum hingegen stehen die Qualität der Ausbildung an erster und die Arbeitszeit an zweiter Stelle. Bei den TÄ unterscheiden sich die Entscheidungsgründe am stärksten bei der Expertise/Reputation des Spitals. 4 % der in der Peripherie ansässigen TÄ geben an, die Reputation in die Entscheidung als wichtiges Kriterium einbezogen zu haben, während es im Zentrum 16 % sind. Eine Besonderheit bei den TAAM ist, dass zusätzlich die Turnusdauer eine wichtige Rolle bei der Entscheidungsfindung spielt. In der Peripherie steht dieses Kriterium gemeinsam mit der Ausbildungsqualität sogar an erster Stelle. Im Zentrum findet sich die Ausbildungsdauer im Prioritätsranking an fünfter Stelle bei den TAAM. Eine Besonderheit der TAAM stellt das Bewusstsein der problematischen Personalsituation dar. Während im Zentrum etwa 30 % der Teilnehmer angeben, die Personalsituation bei der Anstellungswahl besonders berücksichtigt zu haben, sind es in der Peripherie weniger als halb so viele, nämlich 12,5 %. Bei den TAFE spielt die Turnusdauer eine weniger große Rolle und wird nur von 10 % bzw. 16 % der Teilnehmer als eines der wichtigsten Entscheidungskriterien gewählt. Da es sich bei den TAFE auch um Assistenzärzte handelt, ist dies allerdings wenig überraschend. Dennoch ist auch dabei der Unterschied zwischen Peripherie und Zentrum recht groß. Jene angehenden Fachärzte, denen die Turnusdauer ein besonderes Anliegen ist, sind vorwiegend in der Peripherie anzutreffen. TAFE in der Peripherie legen einen höheren Wert auf die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszeit, erst an dritter Stelle folgt die Qualität der Ausbildung, wird aber trotzdem von 54 % als wichtiges Kriterium angegeben.

TAAM		TAFE	
Peripherie	Zentrum	Peripherie	Zentrum
Qualität der Ausbildung (60 %)	Qualität der Ausbildung (68 %)	Arbeitsbedingungen (59 %)	Qualität der Ausbildung (62 %)
Turnusdauer (60 %)	Arbeitszeit (55 %)	Arbeitszeit (58 %)	Arbeitszeit (55 %)
Arbeitszeit (58 %)	Wohnort (55 %)	Qualität der Ausbildung (54 %)	Arbeitsbedingungen (50 %)
Wohnort (55 %)	Arbeitsbedingungen (51 %)	Vereinbarkeit Beruf/Familie (51 %)	Wohnort (49 %)
Arbeitsbedingungen (48 %)	Turnusdauer (43 %)	Wohnort (46 %)	Vereinbarkeit Beruf/Familie (47 %)

Tabelle 4: Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes – Ärzte in Ausbildung

Im Zentrum sind diese drei Kriterien ebenfalls die meistangegebenen bei den TÄFA, allerdings dominiert die Qualität der Ausbildung. Einen markanten Unterschied zwischen Peripherie und Zentrum findet man unter TÄFA bei den Kriterien Expertise des Spitals und Vertrautheit mit dem Krankenhaus: Während in der Peripherie nur etwa 4 % der TÄFA die Reputation als entscheidendes Kriterium ansehen, sind es im Zentrum immerhin 23 %. Bei der Vertrautheit mit dem Spital verhält es sich umgekehrt. 18 % entscheiden sich vorwiegend aufgrund der Vertrautheit mit dem Spital für eine Anstellung im Zentrum, 30 % für eine Anstellung in der Peripherie.

Eine homogenisierte Betrachtung der Angestellten der gespag und der Ordensspitäler zeigt, dass bei Mittelbauärzten der gespag über die Beweggründe für die Arbeitsplatzwahl vor allem in der Peripherie recht große Einigkeit herrscht. Der Wohnort wird am häufigsten genannt (62,5 %), gefolgt von Arbeitszeit und Vereinbarkeit Beruf/Familie. Zusätzlich wählen über 50 % der Teilnehmer aus der Peripherie unter Trägerschaft der gespag die Arbeitsbedingungen als wichtiges Entscheidungskriterium. Im Zentrum ist das Bild zwar nicht ganz so eindeutig, es wählten aber dennoch 56,9 % die Arbeitsbedingungen als Grund, gefolgt von der Arbeitszeit und der medizinischen Herausforderung. 43 % sahen im Wohnort einen der 5 Hauptgründe für die Anstellung im Zentrumsspital.

Bei den Mittelbauärzten in Ordensspitalern ist die Peripherie bei den Kriterien zur Wahl des Anstellungsortes sogar noch geeinter: So wählten jeweils über 60 % die Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen, gefolgt von Wohnort (59,3 %) und Vereinbarkeit Beruf/Familie (57 %). Im Zentrum stehen Arbeitsbedingungen am häufigsten auf der Liste (64,3 %), gefolgt von Vereinbarkeit Beruf/Familie (54 %) und der Arbeitszeit (51,2 %).

3.7. Einschätzung von Peripherie und Zentrum

Um eine Gegenüberstellung der bereits ausführlich behandelten Ist-Situation mit der Erwartungshaltung der Teilnehmer vorzunehmen, sollte eine persönliche Einschätzung der Vorzüge von Peripherie und Zentrum abgegeben werden.

Am stärksten für eine Anstellung in einem Zentrumsspital sprechen demzufolge die Forschungsmöglichkeiten, die Infrastruktur am Arbeitsplatz und die medizinische Herausforderung, während für eine Anstellung in der Peripherie vor allem die Verfügbarkeit von Stellen und der Lebensraum sprechen. Dieser letztgenannte Punkt ist es auch, den Angestellte in der Peripherie ganz besonders schätzen. Außerdem werden die kürzere Turnusdauer (vor allem schätzen dies all jene, die in der Peripherie als Turnusärzte auch wirklich Erfahrung haben) und die Verein-

barkeit von Beruf und Familie als Vorteile der Peripherie angesehen. Gleichzeitig orten die Teilnehmer besonders bei den Forschungsmöglichkeiten, aber auch bei den Einkommensmöglichkeiten durch Sonderklassepatienten bedeutende Nachteile der Peripherie- gegenüber Zentrumsspitalern. Im Allgemeinen werden die meisten abgefragten Punkte eher den Zentrumsspitalern als den Peripheriespitalern zugeschrieben. Die Ergebnisse werden in Abbildung 9 und Abbildung 10 grafisch dargestellt.

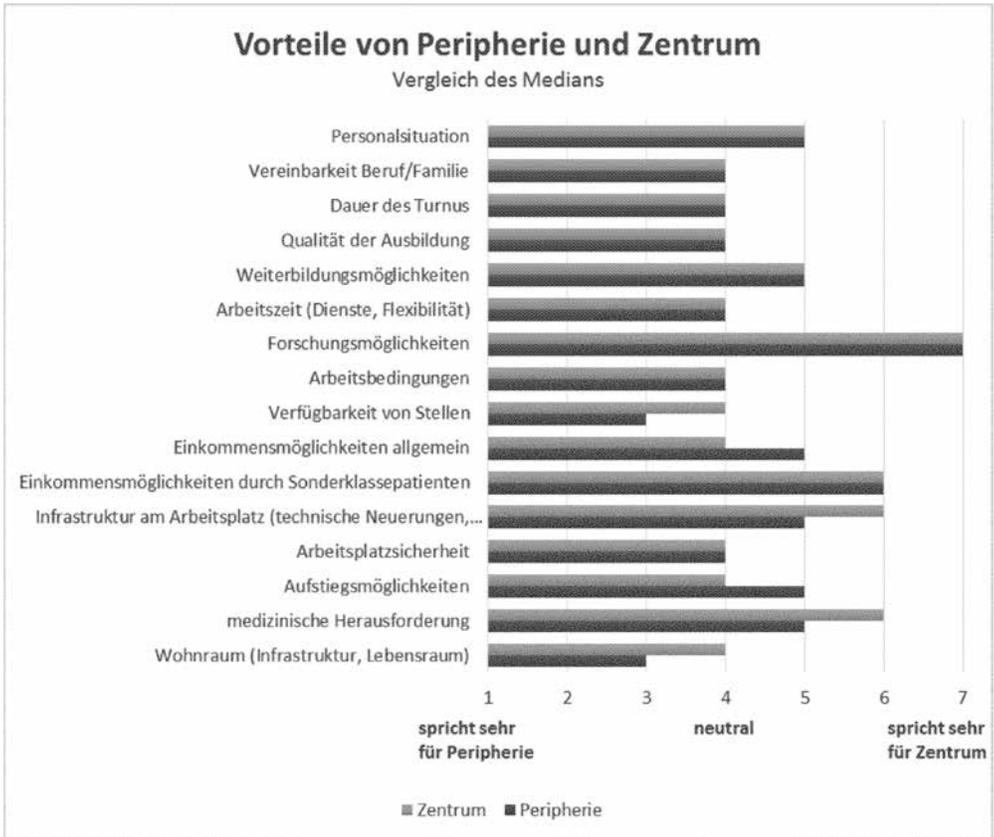


Abbildung 9: Zuweisung von Charakteristika zu Peripherie oder Zentrum – Medianantwort aus Peripherie und Zentrum

Im Vergleich der Medianantworten ist das Bild naturgemäß weniger differenziert als im Vergleich des arithmetischen Mittelwerts. Die Medianantwort befindet die Situation überwiegend als neutral. Personalsituation, Weiterbildungsmöglichkeiten, Forschungsmöglichkeiten und Einkommensmöglichkeiten durch Sonderklassepatienten werden im Median als vorteilhafte Charakteristika der Zentrumsspitä-

anteilnehmer aus der Peripherie eher überschätzt. Umgekehrt schätzen Ärzte im Zentrum besonders die Infrastruktur am Arbeitsplatz und die medizinische Herausforderung als großen Vorteil der Zentrumsstädter ein. In der Peripherie werden die Punkte im Median zwar ebenfalls dem Zentrum zugeschrieben, allerdings weniger stark. Beim Vergleich der arithmetischen Mittelwerte sind die allgemeinen Tendenzen ähnlich, allerdings werden auch kleinere Unterschiede sichtbar, die sich aufgrund der Verteilung der Antwortstatistik ergeben und im Median verborgen bleiben. So sind etwa bei der Turnusdauer, bei der Arbeitsplatzsicherheit und bei den Arbeitsbedingungen stärkere Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum auszumachen, als die Betrachtung der Medianantwort suggeriert.

3.8. Vergleich von Einschätzung und tatsächlicher Bewertung

Dieser Abschnitt soll nun die bisher diskutierten Punkte zusammenführen. Besonders interessant zeigt sich eine Unterscheidung zwischen Erwartungshaltung und Ist-Situation. Zu diesem Zweck werden die am Wichtigsten eingestufteten Kriterien unter all jenen, die angeben, dieses Kriterium wäre ein wichtiger Anstellungsgrund, hinsichtlich Einschätzung als Vorteil für Peripherie und Zentrum und hinsichtlich der Bewertung der tatsächlichen Situation verglichen.

Der erwartete Unterschied zwischen Peripherie und Zentrum zeigt sich über fast alle Merkmale als wesentlich größer als der tatsächlich gemessene Unterschied. Die Abbildung 11 zeigt in den Punkten jeweils die Einschätzungen der angestellten Ärzte aus Peripherie oder Zentrum und bildet ab, ob ihrer Meinung nach ein gewisses Charakteristikum eher für eine Anstellung in der Peripherie oder für eine Anstellung im Zentrum spricht. Ein Wert von 4 bedeutet, die Einschätzung fällt neutral aus. Die Balken in Abbildung 12 zeigen die Bewertung der Ist-Situation durch angestellte Ärzte in Peripherie und Zentrum. Auf der siebenteiligen Skala bedeutet 1 „sehr gut“ (niedriger Balken), 4 „neutral“ und 7 „sehr schlecht“ (hoher Balken). Abbildung 13 kombiniert die beiden Ergebnisse und zeigt, dass die Bewertungen der Situation in Peripherie und Zentrum wesentlich ähnlicher ausfallen als die Einschätzungen. Einzig und allein bei der Turnusdauer unterscheiden sich sowohl Bewertung als auch die Einschätzung deutlich zwischen Peripherie und Zentrum. Der zweite große Unterschied besteht in der medizinischen Herausforderung. Obwohl die medizinische Herausforderung eindeutig als Charakteristikum für das Zentrum spricht, unterscheidet sich die Einschätzung aus dem Zentrum deutlicher von der Einschätzung aus der Peripherie als die Bewertungen

das tun. Im Gegensatz dazu fällt bei den Arbeitsbedingungen die durchschnittliche Bewertung exakt gleich aus, obwohl jede Region sich selbst im Vorteil sieht. Eine berechnete Annahme wäre, dass sich die Erwartungshaltung in Peripherie und Zentrum unterscheidet und daher die Bewertungen auf unterschiedlichen Niveaus erfolgen. Genau aus diesem Grund wurde die Analyse auf jene Teilnehmer beschränkt, die angeben, das jeweilige Kriterium sei ihnen besonders wichtig.

Vergleicht man zum Beispiel die Einschätzung und Bewertung jener, die angeben, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sei eines der wichtigen Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes, so zeigt sich ein unerwartetes Bild. Obwohl die Vereinbarkeit von Beruf und Familie vor allem aus der Peripherie als Charakteristik gesehen wird, die eher für eine Anstellung im Peripheriespital spricht, stammen in der Analyse der Ist-Situation die meisten negativen Bewertungen und die wenigsten positiven Bewertungen dieses Kriteriums aus der Peripherie. Die Mittelwerte aus Peripherie und Zentrum sind zwar sehr ähnlich, die Peripherie weist im arithmetischen Mittel aber sogar einen etwas schlechteren Wert auf als das Zentrum. Ähnlich zeigt sich dieses Phänomen beim Wohnort. Dort sehen Angestellte aus der Peripherie einen klaren Vorteil für ihre Region, im Gegensatz zu Angestellten im Zentrum, die die Situation eher neutral einschätzen. Die tatsächliche Bewertung zeigt allerdings, dass zwischen den beiden Gruppen kein relevanter Unter-

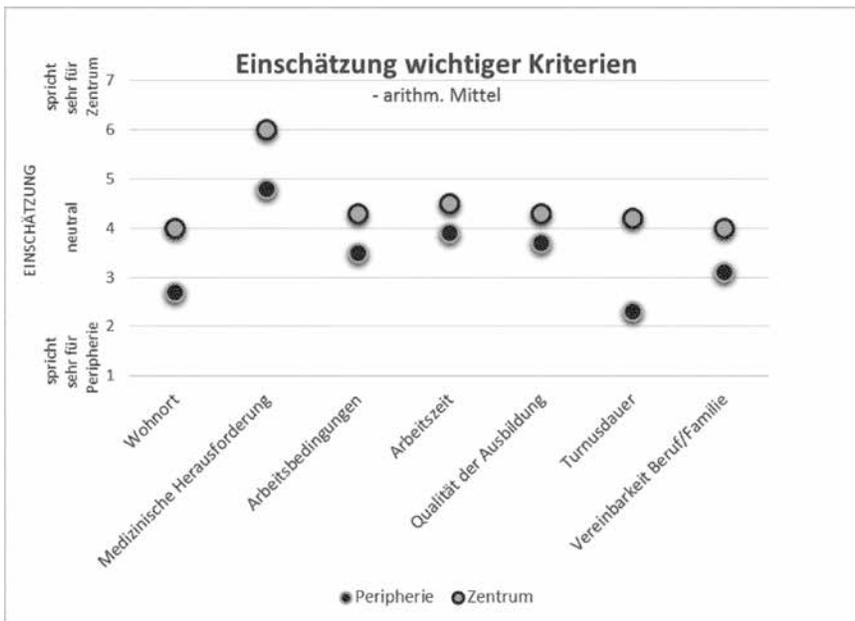


Abbildung 11: Einschätzung der wichtigsten Kriterien von jenen, die das Kriterium als wichtig ansehen – arithmetisches Mittel

schied in der Zufriedenheit mit dem Wohnort bzw. dem Lebensraum besteht. Das macht deutlich, dass es diesbezüglich einfach unterschiedliche Präferenzen gibt und dass die Ärzteschaft den Anstellungsort entweder entsprechend der Präferenz wählt oder aber gependelt wird. Bei den Arbeitsbedingungen, der Arbeitszeit und auch der Qualität der Ausbildung ist die Einschätzung recht neutral, mit jeweils leichten Vorteilen für das eigene Lager. Die tatsächliche Bewertung fällt im Schnitt durchgehend beinahe identisch aus.

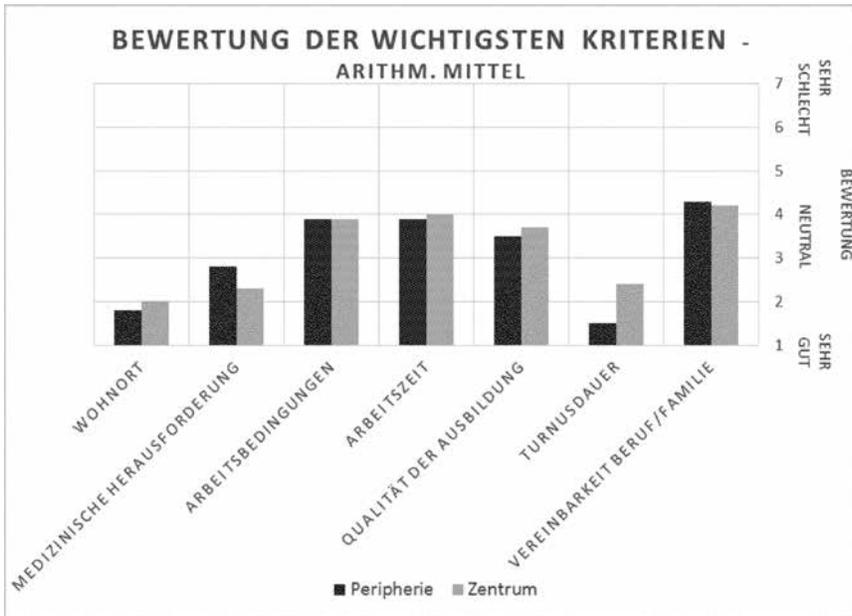


Abbildung 12: Bewertung der wichtigsten Kriterien von jenen, die das Kriterium als wichtig ansehen – arithmetisches Mittel

Es kann aufgrund dieser Ergebnisse davon ausgegangen werden, dass die Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum in den Köpfen der Teilnehmer stärker verankert sind als in der Realität. So zeigt sich auch am Beispiel der Arbeitsbedingungen, dass die Stimmen aus der Peripherie den Vorteil in der Peripherie und die Stimmen aus dem Zentrum den Vorteil beim Zentrum sehen, die Bewertungen im Durchschnitt aber aus Peripherie und Zentrum gleich ausfallen.

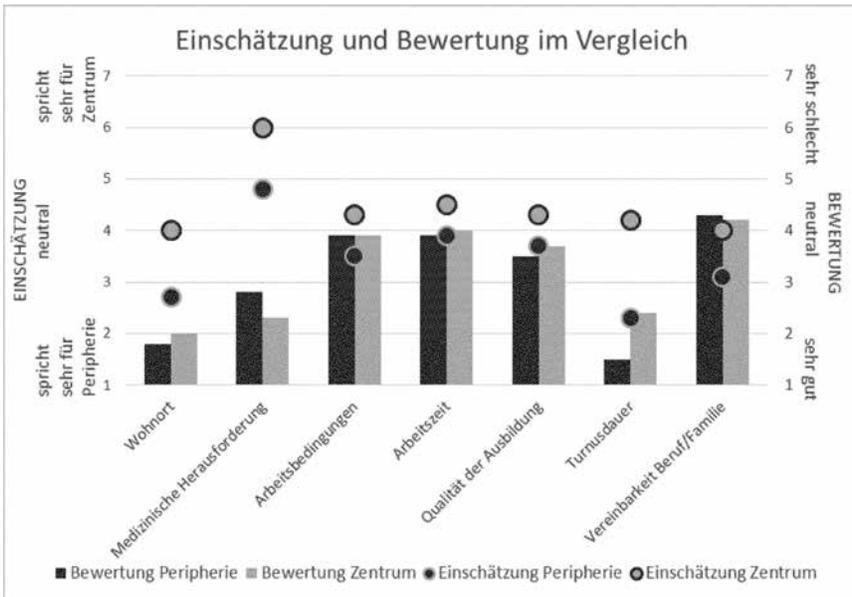


Abbildung 13: Vergleich von Einschätzung und tatsächlicher Bewertung der wichtigsten Kriterien zwischen Peripherie und Zentrum – von jenen, die die Kriterien als wichtig ansehen

3.9. Historische Entwicklung der Arbeitsbedingungen und Perspektiven der TÄ

Um zu beurteilen, wie sich die Bedingungen im Verlauf der Jahre veränderten, wurden Teilnehmer mit abgeschlossener Ausbildung zu den Veränderungen seit Anstellungsbeginn befragt. Zu Verbesserungen kam es bei der Arbeitsplatzsicherheit, der Infrastruktur am Arbeitsplatz und der medizinischen Herausforderung, wobei von den beiden letztgenannten Punkten verstärkt die Zentrumsspitaler betroffen waren.

Stark verschlechtert gegenüber dem jeweiligen Anstellungsbeginn der Teilnehmer haben sich die Einkommensmöglichkeiten und die Personalsituation, wobei die Probleme in der Peripherie stärker wahrgenommen werden als im Zentrum. Auch Arbeitsbedingungen und Forschungsmöglichkeiten haben sich eher verschlechtert, laut Rückmeldung eines Teilnehmers, weil die Zeit für Forschungstätigkeiten oftmals einfach fehle. Abermals ist die Peripherie stärker von diesen Verschlechterungen betroffen.

In den letzten Jahren kaum verändert hat sich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Diese Aussage ist allerdings in Anbetracht eines aufstrebenden gesellschaftlichen Bewusstseins für eine ausgewogene Work-/Life-Balance zu beurteilen und somit ein besonderes Armutszeugnis. Vor allem im Angesicht einer steigenden Frauenquote in der Ärzteschaft und der an Popularität gewinnenden Möglichkeit einer Vaterkarenz ist eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Karriere dringend erforderlich und darf auf keinen Fall weiter aufgeschoben werden.

Unterschiede in der Einschätzung zwischen Peripherie und Zentrum bestehen vor allem bei den Weiterbildungsmöglichkeiten (gleich in Peripherie, verbessert im Zentrum) und der Arbeitszeit (verschlechtert in Peripherie, leicht verbessert im Zentrum), wahrscheinlich unter anderem aufgrund der knapperen Personalsituation. Die Fachexpertise bzw. Reputation des Krankenhauses hat sich in der Peripherie verschlechtert, im Zentrum aber verbessert. Dies deutet auf einen Imageverlust hin, den die weniger zentral gelegenen Spitäler im Verlauf der letzten Jahre, unter anderem aufgrund von Reduktionsmaßnahmen, über sich ergehen lassen mussten.

Ein Teilnehmer sieht im Angesicht des politischen Umbaus der oberösterreichischen Spitalslandschaft ein stark zentralisiertes Szenario bevorstehen. Er meint, die einzigen Krankenhäuser in Oberösterreich, die nach 2020 noch stehen würden, seien Wels, Ried, Steyr und die Linzer Spitäler. Aber auch einzelne befürwortende Stimmen einer solchen Entwicklung werden aus der Ärzteschaft laut. So argumentiert ein Teilnehmer, die Zukunft liege in der Zentralisierung (aus Kostengründen, Personalmangel etc.). Die Menschen seien heute sehr mobil und nähmen gerne längere Wege für erstklassige medizinische Behandlung in Kauf. Es sei eine Stärkung der lokalen, niedergelassenen Bereiche erforderlich. Was jedoch die Spitäler anlangt, sollte die Ärzteschaft die Zentralisierung nicht verhindern, sondern, für ein optimales Ergebnis, gemeinsam konstruktiv gestalten.

Auf die Frage, ob Mittelbau oder Primärärzte sich wieder für eine Anstellung in einem Krankenhaus entscheiden würden, herrscht weitgehend Einigkeit. Etwa 30 % würden sich heute auf jeden Fall wieder für den Beruf des angestellten Arztes entscheiden, etwa 50 % würden dies „eventuell“ tun und etwa 20 % schließen es komplett aus, noch einmal diese Entscheidung zu treffen. Wer schon im Peripheriespital gearbeitet hat, würde dies zu fast 40 % wieder tun, und lehnt es nur zu 10 % ab. Umgekehrt ist es bei jenen, die im Zentrum arbeiten: 38 % lehnen die Arbeit in einem Peripheriespital als Option komplett ab und nur 7 % würden es ganz sicher in Erwägung ziehen.

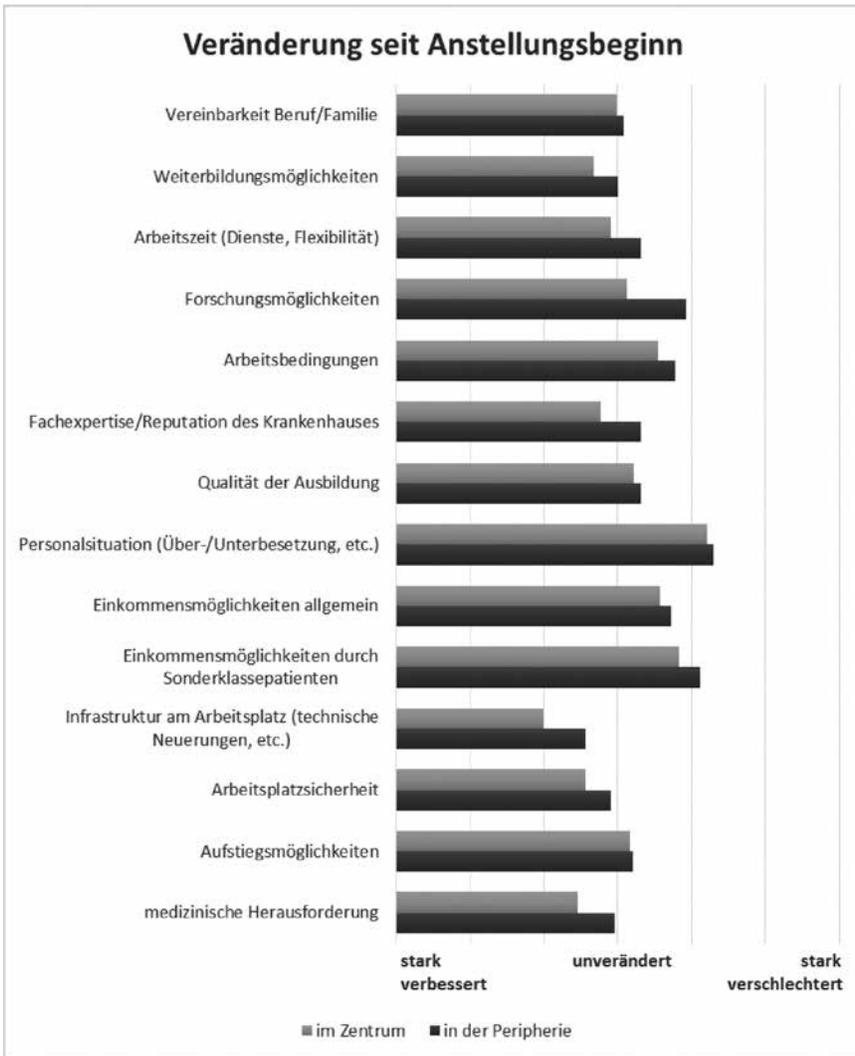


Abbildung 14: Veränderung einzelner Charakteristika seit Anstellungsbeginn

Absolut einig sind sich die Teilnehmer, dass es bei den Arbeitsbedingungen im Laufe der Jahre zu massiven Verschlechterungen gekommen ist. Von den im Zentrum ansässigen Angehörigen des Mittelbaus wird die negative Veränderung der Arbeitsbedingungen in der Peripherie sogar noch drastischer eingeschätzt als von in der Peripherie Ansässigen.

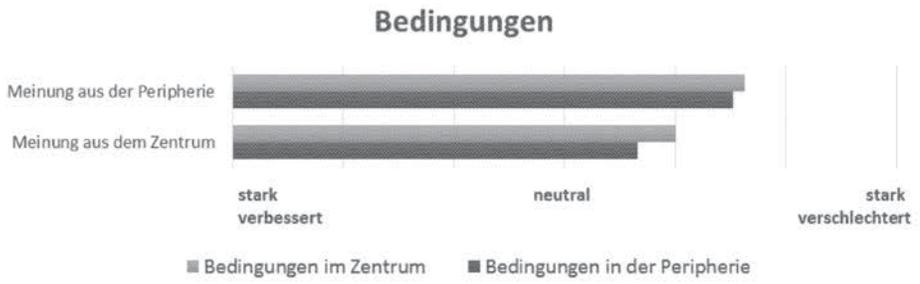


Abbildung 15: Veränderung der Arbeitsbedingungen im Zentrum und der Peripherie

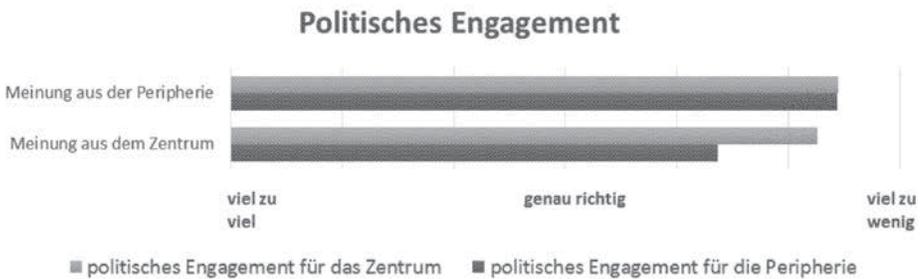


Abbildung 16: Politisches Engagement für Zentrum und Peripherie

Das Engagement der Politik für die Peripherie wird von den Ärzten kollektiv als ungenügend bezeichnet. Zusätzlich wird dieser Punkt auch in den Wortmeldungen immer wieder betont. Ein Teilnehmer meint etwa, das persönliche Engagement der Ärzte werde systematisch ausgenutzt und als gesundheitspolitische Erfolgsstrategie verkauft, anstatt die Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern. Man habe den Eindruck, die Devise der Politik sei, dass nur ein toter Patient ein guter Patient ist. Auch die Sinnhaftigkeit einer Umwälzung fehlender Eigenverantwortung auf das Gesundheitswesen wird von jenen, die tagtäglich Zeugen dieser Praktiken werden, in Frage gestellt. Besonders in den Spitalsambulanzen sei die Dramatik der Situation, ohne vorgeschalteten Filter, erschreckend, schildert ein Arzt.

Bei der Situation für Zentrumsspitäler ist zwar die Tendenz der Beurteilung der politischen Aktivität gleich, allerdings herrscht eine unterschiedliche Ausprägung der Einschätzung, wie weit es an politischem Engagement tatsächlich fehlt. So sehen Zentrumsspitalsärzte die politischen Versäumnisse für Zentrumsspitäler als ebenso groß wie für Peripheriespitäler, während angestellte Ärzte aus der Peripherie die Situation im Zentrum aus der Ferne als etwas besser beurteilen.

Analog zu den Ärzten mit abgeschlossener Ausbildung wurden auch all jene Teilnehmer, die angaben, TAAM oder TAFE zu sein, befragt, ob sie zukünftig eine Anstellung in Erwägung ziehen würden und wenn ja, ob sie sich dann vorstellen könnten, in der Peripherie zu arbeiten.

Rund 10 % der angehenden Fachärzte lehnen die Option einer zukünftigen Anstellung im Spital kategorisch ab, bei den angehenden Allgemeinmedizinerinnen ist diese Zahl höher, etwa ein Viertel lehnt eine Anstellung im Spital komplett ab. Als definitive Zukunftsperspektive sehen sich rund 40 % der FA und 26 % der AM im Spital. Hinsichtlich der Unterteilung Peripherie und Zentrum fällt auf, dass die Ablehnung gegenüber einer Anstellung im Spital in der Peripherie etwa doppelt so groß ist wie im Zentrum. Die naheliegende Vermutung, dass sich diese große Differenz durch die unterschiedliche Konzentration von TAAM und TAFE in Peripherie und Zentrum erklären lässt, bewahrheitet sich allerdings nur zum Teil. Während bei den TAFE tatsächlich kein relevanter Unterschied in der Einstellung zur zukünftigen Anstellung im Spital zwischen Peripherie und Zentrum besteht (rund 10 % lehnen es ab), gibt es einen solchen Unterschied bei den TAAM sehr wohl. Bei einer insgesamt recht geringen Zahl von nur 40 Antworten in dieser speziellen Kategorie (TAAM in der Peripherie angestellt) ist für 45 % eine zukünftige Anstellung im Spital absolut ausgeschlossen, während bei den im Zentrum angestellten TAAM (74 Antworten) die Ablehnungsquote rund 15 % beträgt.

Eine plausible Begründung dafür wäre, dass jene TA(AM), die von vornherein eine Niederlassung anstreben, bevorzugt in der Peripherie ihren Turnus absolvieren, um zum Beispiel von der kürzeren Dauer zu profitieren. Wer sich bereits für den Turnus in der Peripherie entschieden hat, ist, wenn eine Spitalanstellung in Erwägung gezogen wird, tendenziell am stärksten bereit, auch in Zukunft dort zu bleiben. Am Extremsten ist diese Einstellung bei den TAFE in der Peripherie ausgeprägt. Dort geben 39 % an, eine Anstellung in der Peripherie als erklärtes Ziel zu haben. Gleichzeitig ist diese Einstellung im Zentrum nur bei 4,5 % der Befragten zu finden. Im Gegensatz dazu lehnen 31,5 % der TAFE im Zentrum eine Zukunft in der Peripherie strikt ab, in der Peripherie sind es nur 3,7 %. Abbildung 17 stellt diese Werte in Kombination mit den allgemeinen Anstellungstendenzen dar. Aus der Gesamtheit der Turnusärzte ziehen etwa 84 % eine Anstellung in einem Spital zumindest in Erwägung (Summe aller grauen Bereiche) und 16 % lehnen diese Option ab (weißer Bereich). Von den 84 % sind es etwa 18 %, also ca. 15 % der Gesamtheit, die definitiv eine Anstellung in der Peripherie planen (dunkelgrauer Balken).

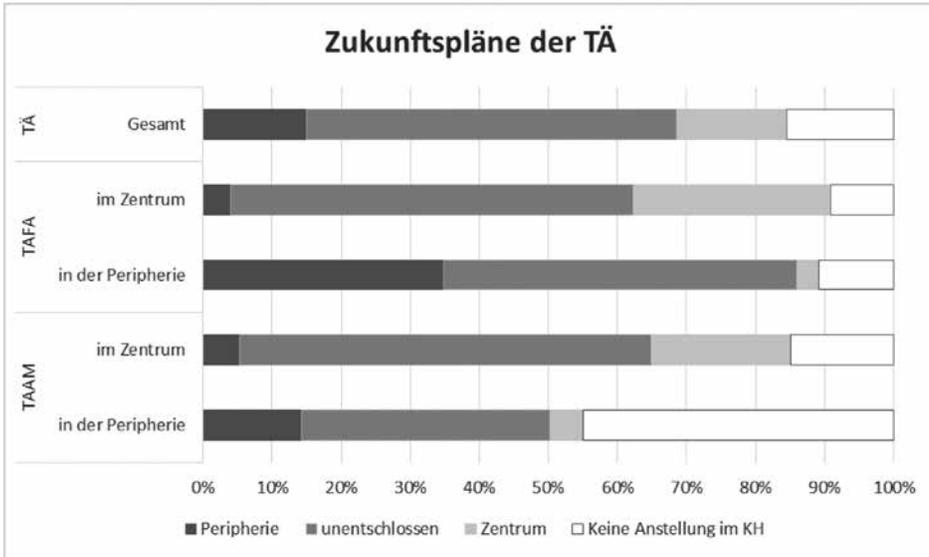


Abbildung 17: Zukunftspläne der TA

4. Zusammenfassung

Eine detaillierte Erhebung der Zufriedenheit allgemein, der Zufriedenheit mit unterschiedlichen arbeitsplatzspezifischen Charakteristika, der Erwartungshaltung an standortbezogene Eigenheiten und der Entscheidungskriterien bei der Anstellungswahl bringt zwar nur wenige wirkliche Überraschungen zutage, fasst aber die Einstellung der Ärzteschaft dennoch besonders umfassend zusammen und ermöglicht so erstmals eine Gegenüberstellung der ohnehin bekannten oder vermuteten Punkte. Die hohe Teilnahmequote von etwa 30 % lässt auf besonderes Interesse der Ärzteschaft an der Thematik schließen, die im ersten Abschnitt dargelegte Gegenüberstellung der Grundgesamtheit und Stichprobe erlaubt den Schluss auf ein repräsentatives Ergebnis. Zusätzlich zur Analyse der Gesamtsituation erlaubt eine Trennung zwischen Peripherie- und Zentrumsspitalern die Untersuchung standortspezifischer Besonderheiten.

Die Untersuchung unterschiedlicher Charakteristika am Arbeitsplatz zeigt, dass die Punkte Infrastruktur am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzsicherheit und medizinische

Herausforderung die meisten Teilnehmer äußerst zufrieden stimmen. Unzufriedenheit herrscht in erster Linie über die Personalsituation, die Belastung, die Forschungsmöglichkeiten und die Einkommensmöglichkeiten. Auch bei den Aufstiegsmöglichkeiten wünschen sich viele Ärzte Verbesserungen. Betrachtet man die standortspezifischen Unterschiede, wird zum Beispiel deutlich gezeigt, dass die Personalsituation in der Peripherie schlechter beurteilt wird als im Zentrum.

Die Ärzteschaft ist zwar im Allgemeinen durchaus zufrieden mit dem Arbeitsplatz, das sollte allerdings nicht überbewertet werden, sondern stellt nur die teilweise Befriedigung eines wichtigen Grundbedürfnisses dar. Eine etwas kritischere Betrachtungsweise offenbart, dass bis zu 90 % der Ärzte weiteres Verbesserungspotential am Arbeitsplatz sehen. Eine standortspezifische Unterscheidung zeigt, dass die Zufriedenheit im Zentrum im Schnitt etwas höher ist als in der Peripherie. Diese Tendenz kann eine Regressionsanalyse unter Berücksichtigung des multivariaten Zusammenhangs unterschiedlicher Kontrollvariablen bestätigen.

Ärzte in Ausbildung werden als Untergruppe der Ärzteschaft behandelt und mit separaten Fragestellungen isoliert untersucht. Dabei kommen fortlaufende Verbesserungen bei den Wartezeiten und der Turnusdauer zutage, insbesondere in der Peripherie. Auch die Selbstständigkeit und die Verantwortung scheinen eindeutige Stärken der Peripherie zu sein. Im Allgemeinen wird die Zufriedenheit mit dem Turnus standortunabhängig insgesamt leicht positiv bewertet, allerdings zeigen die Detailfragen, dass eine Ausbildung in der Peripherie mittlerweile viele Vorteile bietet und sich auch im Punkt Ausbildungsqualität nicht hinter den prestigeträchtigen Zentrumsspitalern verstecken muss – wenn auch für beide Kategorien von Spitalern noch großes Verbesserungspotential besteht.

Als wichtigste Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes rangieren Arbeitsbedingungen, Arbeitszeit und der Wohnort an oberster Stelle. Je nach Wahl der Stichprobe ergeben sich leichte Unterschiede. Während bei den TÄ beispielsweise die Qualität der Ausbildung an erster Stelle steht, geben Primärärzte an, besonderen Wert auf die medizinische Herausforderung zu legen.

Ein Vergleich der Bewertungen dieser wichtigsten Kriterien mit den Einschätzungen zeigt, dass die tatsächlichen Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum wohl oft kleiner sind als angenommen. Einzig bei der Turnusdauer und bei der medizinischen Herausforderung weichen sowohl Erwartungen als auch Bewertungen stark voneinander ab. Daraus wird geschlossen, dass etwaige Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum in den Köpfen der Ärzte stärker verankert sind als in der Realität. Bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zeigt sich sogar, dass die Einschätzung aus der Peripherie einen klaren Vorteil im eigenen Lager sieht, die tatsächliche Bewertung für dieses Kriterium aber allgemein eher neutral ausfällt und im Mittel in der Peripherie sogar schlechter ist als im Zentrum.

Allgemein zeigen die Umfrageergebnisse eine massive Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und fehlendes Engagement vonseiten der Politik auf. Mittels der zuvor analysierten Charakteristika ließe sich sowohl von politischer Seite als auch von Seite der Krankenhausleitungen durchaus an der Attraktivitätsschraube drehen, um den Ärzten einen attraktiveren Arbeitsplatz und somit den Patienten eine bessere Versorgung zu bieten.

5. Quellenverzeichnis

- Czypionka, T., Kemper, J., Schweiger E.; (2012); Effizienz und Qualität im Spitalswesen – eine Frage der Größe?; Soziale Sicherheit 6/2012 S. 305–319 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.696288> (abgerufen am 25.8.2014)
- Diekmann, A.(2001); Empirische Sozialforschung – Grundlagen, Methoden, Anwendungen; 7. Auflage; rowohlt's enzyklopädie; Reinbek bei Hamburg
- Hoppeler, H., Richner, O., Bieri, M., Müller, J.; (2012); Kosten und Nutzen kleiner Spitäler; Schweizer Ärztezeitung, Ausgabe 2012/43, Tribüne/Ökonomie <http://www.saez.ch/archiv/details/kosten-und-nutzen-kleiner-spitaeler.html> (abgerufen am 25.8.2014)
- Hoppeler, H., Müller, J. Richner, O.; (2014); Spitalgröße, Grundversorgung und Spitzenmedizin; Überlegungen zur nachhaltigen Gestaltung der Spitallandschaft, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Ausgabe 03/2014 (diese Ausgabe)
- KPMG; (2011); Auswertung europäischer Ärztegehälter; Berlin http://www.dkgev.de/media/file/9957.2011-08-18_KPMG-Studie_Auswertung_oeffentlich_verfuegbarer_Quellen_zu_europaeischen_AErztegehaeltern.pdf (abgerufen am 25.8.2014)
- Sinabell, A.; (2014); Ärztedemografische Rahmenbedingungen der zukünftigen ärztlichen Versorgung in Peripheriespitälern; Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Ausgabe 03/2014 (diese Ausgabe)
- Statistik Austria; (2010); Bericht Projekt „Wohlbefinden“ http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=054907 (abgerufen am 25.8.2014)

o. Univ. Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider
*Institut für Volkswirtschaftslehre, Vorstand des Forschungsinstituts
für Bankwesen, Johannes-Kepler-Universität Linz*

Dr. Elisabeth Dreer, MSc
Forschungsinstitut für Bankwesen, Johannes-Kepler-Universität Linz

Wirtschaftsfaktor Krankenhaus: Die regionalwirtschaftliche Bedeutung eines Krankenhauses am Beispiel des LKH Rohrbach, OÖ

1. Das LKH Rohrbach als Wertschöpfungsfaktor	94
2. Bedeutung in der Region und im Bezirk	96
3. Direkte und indirekte ökonomische Effekte aus dem laufenden Betrieb	98
4. Direkte und indirekte Effekte aus den Investitionen	105
5. Resümee	107
6. Literatur	111

Spitäler sind nicht nur wichtig für die Gesundheitsversorgung, sondern sind auch große Wirtschaftsbetriebe. Die regionalwirtschaftliche Bedeutung ergibt sich sowohl für Oberösterreich als auch für den Bezirk Rohrbach bzw. den Umkreis von Rohrbach und basiert auf drei wertschöpfungsrelevanten Impulsen, nämlich (a) die Investitionen, (b) die Nachfrage nach Sachleistungen und (c) die Ausgaben der Beschäftigten. In Relation zum Gesamtaufwand zeigt sich, dass immerhin 80 % der „Kosten“ (Aufwand) durch Wertschöpfungseffekte für Oberösterreich und Rückflüsse an die Öffentliche Hand kompensiert werden können. Auf regionaler Ebene für den Bezirk Rohrbach liegt diese Relation immerhin noch bei 60 %, sodass man den Kostenfaktor Krankenhaus auch als echten Wertschöpfungsfaktor für Oberösterreich und den Bezirk Rohrbach interpretieren kann.

1. Das LKH Rohrbach als Wertschöpfungsfaktor

Das LKH Rohrbach wurde 1982 in Betrieb genommen und feierte 2012 sein 30-jähriges Jubiläum. Das Krankenhaus mit 202 systemisierten Betten bietet eine Gesundheitsversorgung über alle Lebensbereiche, von der Geburtsstation bis zur Altersmedizin, an. Mit der Errichtung der Akutgeriatrie und Remobilisation im Jahr 2012 mit 20 Betten und 3 Palliativ-Betten wurde eine Spezialeinrichtung für Altersmedizin errichtet. 94.000 PatientInnen wurden 2012 ambulant und annähernd 12.000 Personen stationär behandelt.

Spitäler sind nicht nur wichtig für die Gesundheitsversorgung, sondern sind auch große Wirtschaftsbetriebe. Die regionalwirtschaftliche Bedeutung eines Spitals wird gemessen an der räumlich differenzierten Analyse der Zahlungsströme, die (a) mit dem Betrieb des Spitals und (b) den Investitionen für das Spital verbunden sind. Die wirtschaftliche Bedeutung ergibt sich aus „einmaligen“ Effekten, die aufgrund von Investitionen entstehen, und andererseits aus den Effekten des laufenden Betriebs (Ersatzinvestitionen, Material, Lebensmittel, Personal). Die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen auf die Region werden im Rahmen des Wirtschaftskreislaufs (Wertschöpfungsketten) sichtbar und quantifizierbar. Eine schematische Darstellung der laufenden direkten Effekte durch das Krankenhaus ist in Abbildung 1.1 ersichtlich. Auf die Zahlen im Einzelnen wird im Text näher eingegangen.

Für die Ermittlung der volkswirtschaftlichen Effekte, also der indirekten und induzierten (sekundären) Wertschöpfungseffekte, wird ein ökonometrisch geschätztes, dynamisches Modell verwendet.²⁹ Es werden so die Effekte der Bau- und Ausstattungsinvestitionen bzw. die Effekte des laufenden Betriebs auf das BIP, die Beschäftigung und das Volkseinkommen als Wertschöpfungs- bzw. Beschäftigungsindikatoren ermittelt. Den primären Impuls geben, wie bereits erwähnt, die wertschöpfungsrelevanten Aktivitäten durch (a) die Investitionen, (b) die Nachfrage nach Sachleistungen in der Region und (c) die Ausgaben der Beschäftigten. Die regionalwirtschaftliche Bedeutung ergibt sich einerseits für Oberösterreich und andererseits für den Bezirk Rohrbach bzw. den Umkreis von Rohrbach und basiert auf zwei Effekten:³⁰

29 Vgl. Tichler, R., Schneider, F., 2007.

30 Vgl. Schneider, F., Dreer, E., 2007.

- Direkter oder primärer Effekt: Umsatz- und Beschäftigungswirkungen, die direkt aus dem Betrieb in der Region resultieren.
- Indirekter oder sekundärer Effekt (auch induzierte Effekte): Umsatz- und Beschäftigungswirkungen, die aus Vorleistungsbezügen (Vorlieferanten) in der Wirtschaft entstehen. Die durch wertschöpfungswirksame Ausgaben ausgelösten zusätzlichen Einkommen werden in anderen Bereichen und Sektoren wieder nachfragewirksam. Diese „Einkommensrunden“ werden als Grenzwert durch den ökonometrisch geschätzten Multiplikator erfasst. Die Höhe des Wertschöpfungseffekts ist u.a. von der Art des wertschöpfungsrelevanten Impulses, der Branche und der jeweiligen (regionalen) konjunkturellen Situation abhängig.

Die „Einkommensrunden“ werden i.d.R. nicht in einem Jahr voll wertschöpfungswirksam, sondern die Effekte pflanzen sich im Zeitverlauf fort, sodass Überlappungseffekte in den Folgejahren entstehen. In den Berechnungen werden nur die aggregierten Effekte dargestellt, die sich als Grenzwert über die Kreislaufeffekte ergeben.

Abbildung 1.1 zeigt vorab die wesentlichen direkten Effekte durch den Betrieb des Krankenhauses, auf die im Text noch näher eingegangen wird. Auf den ersten Blick zeigt sich, dass ein Krankenhaus als Dienstleistungsunternehmen primär Arbeitgeber ist, dessen Beschäftigte einen Großteil der Einkommen (regional) wieder ausgeben. Außerdem bezieht ein Krankenhaus Leistungen, die wiederum Umsätze in den jeweiligen Branchen schaffen.

Der Artikel gliedert sich in folgende Abschnitte: Im 2. Abschnitt wird die Bedeutung des LKH Rohrbach in der Region und im Bezirk gezeigt. Danach folgt im 3. Abschnitt die Analyse der direkten und induzierten Effekte aus dem laufenden Betrieb des Krankenhauses. Hier werden die Zahlungsströme aus dem Personalaufwand und jene aus dem Materialaufwand (inkl. Herstellleistungen) analysiert. Im 4. Abschnitt werden die sog. „einmaligen“ ökonomischen Effekte aus den Bauinvestitionen untersucht, die zwischen 2004 bis 2016 für das Krankenhaus getätigt wurden bzw. die künftig durchgeführt werden. Zudem kommen noch die Investitionen in die medizinische Ausstattung und jene in die sonstige Ausstattung (Möbel etc.). Im 5. Abschnitt werden dann die Effekte aus dem laufenden Betrieb dem Gesamtaufwand für das Krankenhaus gegenübergestellt, um zu zeigen, inwieweit der Kostenfaktor Krankenhaus ein Wertschöpfungsfaktor für Oberösterreich und die Region um Rohrbach ist.

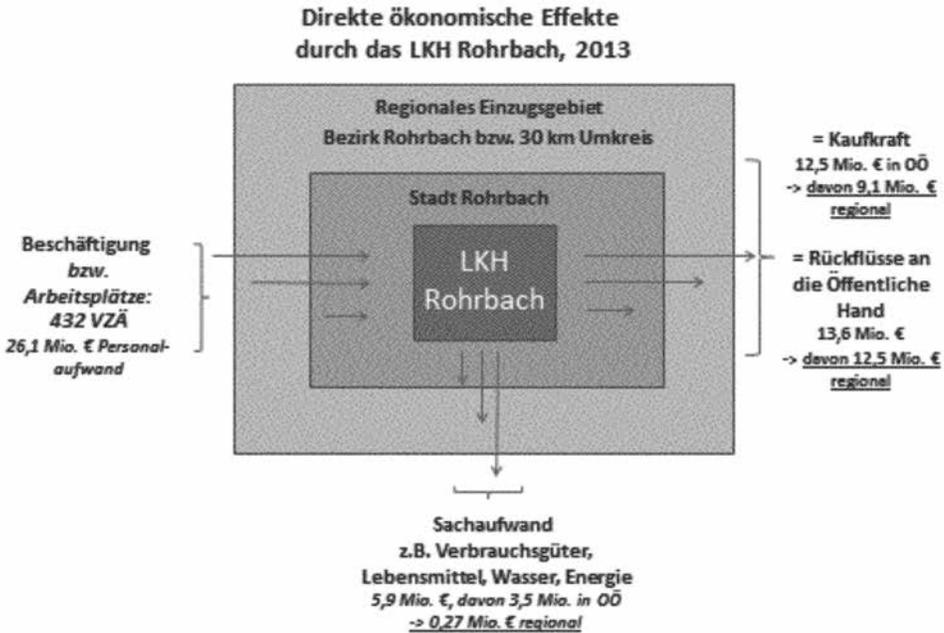


Abbildung 1.1: Laufende direkte Effekte durch ein regionales Krankenhaus

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Flury, Ch., Berger, S., 2010.

2. Bedeutung in der Region und im Bezirk

Im Bezirk Rohrbach leben 56.455 Menschen, von denen rund die Hälfte erwerbstätig ist (53 % bzw. 30.132 Personen), lediglich 1 % (704 Personen) ist arbeitslos und 46 % (26.113 Personen) zählen zu den Nicht-Erwerbspersonen.³¹ 29.477 Erwerbstätige sind am Wohnort beschäftigt und 11.922 Personen pendeln aus dem Bezirk aus, während 1.890 Personen in den Bezirk Rohrbach einpendeln.³²

³¹ Vgl. Statistik Austria, 2012a.

³² Vgl. Statistik Austria, 2012b.

Das mittlere Bruttoeinkommen (Median) der im Bezirk Rohrbach arbeitenden Personen (Arbeiter und Angestellte) belief sich im Jahr 2009 auf monatlich 1.600 Euro und lag damit deutlich unter dem oberösterreichischen Durchschnitt von 1.923 Euro.³³ Im Bezirksvergleich belegte Rohrbach damit den 17. Rang (Vorletzter). Während die männlichen Angestellten 2.511 Euro verdienen, lag der mittlere Verdienst bei den weiblichen Angestellten bei 1.295 Euro. Männliche Arbeiter verdienen 1.888 Euro im Mittel (median) und Frauen 954 Euro.

Der Bezirk Rohrbach zählt zu der NUTS-3-Region Mühlviertel. Auf NUTS-3-Ebene sind in der Region Mühlviertel 54 % der Erwerbstätigen im tertiären Sektor (Dienstleistungen), 28 % im sekundären (u.a. Herstellung von Waren, Bau) und 18 % im primären Sektor (Land- und Forstwirtschaft) beschäftigt.³⁴

Die Stadtgemeinde Rohrbach ist das wirtschaftliche Zentrum des Bezirks Rohrbach. In der Bezirkshauptstadt Rohrbach leben 2.490 Menschen, von denen 1.312 erwerbstätig sind (53 %), 43 waren arbeitslos gemeldet (2 %) und 1.135 sind sog. Nicht-Erwerbspersonen (46 %, Personen unter 15 Jahren, Pensionisten, SchülerInnen, Studierende, Sonstige).³⁵ Die Anzahl der Arbeitsstätten in der Stadtgemeinde stieg zwischen den beiden letzten Volkszählungen 1991 und 2001 um 37,7 % auf 449; die Anzahl der Arbeitsplätze erhöhte sich im selben Zeitraum um 19,7 % auf 2.760.³⁶ Im Jahr 2011 arbeiteten 2.302 außerhalb der Gemeinde wohnenden Personen in der Stadtgemeinde, während 549 Rohrbacher auswärts arbeiteten.³⁷ Der größere Teil der Einpendler kommt aus dem Bezirk Rohrbach, während der Großteil der Auspendler nach Linz pendelt.

33 Vgl. Bruttoeinkommen von Arbeitern und Angestellten, 2010.

34 NUTS-3-Regionen: Innviertel, Linz-Wels, Mühlviertel, Steyr-Kirchdorf, Traunviertel. Gemäß NUTS-Klassifikation (hierarchisch aufgebaute, einheitliche territoriale Gliederung zur Erstellung regionaler Statistiken der EU) entsprechen den NUTS-3-Regionen in Österreich Gruppen von Bezirken und Gerichtsbezirken. NUTS steht für „Nomenclature des unités territoriales statistiques“ oder Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik.

35 Vgl. Statistik Austria, 2012a.

36 Vgl. Wikipedia, Rohrbach in Oberösterreich, 2014.

37 Vgl. Statistik Austria, 2014.

3. Direkte und indirekte ökonomische Effekte aus dem laufenden Betrieb

Die direkten ökonomischen Effekte resultieren aus den ökonomischen Interdependenzen zwischen dem Krankenhaus als Auftraggeber (Materialaufwand) und den diversen Firmen als Auftragnehmer, die Arbeitskräfte beschäftigen und aus ihren Umsätzen Vorleistungen und Löhne und Gehälter (= Einkommen) bezahlen, die wieder zum Teil verausgabt werden und so in anderen Bereichen Umsätze (= Nachfrage) entstehen lassen. Aber auch die Tatsache, dass ein Dienstleistungsbetrieb seine Leistungen i.d.R. personalintensiv anbieten muss, hat als volkswirtschaftliche Kehrseite zum betriebswirtschaftlichen „Personalaufwand“ die dadurch entstehenden Einkommen, die wiederum als Konsumausgaben neue Einkommen entstehen lassen. Aus diesen Einkommen resultieren über die Sozialversicherungsbeiträge und die lohn- und einkommensabhängigen Steuern auch Rückflüsse an die Öffentliche Hand.

Abbildung 3.1 zeigt das Budget des Krankenhauses Rohrbach für das Jahr 2013. Bei einem Gesamtaufwand von 39,8 Mio. Euro, entfallen 66 % auf das Personal, 15 % auf den Materialaufwand, 12 % auf sonstige Aufwendungen, 9 % auf Abschreibungen und der Rest auf Zinsen und Erträge bzw. Zinsen und Aufwände.

Budget: 39,8 Mio. Euro 2013

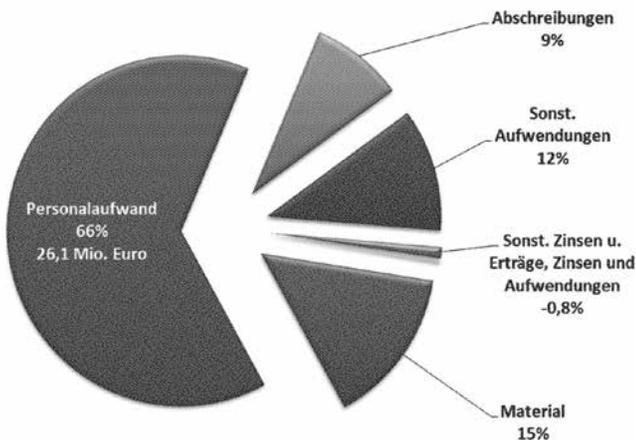


Abbildung 3.1: Budget des KH Rohrbach 2013
Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: KH Rohrbach, eigene Berechnungen.

Da 66 % des Gesamtbudgets auf das Personal entfallen, ist hier die regionalwirtschaftliche Bedeutung des Krankenhauses als Arbeitgeber und „Erzeuger“ von Kaufkraft in der Region bereits ersichtlich (vgl. Abschnitt 3.1). Darüber hinaus schafft der sog. Materialaufwand Nachfrage nicht nur nach medizinischen Ge- und Verbrauchsgütern, sondern auch nach Lebensmitteln, Wasser; Energie und anderem Sachaufwand (vgl. Abschnitt 3.2). Diese beiden Wertschöpfungskomponenten resultieren aus dem laufenden Betrieb des Krankenhauses. Positive Effekte für die Wirtschaft werden auch durch die (einmaligen) Bauinvestitionen ausgelöst sowie die Investitionen in die medizinische und die sonstige Ausstattung des Krankenhauses (vgl. Abschnitt 4).

3.1. Direkte und induzierte Effekte aus den Konsumausgaben

Das LKH Rohrbach ist ein Dienstleistungsunternehmen mit 618 MitarbeiterInnen, dies entspricht 432 Beschäftigten, gemessen in Vollzeitäquivalenten. Damit ist das Krankenhaus ein wesentlicher Arbeitgeber in der Bezirkshauptstadt Rohrbach mit insgesamt 2.490 Einwohnern und 1.312 Beschäftigten.

Im Jahr 2013 wurde für das Krankenhauspersonal 26,14 Mio. Euro aufgewendet. Der Großteil, nämlich 38 % des Personalaufwands, entfällt auf das diplomierte Personal mit 9,83 Mio. Euro, das auch 40 % aller Krankenhausbeschäftigten ausmacht, weitere 14 % der Beschäftigten sind ÄrztInnen, auf sie entfallen 28 % des Personalaufwands. 21 % der Beschäftigten im Krankenhaus zählen zum Betriebspersonal; auf sie entfallen 13 % des Personalaufwands. 10 % der Beschäftigten sind im Verwaltungsdienst tätig; sie schlagen mit 8 % des Personalaufwands zu Buche. Jeweils rund 7 % der Beschäftigten sind im Sanitätsdienst oder als medizinisch technisches Personal tätig, auf diese beiden Gruppen entfallen 7 bzw. 5 % der Personalkosten. Der Rest entfällt auf sonstige MitarbeiterInnen und sonstiges akademisches Personal.

Die durchschnittlichen Gehälter im Krankenhaus liegen überwiegend über dem mittleren Bruttoeinkommen im Bezirk Rohrbach i.d.H.v. 1.600 Euro brutto pro Monat. Ein Großteil des Einkommens fließt über den Konsum zurück in den regionalen Wirtschaftskreislauf und schafft damit Umsätze in anderen Wirtschaftsbereichen, aus denen wiederum neue Einkommen entstehen. Von diesen Einkommen fallen Abgaben (Steuern und Sozialversicherungsbeiträge von Dienstgebern und Dienstnehmern usw.) an, die wieder an die Öffentliche Hand zurückfließen.

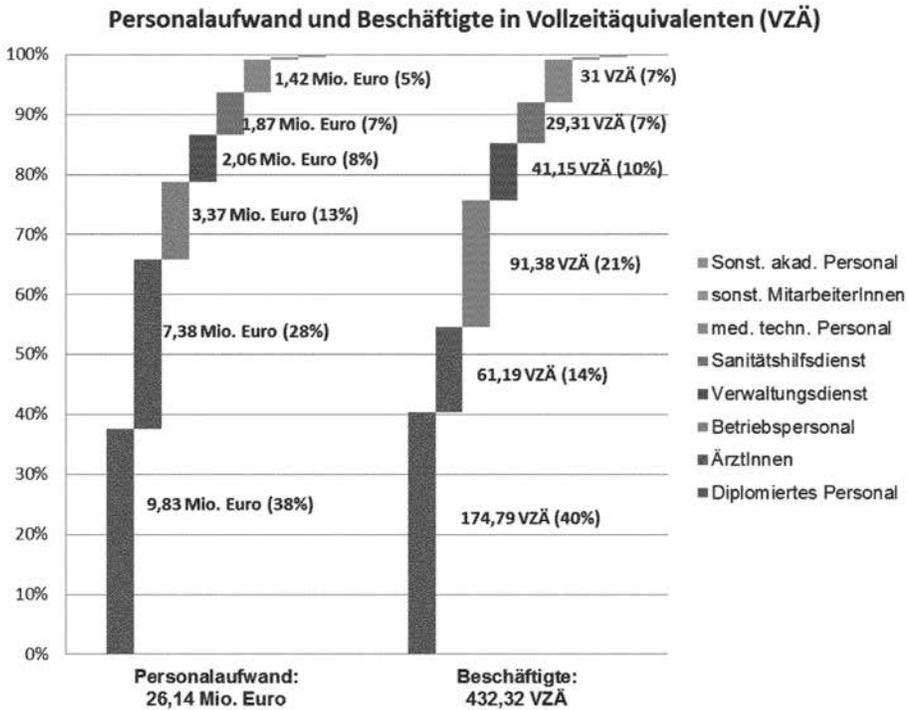


Abbildung 3.2: Personalaufwand in Mio. Euro und Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten, 2013
 Anmerkung: Gereiht nach dem Personalkostenanteil, Quelle: LKH Rohrbach, eigene Darstellung.

Die Personalkosten stellen für das Krankenhaus „Aufwendungen“ und für die Beschäftigten „Einkommen“ dar. Mit diesem Aufwand werden auch Steuerzahlungen geleistet und das Sozialsystem finanziert. Zusätzlich werden Sonderklassehonorare an ÄrztInnen ausbezahlt, von denen 50 % (Grenzsteuersatz) wieder an die Öffentliche Hand zurückfließen. Die Sonderklassehonorare stärken ebenfalls die Kaufkraft. Tabelle 3.1 zeigt den Personalaufwand, die Rückflüsse an die Öffentliche Hand und die aus dem Personalaufwand resultierende Kaufkraft, wenn man die Sparquote vom Nettogehalt abzieht.

Personalaufwand 2013	Personal- aufwand	Rückflüsse an die Öffentliche Hand	Kaufkraft gesamt	davon: Kaufkraft in der Region
	in Mio. Euro			
ÄrztInnen und sonstiges akademisches Personal				
ÄrztInnen	7,38	3,94 / 4,40*	3,16 / 3,59*	1,81 / 2,66
Sonst. akad. Personal	0,10	0,05	0,04	0,03
Pflegepersonal und Sanitätsdienst				
Diplomiertes Personal	9,83	4,93	4,58	3,31
Sanitätshilfsdienst	1,87	0,96	0,85	0,59
Medizinisch technisches Personal	1,42	0,68	0,69	0,51
Verwaltungsdienst	2,06	1,00	0,99	0,73
Betriebspersonal	3,37	1,53	1,72	1,27
Sonstige MitarbeiterInnen	0,12	0,06	0,05	0,04
Gesamt	26,14	13,14 / 13,60*	12,08 / 12,52*	8,29 / 9,14

Tabelle 3.1: Kaufkraft der Beschäftigten und Rückflüsse an die Öffentliche Hand, 2013

* inkl. Berücksichtigung der Sonderklassehonorare i.H.v. 931 TSD Euro abzgl. 50% Grenzsteuersatz (bei der Kaufkraft wird die Sparquote zusätzlich abgezogen).

Anmerkungen: Kaufkraft in der Region entsteht durch Beschäftigte mit Wohnsitz in der Region abzgl. Kaufkraftabfluss (Wohnsitz in der Region: ÄrztInnen 77 %, sonst. akad. Personal 83 %, diplomiertes Personal 98 %, Sanitätshilfsdienst 95 %, beim med. techn. Personal, Verwaltungsdienst, Betriebspersonal und den sonst. MitarbeiterInnen sind es 100 %), Quelle: LKH Rohrbach.

Berechnung der DG-Beiträge: pauschal 31 % vom Bruttolohn bzw. 131 % des Personalaufwands je VZÄ; Berechnung der Nettoeinkommen mit dem Brutto-Nettorechner des BMF, <http://onlinerechner.haude.at/bmf/brutto-netto-rechner.html>;

Nettoeinkommen abzgl. Sparquote ergibt die Kaufkraft (Sparquote netto, 2013: 6,6 % vom verfügbaren Einkommen, vgl. Statistik Austria, Einkommen und Sparen der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, 1995–2013, 07.04.2014).

Kaufkraft berechnet vom Nettoeinkommen (ohne Berücksichtigung von Sozialleistungen und sonst. Transfers = verfügbares Einkommen).

Kaufkraft in der Region: 26 % einzelhandelsrelevanter Kaufkraftabfluss aus dem Bezirk Rohrbach, vgl. WKOÖ, Land OÖ, 2003.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Durchschnittlich 95 % der Beschäftigten des Krankenhauses wohnen in der Region (Bezirk Rohrbach). Sie stärken mit ihren Konsumausgaben die regionale Wirtschaft. Ein Teil der Einkommen, nämlich ca. 26 % (der einzelhandelsrelevanten Ausgaben), fließt jedoch aus dem Bezirk ab, v.a. nach Linz.³⁸ Vom Personalaufwand in Höhe von 26,14 Mio. Euro fließen rd. 50 % oder 13,60 Mio. Euro (inkl. ESt. auf Sonderklassehonorare) wieder an die Öffentliche Hand in Form von Steuern und Sozialabgaben zurück. Nach Abzug der durchschnittlichen Sparquote resultiert eine Kaufkraft von 12,52 Mio. Euro (inkl. Sonderklassehonorare), von denen über 70 % in der Region ausgegeben werden (Annahme: es handelt sich um einzelhandelsrelevante Kaufkraft).

Auf die ÄrztInnen beispielsweise entfällt ein Personalaufwand von 7,38 Mio. Euro, von dem jedoch 53 % oder 3,94 Mio. Euro wieder an die Öffentliche Hand in Form von Steuern und Sozialabgaben zurückfließen. Berücksichtigt man noch die Sonderklassehonorare in Höhe von rd. 900.000 Euro im Jahr 2013 (Grenzsteuersersatz 50 %), steigt der Rückfluss an die Öffentliche Hand auf 4,40 Mio. Euro. Rechnet man vom Nettogehalt die durchschnittliche Sparquote ab, resultiert eine Kaufkraft von 3,59 Mio. Euro (inkl. Sonderklassehonorare) für 2013. Da 77 % aller im Krankenhaus Rohrbach beschäftigten ÄrztInnen in der Region wohnen, jedoch von ihrer Kaufkraft wiederum ca. 26 % aus der Region abfließen, verbleibt eine regionale Kaufkraft i.H.v. 2,66 Mio. Euro.

Indirekte oder sekundäre Einkommens- und Beschäftigungseffekte entstehen, wenn das durch die Ausgaben ausgelöste zusätzliche Einkommen der Beschäftigten in anderen Bereichen und Sektoren zusätzlich nachfragewirksam wird. Wenn also die Beschäftigten ihr Einkommen wieder (teilweise) ausgeben, entstehen in anderen Bereichen wiederum Einkommen, die wieder (teilweise) verausgabt werden. Diese „Einkommensrunden“ werden als Grenzwert durch den ökonomisch geschätzten Multiplikator erfasst. Die Höhe des Multiplikatoreffekts ist unter anderem von der Branche, der Art des wertschöpfungsrelevanten Impulses und der jeweiligen (regionalen) konjunkturellen Situation abhängig.

Die Einkommen der Bediensteten des Krankenhauses Rohrbach fließen in den Konsum, der wiederum Wertschöpfungsketten induziert. Durch die Ausgaben in Höhe von 12,5 Mio. Euro der Beschäftigten im Jahr 2013 entsteht zusätzliche Nachfrage und damit zusätzliche Produktion im Wert von 14,4 Mio. Euro für Oberösterreich (vgl. Tabelle 3.2). Dies bedeutet einen Anstieg des Volkseinkommens um 10,1 Mio. Euro. In Beschäftigten ausgedrückt werden durch die Ausgaben 112,8 Arbeitsplätze geschaffen bzw. gesichert.

³⁸ Vgl. WKOÖ, Land OÖ, 2003.

Auf regionaler Ebene bedeutet dies: Wenn die Beschäftigten i.d.R. einen Großteil des Einkommens in der Region ausgeben, profitiert die Region mit einer wertschöpfungsrelevanten Kaufkraft in Höhe von 9,14 Mio. Euro. Davon profitiert die regionale Wertschöpfung im Sinn des Bruttoregionalprodukts im Umfang von 10,52 Mio. Euro. Durch diese Wertschöpfungseffekte werden rund 80 Arbeitsplätze in der Region geschaffen oder gesichert.

Wertschöpfungswirksame Kaufkraft		Volkswirtschaftliche Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte dargestellt am/an					
		BIP		Volkseinkommen		Beschäftigung	
Gesamt OÖ	Regional	Gesamt OÖ	Regional	Gesamt OÖ	Regional	Gesamt OÖ	Regional
in Mio. Euro						in VZÄ	
12,52	9,14	14,40	10,52	10,08	7,36	112,76	82,36

Tabelle 3.2: Aggregierte Wertschöpfungseffekte durch die Kaufkraft der Beschäftigten, 2013

Quelle: Eigene Berechnungen.

3.2. Direkte und induzierte Effekte aus dem Materialaufwand

Für die Behandlung der Patienten sind Medikamente, medizinische Verbrauchsgüter, Lebensmittel und Energie erforderlich. Im Jahr 2013 wurden insgesamt 5,9 Mio. Euro dafür aufgewendet (vgl. Tabelle 3.3). Dieser Materialaufwand schafft Nachfrage in vorgelagerten Bereichen und damit zusätzliche Einkommen (Wertschöpfungseffekte).

Wenn man davon ausgeht, dass annahmegemäß rd. 60 % des Material- und Sachaufwands in OÖ ausgegeben werden, entstehen dadurch weitere Kreislaufeffekte. Etwa 5 % der gesamten Aufwendungen und bezogenen Herstellleistungen fließen, laut Angaben des LKH Rohrbach, direkt in die regionale Wirtschaft von Rohrbach.

Wertschöpfungswirksame Ausgaben führen zu zusätzlicher Produktion und damit zu zusätzlichem Einkommen. Es wird jedoch nicht die volle Summe im jeweiligen Jahr voll wertschöpfungswirksam, sondern die Effekte pflanzen sich im Zeitverlauf fort, sodass die laufenden Ausgaben des LKH Rohrbach Überlappungseffekte in den Folgejahren bewirken. In Tabelle 3.4 sind die aggregierten Effekte dargestellt, die sich als Summe über die Wertschöpfungsrunden insgesamt ergeben. Wenn

Aufwendungen Material / bezog. Herstelleistungen 2013	in 1.000 Euro	(Geschätzter) Anteil, der regional (aus dem Bezirk) bezogen wird
1. Materialaufwand		
Medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	3.915,76	
Lebensmittel	427,97	190,00
Sonstiger Aufwand	238,14	
Gesamt	4.581,87	
2. Aufwendungen für bezogene Leistungen		
Brenn- und Treibstoffe	5,81	
Energie und Wasser	688,21	30,00
Medizinische Fremdleistungen	207,53	
Medizinische Fremdleistungen Innenumsatz	358,85	
Patiententransp. u. sonst. Nichtmed. Leistungen	54,14	54,14
Gesamt	1.314,54	
Gesamte Aufwendungen Material / bezog. Herstelleistungen	5.896,41	274,14

Tabelle 3.3: Materialaufwand des LKH Rohrbach, in 1.000 Euro, 2013

Quelle: LKH Rohrbach, eigene Darstellung.

aus den 5,9 Mio. Euro im Jahr 2013 60 % oder 3,5 Mio. Euro in Oberösterreich wertschöpfungswirksam werden, resultiert daraus ein BIP-Effekt in Höhe von 4,1 Mio. Euro über die Zeit. Dadurch steigt das Volkseinkommen um 2,9 Mio. Euro und für ca. 32 Personen werden dadurch Arbeitsplätze geschaffen oder gesichert.

Direkt regional, d.h. im Bezirk Rohrbach bzw. im Umkreis von 30 km, werden von den 5,9 Mio. Euro ca. 5 % bzw. rd. 270.000 Euro wertschöpfungswirksam. Diese induzieren regionale BIP-Effekte i.d.H.v. 320.000 Euro, wodurch 2–3 Arbeitsplätze dauerhaft geschaffen oder gesichert werden.

Wertschöpfungswirksame Aufwendungen		Volkswirtschaftliche Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte dargestellt am/an					
		BIP in Mio. Euro		Volkseinkommen in Mio. Euro		Beschäftigung in VZÄ	
60% OÖ	regional	60% OÖ	regional	60% OÖ	regional	60% OÖ	regional
3,54	0,27	4,07	0,32	2,85	0,22	31,86	2,47

Tabelle 3.3: Aggregierte Wertschöpfungseffekte durch den Material- und Sachaufwand, 2013

Annahme: 60 % der gesamten Materialaufwendungen werden in OÖ wirksam, 5 % in der Region Rohrbach.

Quelle: Eigene Berechnungen.

4. Direkte und indirekte Effekte aus den Investitionen

Die Modernisierung des Krankenhauses in Rohrbach wird im Jahr 2016 abgeschlossen sein. Seit dem Jahr 2004 wurden 47,5 Mio. Euro investiert, unter anderem in einen Zubau mit vier neuen OP-Sälen. Bis 2016 wird noch einmal um 1,46 Mio. Euro zu- und umgebaut. Die Bauinvestitionen summieren sich über einen Zeitraum von 12 Jahren auf rund 50 Mio. Euro (vgl. Tabelle 4.1). Die medizinische Ausstattung wird in diesem Zeitraum um rd. 7 Mio. Euro erneuert und in die sonstige Ausstattung werden nochmals rd. 3 Mio. Euro investiert. Summa summarum fließen über eine 12-jährige Investitionsperiode rd. 60 Mio. Euro in das Krankenhaus Rohrbach.

Investitionen	2004...2013	2014	2015	2016	Summe
	Mio. EUR	EUR			Mio. EUR
Bauinvestitionen	47,50	400.000	40.000	1.024.000	48,96
med. Ausstattung	5,00	257.000	1.195.000	870.000	7,32
sonst. Ausstattung	2,50	240.000	170.000	275.000	3,19
Gesamt	55,00	897.000	1.405.000	2.169.000	59,47

Tabelle 4.1: Investitionen in das LKH Rohrbach, 2004 bis 2016

Quelle: LKH Rohrbach

Durch die zwischen 2004 bis 2016 vom LKH Rohrbach in Auftrag gegebenen Bauinvestitionsprojekte werden insgesamt rd. 50 Mio. Euro in die Wirtschaft fließen. Rund 47,5 Mio. Euro sind bereits bis 2013 investiert worden. Eine regionale Auswirkung der Bauinvestitionen ist zwar wahrscheinlich, jedoch nicht einfach nachweisbar. Aus diesem Grund wurde der oberösterreichische Anteil der Wertschöpfungseffekte aus den Bauaufträgen mit 60 bis 80 % der Investitionssumme angenommen. Diese Primärimpulse für die Wirtschaft wirken sich über die Wertschöpfungsketten in die vor- und nachgelagerten Bereiche aus. Die Effekte sind auch nicht zeitlich auf ein Jahr begrenzt, sondern ziehen sich in die Folgejahre weiter, sodass Überlagerungseffekte mit den neuen Investitionen gegeben sind. Auf diese Überlappungen wird in den Berechnungen nicht eingegangen, sondern lediglich der Gesamteffekt im Sinne des Investitionsmultiplikators gezeigt. Wenn von der gesamten Investitionssumme von rd. 50 Mio. Euro für die Bauvorhaben

80 % in Oberösterreich wirksam werden, fließen folglich rd. 40 Mio. Euro in die Bauwirtschaft (vgl. Tabelle 4.2). In den vor- und nachgelagerten Bereichen pflanzen sich diese Ausgaben als Einnahmen fort, die wiederum zum Teil verausgabt werden, sodass letztendlich ein BIP-Effekt in Höhe von rd. 49 Mio. Euro für die oberösterreichische Wirtschaft entsteht. Durch diese Ausgaben werden rd. 380 Arbeitsplätze im Bundesland geschaffen oder gesichert.

Zeitraum	Wertschöpfungs- wirksame Aufwendungen in Oberösterreich		Volkswirtschaftliche Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte dargestellt am/an der					
			BIP Oberösterreich		Volkseinkommen Oberösterreich		Beschäftigung Oberösterreich	
	60%	80%	60%	80%	60%	80%	60%	80%
	in Mio. Euro						in VZÄ	
2004 bis 2013	28,50	38,00	35,63	47,50	24,94	33,25	279,01	372,02
2014	0,24	0,32	0,30	0,40	0,21	0,28	2,35	3,13
2015	0,02	0,03	0,03	0,04	0,02	0,03	0,23	0,31
2016	0,61	0,82	0,77	1,02	0,54	0,72	6,01	8,02
2004 bis 2016	29,38	39,17	36,72	48,96	25,71	34,27	287,61	383,48

Tabelle 4.2: Aggregierte Wertschöpfungseffekte durch die Bauinvestitionen, 2004 bis 2016

Annahme: Von den Bauinvestitionen werden zwischen 60-80% in Oberösterreich wertschöpfungswirksam.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Neben den großen Bauinvestitionen müssen auch medizinische Geräte angeschafft und erneuert werden. Zusammen mit der sonstigen Ausstattung werden zwischen 2004 und 2016 insgesamt 10,5 Mio. Euro ausgegeben (vgl. Tabelle 4.1). Dadurch entstehen jedoch auch Nachfrage- und damit Einnahmenseffekte in Höhe von ca. 10,5 Mio. Euro. Speziell bei der medizinischen und der sonstigen Ausstattung ist eine regionale (OÖ) Wirksamkeit nur bedingt gegeben. Aus diesem Grund wird annahmegemäß von einem Bundeslandanteil von 40 bis maximal 60 % der verausgabten Gelder ausgegangen. Werden folglich 60 % der Ausgaben für die medizinische und die sonstige Ausstattung zwischen 2004 bis 2016 in Höhe von insgesamt 10,5 Mio. Euro in Oberösterreich wertschöpfungswirksam, so fließen davon 6,3 Mio. Euro in die oberösterreichische Wirtschaft. Dadurch entstehen weitere Effekte im Wirtschaftskreislauf in Höhe von 7,3 Mio. Euro, wodurch 57 Arbeitsplätze geschaffen oder gesichert werden (vgl. Tabelle 4.3).

Zeitraum	Wertschöpfungs- wirksame Aufwendungen in Oberösterreich		Volkswirtschaftliche Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte dargestellt am/an der					
			BIP Oberösterreich		Volkseinkommen Oberösterreich		Beschäftigung Oberösterreich	
	40%	60%	40%	60%	40%	60%	40%	60%
	in Mio. Euro						in VZÄ	
2004 bis 2013	3,00	4,50	3,45	5,18	2,42	3,62	27,02	40,53
2014	0,20	0,30	0,23	0,34	0,16	0,24	1,79	2,69
2015	0,55	0,82	0,63	0,94	0,44	0,66	4,92	7,38
2016	0,46	0,69	0,53	0,79	0,37	0,55	4,13	6,19
2004 bis 2016	4,20	6,30	4,83	7,25	3,38	5,07	37,85	56,78

Tabelle 4.3: Aggregierte Wertschöpfungseffekte durch Investitionen in die medizinische und die sonstige Ausstattung, 2004 bis 2016

Quelle: Eigene Berechnungen.

5. Resümee

Das Krankenhauswesen ist nicht nur ein Kostenfaktor, es belebt auch die (regionale) Volkswirtschaft.

Vom Gesamtaufwand in Höhe von 39,8 Mio. Euro im Jahr 2013 werden 66 % (26,14 Mio. Euro) für das Personal aufgewendet. Vom Personalaufwand fließen 48 % oder 12,5 Mio. Euro als Kaufkraft in den Konsum (Nettoeinkommen abzgl. Sparquote). Die Beschäftigten des LKH Rohrbachs wohnen im Durchschnitt zu 90 % in der Region. Ca. 26 % der Kaufkraft fließt jedoch aus dem Bezirk Rohrbach wieder ab (v.a. nach Linz). Trotzdem bleibt ein Großteil der Kaufkraft in der Region, nämlich 9,1 Mio. Euro. Die Kaufkraft schafft Nachfrage, die wiederum zu vor- bzw. nachgelagerten Effekten in den jeweiligen Branchen führt und weitere Nachfrage und damit Einkommen induziert. Insgesamt entstehen dadurch ein BIP-Effekt i.H.v. 14,4 Mio. Euro in Oberösterreich bzw. 10,5 Mio. Euro in der Region. Dadurch werden aus dem Kostenfaktor „Personalaufwand“ weitere 113 VZ-Arbeitsplätze gesamt oder rd. 82 VZ-Arbeitsplätze regional gesichert oder geschaffen.

Zudem fließen rd. 50 % oder 13,6 Mio. Euro des gesamten Personalaufwands wieder zurück an die Öffentliche Hand in Form von Sozialversicherungsbeiträgen und Lohnsteuern.

Auch aus dem Materialaufwand und dem Aufwand für Herstellungsleistungen entstehen Umsätze in diversen Branchen. Von den insgesamt 5,9 Mio. Euro im Jahr 2013 ist der regionale Anteil mit rd. 5 % oder 270.000 Euro zwar relativ gering, trotzdem hängen 2–3 Vollzeit-Arbeitsplätze auch an diesen regionalen Ausgaben. Wenn man unterstellt, dass vom Gesamtaufwand 60 %, also 3,5 Mio. Euro in Oberösterreich verbleiben, errechnet sich daraus ein BIP-Effekt von 4,1 Mio. Euro, wodurch wiederum ca. 30 Vollzeit-Arbeitsplätze geschaffen oder gesichert werden.

Gesamtaufwand des LKH Rohrbach in Mio. Euro		Direkte volkswirtschaftliche Effekte			Indirekte Gesamteffekte						
		direkte Effekte	gesamt OÖ	regional wirksam	BIP-Effekt OÖ	regionaler BIP-Effekt	Volkseink. OÖ	regionales Volkseink.	Beschäftigte OÖ	regionale Beschäftigte	
laufende Effekte 2013											
Gesamt- aufwand:	Personal- aufwand	26,14	Kaufkraft	12,52	9,14	14,40	10,52	10,08	7,36	112,76	82,36
			Rückflüsse an die Öffentliche Hand	13,60	12,51	-	-	-	-	-	-
	Material- aufwand u. Leistungen	5,90	Umsätze 60%	3,54	0,27	4,07	0,32	2,85	0,22	31,86	2,47
einmalige Effekte über die Investitionsperioden 2004 - 2016											
Bauinvestitionen	48,96	Umsatz 60% OÖ	29,38	36,72	25,71	287,61					
		Umsatz 80% OÖ	39,17	48,96	34,27	383,48					
Medizinische u. sonst. Ausstattungsinvestitionen	10,51	Umsatz 40% OÖ	4,20	4,83	3,38	37,85					
		Umsatz 60% OÖ	6,30	7,25	5,07	56,78					

Tabelle 5.1: Direkte und indirekte/induzierte Gesamteffekte durch das LKH Rohrbach (aggregierte Effekte)

Anmerkung: Die Effekte sind nicht zeitlich auf ein Jahr begrenzt, sondern ziehen sich in die Folgejahre weiter. In der Tabelle werden die aggregierten Effekte gezeigt.

Quelle: Eigene Darstellung.

Zusätzlich zu den laufenden Effekten durch den Betrieb des Krankenhauses sind auch die quasi „einmaligen“ Effekte durch die Bauinvestitionen als regionalökonomisch wichtig zu berücksichtigen. Von den seit 2004 durchgeführten und bis 2016 geplanten Bauinvestitionen fließen insgesamt rd. 49 Mio. Euro in diesem Zeitraum in die Wirtschaft. Unterstellt man, dass 60–80 % davon in Oberösterreich ausgegeben werden, errechnen sich direkte Effekte von 29–39 Mio. Euro, die in Oberösterreich wertschöpfungswirksam werden. Dies hat Auswirkungen auf das BIP in Höhe von 37–49 Mio. Euro. Gleichzeitig werden durch die Bauinvestitionen über den Investitionszeitraum von 12 Jahren ca. 290–380 Arbeitsplätze geschaffen oder gesichert.

Bei den medizinischen und sonstigen Ausstattungsinvestitionen, die zwischen 2004 und 2016 getätigt wurden bzw. werden, fließt ein größerer Teil aus Oberösterreich ab. Annahmegemäß verbleiben zwischen 40 bis maximal 60 % in Oberösterreich, wodurch sich ein BIP-Effekt in den 12 Jahren zwischen 4,8 und 7,2 Mio. Euro ergibt. Auch diese Ausgaben schaffen oder sichern zwischen 38 und 57 Arbeitsplätze in diesem Zeitraum.

Fasst man nun die Effekte durch den laufenden Betrieb des Krankenhauses zusammen, so ergibt sich für Oberösterreich folgendes Bild (vgl. Abbildung 5.1): Dem Gesamtaufwand für den laufenden Betrieb von 39,8 Mio. Euro im Jahr 2013 stehen die durch die Kaufkraft (Konsumausgaben) und die Nachfrage nach Material (und Herstellleistungen) indirekten/induzierten Wertschöpfungseffekte in Höhe von 32,07 Mio. Euro gegenüber. Diese indirekten Effekte lassen sich jedoch nicht, wie bereits erwähnt, auf ein Jahr festschreiben, sondern werden im Zeitverlauf generiert. In Relation zum Gesamtaufwand zeigt sich jedoch, dass immerhin 80 % des Aufwands durch Wertschöpfungseffekte und Rückflüsse an die Öffentliche Hand kompensiert werden können, sodass man den Kostenfaktor Krankenhaus auch als echten Wertschöpfungsfaktor interpretieren kann.

Auch für die Region sind die errechneten Ergebnisse sehenswert (vgl. Abbildung 5.2): Die indirekten/induzierten Wertschöpfungseffekte aus der regionalen Kaufkraft (Konsum) und den Umsätzen aus der Nachfrage nach Material und Herstellleistungen sowie die Rückflüsse an die Öffentliche Hand summieren sich auf 23,35 Mio. Euro – auch hier ist die zeitliche Dimension der Wertschöpfungseffekte in Rechnung zu stellen. Damit stehen den „Kosten“ für das LKH (im Sinn des Gesamtaufwands) Wertschöpfungseffekte in Höhe von rd. 60 % des Gesamtaufwands gegenüber. Mit anderen Worten: 60 % des Gesamtaufwands werden als Wertschöpfungseffekte für den Bezirk Rohrbach wieder wirksam und stärken somit eindeutig die regionale Wirtschaft im Bezirk Rohrbach.

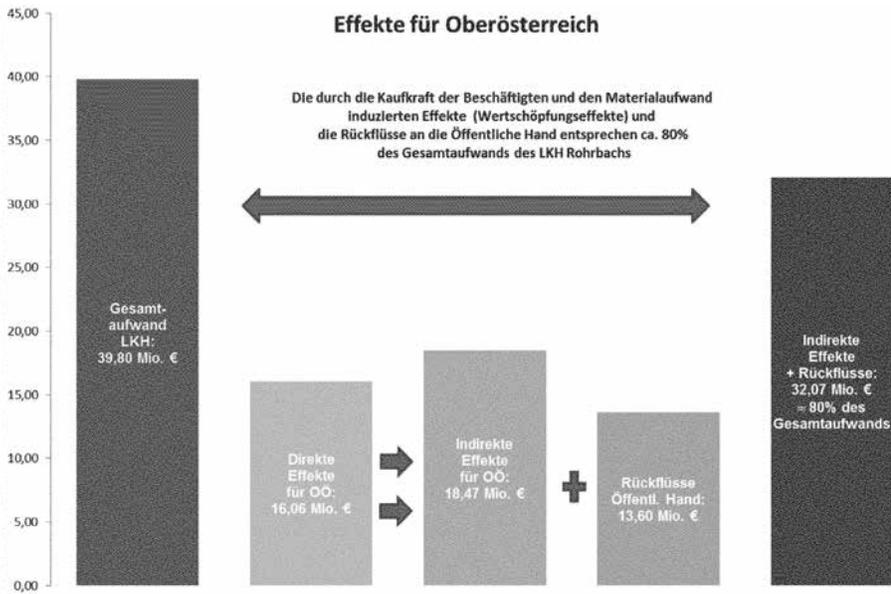


Abbildung 5.1: Gegenüberstellung des Gesamtaufwands des LKH Rohrbach und der indirekten/induzierten Wertschöpfungseffekte durch den Betrieb (Gesamteffekte ohne Investitionen) für Oberösterreich

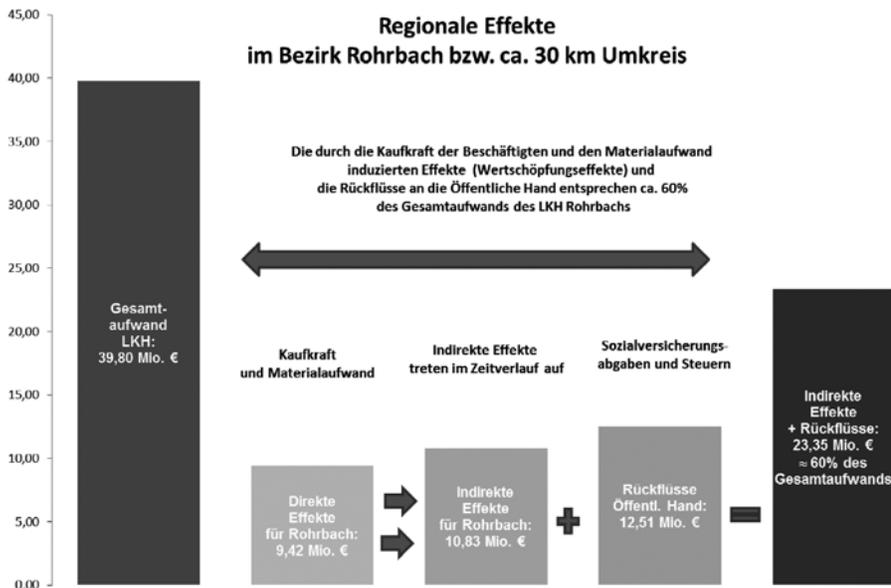


Abbildung 5.2: Gegenüberstellung des Gesamtaufwands des LKH Rohrbach und der indirekten/induzierten Wertschöpfungseffekte durch den Betrieb (Gesamteffekte ohne Investitionen) für die Region
Anmerkung: Die Effekte sind nicht zeitlich auf ein Jahr begrenzt, sondern ziehen sich in die Folgejahre weiter. In den beiden Abbildungen werden die aggregierten Effekte gezeigt. Quelle: Eigene Darstellung.

6. Literatur

- Arbeiterkammer (2010), Bruttoeinkommen von Arbeitern und Angestellten 2010, http://bruttoeinkommen.arbeiterkammer.at/medianeinkommen_nach_politischen_bezirken_2009__www.html.
- Flury, Ch., Berger, S.(2010), Regionalwirtschaftliche Bedeutung des Regionalspitals Einsiedeln, Flury&Giuliani GmbH Agrar- und regionalwirtschaftliche Beratung; http://www.region-einsiedeln.ch/fileadmin/medien/dokumente/home/dokumentation/Bericht_Spital_Einsiedeln_050910.pdf.
- Schneider, F., Dreer, E. (2007), Volkswirtschaftliche Analyse der Landes-Nervenlinik Wagner Jauregg.
- Statistik Austria (2012a), Erwerbstätige nach Wohnbezirk und Pendlermerkmalen für das Bundesland Oberösterreich, Abgestimmte Erwerbsstatistik 2010. Erstellt am 28.09.2012. Gebietsstand 2010.
- Statistik Austria (2012b), Abgestimmte Erwerbsstatistik 2010 mit Stichtag 31.10.2010. Erstellt am: 28.09.2012.
- Statistik Austria (2014), Erwerbsspendler nach Pendelziel (pdf), Volkszählung vom 15. Mai 2001.
- Tichler R., Schneider F. (2007), Modell zur Simulation der oberösterreichischen Volkswirtschaft mit Schwerpunkt Energie.
- Wikipedia (2014), Rohrbach in Oberösterreich, http://de.wikipedia.org/wiki/Rohrbach_in_Ober%C3%B6sterreich#cite_note-26
- WKOÖ, Land OÖ (2003), Präsentation „Kaufkraftströme in Oberösterreich Schwerpunkt Bezirk Ried: Einzelhandelsrelevante Kaufkraft“, Ein Projekt in Kooperation von Wirtschaftskammer OÖ und Land OÖ, November 2003, Quelle:
http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwko.at%2Ffoe%2Fri%2FKaufkraftstromanalyse1.pdf&ei=G3qhU4alJ-SN4gTty4C4Bw&usq=AFQjCNHGZUXmWRvScdHBdlu4_Xj8oSvqag&bvm=bv.69137298,d.bGE.

MR HR Prim. Dr. Oswald Schuberth

**Ärztlicher Direktor, Leiter des Instituts für Anästhesie und
Intensivmedizin, A.ö. Landeskrankenhaus Kirchdorf**

Die Rolle peripherer Krankenhäuser am Beispiel des KH Kirchdorfs

Erfahrungsbericht eines ärztlichen Leiters

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind

1. Infrastruktur – KH Kirchdorf	114
2. Rückblick	114
3. Abgestufte Versorgung	116
4. Fallzahldiskussion	117
5. Strategische Überlegungen vor der oö. Spitalsreform II (2010)	118
6. OÖ. Spitalsreform II aus Sicht des KH Kirchdorf:	120
7. Positionierung des KH Kirchdorf nach der oö. Spitalsreform II.	124
8. Sicht der Bevölkerung	125
9. Sicht der Lokalpolitik	126
10. Ärztemangel, EU-konforme Arbeitszeitgesetzgebung	126
11. Auswirkungen der Bundesgesundheitsreform auf das KH Kirchdorf	127
12. Zukunftsszenarien	128
13. Zusammenfassung	129
Quellenangabe	130

Exemplarisch für Standardkrankenhäuser in Österreich wird in diesem Beitrag an Hand der Erfahrungen aus dem Krankenhaus Kirchdorf der Stellenwert des abgestuften Versorgungskonzeptes dargestellt. Die die letzten Jahre bestimmenden Themen, wie die oö. Spitalsreform II und der sich abzeichnende Ärztemangel, werden aus Sicht des KH Kirchdorf geschildert. Auf mögliche zukünftige Entwicklungen wird eingegangen.

1. Infrastruktur – KH Kirchdorf

Das Krankenhaus Kirchdorf ist ein Standardkrankenhaus mit 239 Betten und folgenden Einrichtungen:

- Abteilungen für Innere Medizin, Kinderheilkunde (Gruppenpraxismodell), Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Unfallchirurgie, Orthopädie.
- Institute für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Radiologie, PMR.
- Konsiliarversorgung durch Neurologie/Psychiatrie, Dermatologie, HNO, Augenheilkunde, Urologie.

Anzahl der Beschäftigten: 616 (81 Ärzte)

Leistungszahlen (2013): 114650 amb. Frequenzen, 12390 stat. Aufnahmen, 4830 operative Eingriffe, 496 Geburten

Das Einzugsgebiet umfasst ca. 50.000 Einwohner.

Somit entspricht das Krankenhaus Kirchdorf einem für die österreichische Spitalslandschaft typischen Standardkrankenhaus mit einigen Besonderheiten: Eigene Abteilung für Orthopädie, Institut für PMR, Kindergruppenpraxismodell, standortübergreifende Leitungen (Steyr) für die Abteilungen Orthopädie, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und das Institut für PMR.

Vom Selbstverständnis sieht sich das KH Kirchdorf als lokaler Hauptversorger, da etwa 90 % der anfallenden medizinischen Leistungen durch das Leistungsspektrum des KH Kirchdorfs abgedeckt werden.

2. Rückblick

Einschneidende Veränderungen waren vor allem die Eigentümerwechsel (Gemeinde, Land OÖ, gespag). Je zentraler die Strukturen wurden, umso geringer wurden die Einflussnahmen der leitenden Ärzte auf strategische Entscheidungen. Insgesamt war die Entwicklung jedoch stabil und Diskussionen über Leistungsabstimmungen mit anderen Spitälern überschaubar. Das Konzept einer wohnortnahen Leistungserbringung mit möglichst breitem Spektrum stand außer Diskussion. Innovative Entwicklungen, wie die Implementierung einer eigenen

orthopädischen Abteilung, und andere Spektrumserweiterungen auch in der Peripherie wurden als positiv empfunden. Es stand eher das Konkurrenzdenken gegenüber anderen Krankenanstalten im Vordergrund. Auf Leistungssteigerungen war man stolz, diese wurden aber auch von den Spitalserhaltern eingefordert. Die Leistungsspektren waren eher Ausdruck der Personalpolitik denn einer zentralen Steuerung und sehr auf die Vorlieben und das berufliche Profil der ärztlichen Führungskräfte ausgerichtet. Das breite Spektrum anzubieten, wurde natürlich durch zunehmende Spezialisierungen immer schwieriger, was durch enormen persönlichen Einsatz der Ärzteschaft wettgemacht wurde, allerdings mit dem Preis von heute kaum mehr vorstellbaren Arbeitszeiten und „Rund-um- die-Uhr-Erreichbarkeiten“. Speziell aus den peripheren Häusern kam, nicht nur von der Primärärzteschaft, sondern auch vom Mittelbau, bei der Einführung des jetzt noch gültigen KA-AZG gehörige Kritik, und es wurde auch lange Zeit nicht flächendeckend umgesetzt. Die Qualität der medizinischen Leistungen, auch der Leistungen, über die bzgl. Mindestfrequenzen diskutiert wird und für die auch schon Mindestgrenzen festgelegt sind, war durchaus entsprechend, da sie von wenigen Ärzten durchgeführt wurden, allerdings um den Preis – man kann es durchaus so nennen – der Selbstausbeutung. Ich will diesen Begriff hier aber gar nicht so negativ erscheinen lassen, der Lohn war ja die Anerkennung und auch die berufliche Erfüllung, ebenso das Ethos, rund um die Uhr für den Patienten zur Verfügung zu stehen und sich von der „Maurermentalität“ abzugrenzen. Dieses Konzept, mit möglichst wenigen Ärzten eine hohe Leistungsdichte anzubieten, war aber nur möglich durch Arbeitszeiten von über 100 Std./Woche und durch die Ausbeutung v.a. von Ausbildungsärzten, die sich durch die Ausbildungszeit durchbeißen mussten, da sie keine andere Wahl hatten, außer aus dem System auszusteigen. Hier bestand übrigens kein Unterschied zu Zentralhäusern.

Um auf die Jetztzeit zu kommen, wäre eine Fortführung dieses Systems, alles überall anzubieten, nicht mehr möglich, ohne auch ökonomische Überlegungen einfließen zu lassen. Das Umfeld ist anders geworden, die Arbeitsdichte hat enorm zugenommen, die Erwartungshaltung der Ärzteschaft ist eine andere geworden und Ansprüche der Ärzteschaft sind durch den Ärztemangel auch umsetzbar und müssen umgesetzt werden. Die hohe Frauenrate, die Erwartungshaltung an gleichberechtigte Partnerschaften mit aufzuteilenden Pflichten etc., aber auch neue arbeitsrechtliche Vorschriften werden speziell periphere Krankenhäuser unter Druck setzen, und es werden neue strukturelle Überlegungen angestellt werden müssen.

3. Abgestufte Versorgung

Das Konzept einer abgestuften Versorgung klingt natürlich vernünftig und ist schon immer in unterschiedlichen Ausprägungen gelebt worden. Die Abstufung Zentrumsmedizin, Schwerpunktkrankenhaus, Standardkrankenhaus und relativ neu das Standardkrankenhaus mit eingeschränktem Versorgungsauftrag ist bezüglich Strukturen in den Strukturplänen definiert. Ebenfalls sind gewisse Zuordnungen und Fallzahlenbeschränkungen in der Leistungsmatrix im ÖSG/RSG vorgegeben. Trotzdem bestehen sehr unterschiedliche Vorstellungen über den Inhalt einer abgestuften Versorgung. Das war auch deutlich sichtbar bei Diskussionen in den Fachgruppen in OÖ zum Thema im Rahmen der Erstellung eines Papiers, welches definieren sollte, welche Leistungen jetzt konkret der Basisversorgung zuzuordnen sind.

In einem Thesenpapier der Ärztekammer OÖ vom 15.4.2010 sind die Grundsätze einer abgestuften Versorgung sehr klar dargestellt. Das Ziel ist eine Optimierung der Ressourcen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Qualität der medizinischen Versorgung und der sozial gebotenen Niederschwelligkeit des Zugangs. Die Synergien zwischen Standard-, Schwerpunkt- und zentralen Krankenhäusern sollten genutzt werden, ebenso Synergien zum extramuralen Bereich. Es soll auf den lokalen Bedarf und lokale Besonderheiten Rücksicht genommen werden. Im Papier wird auch auf die Wichtigkeit der Ausbildungsrotation hingewiesen.³⁹

Die Überlegungen bezüglich abgestufter Versorgungsformen gehen aber teilweise viel weiter, als Warnzeichen für periphere Standorte seien nur genannt einerseits die Schaffung einer neuen Struktur mit den Standardhäusern mit eingeschränktem Versorgungsauftrag (Chirurgie, Interne, weitere Fächer nur in Form von Wochen-, Tageskliniken), andererseits die Novelle zum öö. KAG mit der Möglichkeit, die Facharztanwesenheit außerhalb der Regeldienstzeit auf eins zu reduzieren.

Aus ökonomischen Gründen wird immer mehr die Differenzierung zwischen elektiver und akuter Versorgung ins Spiel gebracht – bzw. auch die standortnahe Nachbetreuung von operativen Patienten, die im Schwerpunktkrankenhaus operiert worden sind. Diese Bestrebungen stehen diametral dem Selbstverständnis der peripheren Häuser gegenüber, die sich für die Akutversorgung zuständig fühlen und die Gewährleistung dieser Akutversorgung als Standortsicherung betrachten.

Probleme bei der Umsetzung einer abgestuften Versorgung sehe ich vor allem in der Notfallversorgung, da Expertise verloren geht oder überhaupt nicht mehr vor-

39 ÄK OÖ (2010).

handen ist, zum Beispiel bei der Säuglingsversorgung, traumatologischen Notfällen (SHT), gefäßchirurgischen Notfällen, aber auch bei geburtshilflichen Notfällen.

Speziell für die Onkologie, die Gefäßchirurgie und die Traumatologie sollten überregionale Konzepte vorhanden sein.

4. Fallzahldiskussion

Ein wesentliches Argument für das Konzept einer abgestuften Versorgung, neben ökonomischen Überlegungen, ist die Annahme, dass höhere Frequenzen bei bestimmten Eingriffen eine Verbesserung der Ergebnisqualität mit sich bringen. Etwas überraschend, bei näherer Analyse dann doch erwartbar, ist die Studienlage sehr ambivalent und konträr zu täglichen Erfahrungswerten, dass Lerneffekte durch häufiges Üben eintreten.

Eine medizinische Behandlung ist allerdings ein komplexer Gesamtprozess, der nicht bloß vom Einzelbehandler bestimmt wird. Vielmehr wird das Ergebnis bestimmt von patientenbezogenen Faktoren (Co-Morbiditäten, Wartezeit auf den Eingriff, sozioökonomischer Status), von der Prozessqualität der behandelnden Einheit und von der Qualität der Nachsorge und der Patienten-Compliance. Zusätzlich herrscht Unklarheit, ob die Ergebnisse hpts. durch die Behandlungsfrequenz des einzelnen Behandlers oder der Institution bestimmt werden. In der wissenschaftlichen Bewertung nach Methoden der EBM ist auch anzumerken, dass diese Studien nicht randomisiert sind, da dabei eine Zuteilung von Patienten nach dem Zufallsprinzip Hochfrequenz- oder Niederfrequenz-Institutionen zugeteilt werden müssten. Ein weiteres Problem ist, dass Komplikationszahlen insgesamt sehr gering sind. So überrascht es nicht, dass hauptsächlich bei komplexen Eingriffen mit hohen Komplikationsraten Unterschiede deutlich werden.

Für folgende medizinische Leistungen kann eine Korrelation als bewiesen gelten: Ösophagusresektion, Pankreaschirurgie, abdominelles Aortenaneurysma, komplexe Rektumchirurgie, PTCA. Für die Mamma- und Carotischirurgie kann eine Korrelation als wahrscheinlich betrachtet werden, die Studienlage dazu ist aber nicht so eindeutig.

Folgende Conclusio stellt M. Geradts in seinem Gutachten für die deutsche Bundesärztekammer: Insgesamt kann also festgestellt werden, dass auch in der medizinischen Versorgung für viele Prozeduren gilt, dass Erfahrung auf Seiten der

Ärzte und/oder Krankenhäuser oftmals mit besseren Ergebnissen einhergeht. Wie hoch aber der Grad der Erfahrung in Form prozedurspezifischer Leistungsmengen zumindest sein sollte und welche anderen Beziehungen zwischen Fallzahl und Versorgungsergebnis wie beeinflussen, kann auf Basis der vorliegenden Studien nicht belegt werden⁴⁰.

Für Kirchdorf bedeuteten obige Überlegungen, aber auch die im ÖSG/RSG noch nicht mit Sanktionen bedrohten angegebenen Mindestfrequenzen, dass bei den internen Überlegungen zur strategischen Ausrichtung die Abgabe von Leistungen ins Auge gefasst werden musste.

Im von der Leitung des Krankenhauses Kirchdorf gemachten Vorschlag im Jahr 2010 an die Reformkommission wurden folgende chirurgische Eingriffe im Sinne einer abgestuften Versorgung vorgeschlagen, die nicht mehr für Kirchdorf vorzusehen sind: Thoraxchirurgie, Ösophagusresektion, Pankreaschirurgie, tiefes Rektum, abdominelle Aortenchirurgie. Andere in der Diskussion stehende Spektren wurden weiter für Kirchdorf vorgesehen (übrige Gefäßchirurgie, inklusive Carotis, Mamma-Karzinom).

5. Strategische Überlegungen vor der oö. Spitalsreform II (2010)

Wie alle anderen Krankenanstalten war auch Kirchdorf 2010 aufgerufen, Vorschläge für eine Spitalsreform an die Reformkommission zu richten, inklusive Berechnungen für allfällige Einsparmaßnahmen.

Das Eingangsstatement bedeutete einen Paradigmenwechsel: „Das Krankenhaus Kirchdorf als Standardspital der Region Pyhrn-Eisenwurzen ist vorrangig für die Basisversorgung der Region zuständig, kooperiert u.a. in vielen Gebieten mit dem Schwerpunktspital der Region, dem LKH Steyr, und bekennt sich zu einem abgestuften Versorgungskonzept.“ Bis zu diesem Zeitpunkt sah sich Kirchdorf eher als möglichst breiter Versorger, der in einem Konkurrenzverhältnis zum KH Steyr stand. Es war der Krankenhausleitung damals klar, dass diese Konzeption aus mehreren Gründen nicht aufrecht zu halten war: wirtschaftliche Überle-

40 Evidenz zur Ableitung von Mindestmengen in der Medizin – Gutachten im Auftrag der dt. Bundesärztekammer (2004).

gungen, Qualitätsüberlegungen (Fallzahldiskussion), allgemeine Tendenz zur Zentralisierung im Gesundheitssystem, mögliche Probleme bei der Rekrutierung ärztlichen Personals und nicht zuletzt eine Pensionierungswelle erfahrener und bekannter ärztlicher Führungskräfte. Trotz aller beschwichtigender Botschaften aus der Politik standen durchaus reelle Befürchtungen im Raum, dass es zumindest zum Verlust einiger Abteilungen kommen könnte. Gynäkologie/Geburtshilfe, Orthopädie und die Kinderabteilung waren prognostizierte Wackelkandidaten, auch im Hinblick auf diesbezügliche Schließungsgerüchte aus der Vergangenheit. Die empfohlene vermehrte Zusammenarbeit mit Steyr wurde von der Krankenhausleitung als Standortsicherung betrachtet. Das abgestufte Versorgungskonzept wurde allerdings weiterhin sehr liberal definiert, indem versucht wurde, das bestehende Angebot, bis auf Ausnahmen im chirurgischen Bereich, zu erhalten. Die Argumentationslinie spiegelt die gängigen Argumente, die immer wieder für die Wichtigkeit einer dezentralen Versorgung angeführt werden, wider:

„Wegen der Unterschiede an regionalen extramuralen Gesundheitsangeboten, an geographischen Gegebenheiten und auch an derzeit bestehender intramuraler Infrastruktur und intramuralem Angebot erscheint eine differenzierte Betrachtungsweise, was Basisversorgung in verschiedenen Regionen bedeutet, sinnvoll. Wegen der geographischen Gegebenheiten und einem großen Versorgungsgebiet Richtung Süden und einer gewissen verkehrstechnischen Barriere Richtung Steyr bietet Kirchdorf ein etwas erweitertes Spektrum an. Bei Überlegungen, die eine Neuordnung bzw. Umstrukturierung ins Auge fassen, sollten auch die wirtschaftlichen Implikationen beachtet werden, die eine Auflösung gut funktionierender bestehender Einrichtungen mit sich bringt. Ebenso müssen Kollateralschäden, wie der Verlust an Notfallkompetenz, Ausbildungskompetenz und an Arbeitsplatzattraktivität bei einer drohenden Verknappung an ärztlichem Personal, beachtet werden. Zusätzlich muss beachtet werden, dass in der Peripherie eine geringere fachärztliche Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich besteht und somit dem Spital hier eine bedeutendere Versorgungsrolle im ambulanten Bereich zukommt als im Zentralraum. Bei wirtschaftlichen Überlegungen zur Finanzierung peripherer Spitäler sind die Ausgaben, die v.a. auch die lokalen Gemeinden tätigen müssen, der Wertschöpfung für die Region als bestimmender Arbeitgeber und Nutzer lokaler Ressourcen gegenüberzustellen.“

Im Konzept war auch die später umgesetzte Kindergruppenpraxis angeführt, auf die später noch eingegangen wird.

6. OÖ. Spitalsreform II aus Sicht des KH Kirchdorf

In der Einleitung bzgl. Kirchdorf wird folgendes angeführt: „Das Krankenhaus Kirchdorf sichert eine wohnortnahe, abgestufte medizinische und pflegerische Versorgung. Die drei Krankenanstalten der Region Steyr, Kirchdorf und Sierning werden zukünftig verstärkt zusammenarbeiten.“ Im Grunde genommen entsprach diese Formulierung dem eingebrachten Vorschlag der Kirchdorfer Spitalleitung. Allerdings war im Reformpapier, wie zu erwarten, nicht definiert, was eine „abgestufte, wohnortnahe medizinische Versorgung“ nun wirklich beinhalten soll. Es wurde der umgekehrte Weg gewählt, es wurden Strukturänderungen vorgegeben (Bettenreduktionen, Implementierung standortübergreifender Abteilungen, neues Kindergruppen-Praxismodell) und zusätzlich Einsparvolumina, die zu erreichen sind. Die grundsätzliche Überlegung zur Durchführung einer Reform war zwar eine postulierte Überversorgung, festgemacht an den Parametern Spitalshäufigkeit, Spitalbetten pro Einwohner, die über dem Österreichschnitt lagen, gesteuert wurde die Reform aber über Strukturänderungen und vorgeschriebene Kostendämpfungspotentiale. Die Umsetzung und die Erreichung der Potentiale wurde den Spitälern überlassen, das heißt auch die Implementierung von Spektrenaufteilungen, von unpopulären organisatorischen Maßnahmen und eventuellen Leistungskürzungen. Umsetzung der strukturellen Vorgaben konnten die geforderten Kostendämpfungspotentiale nicht per se erbringen, sie stellten Tools zur Erreichung des ursprünglichen Ziels der Reform, die Rückführung der statistischen Überversorgung Oberösterreichs auf Österreichniveau, dar. Immer wenn Kritik an Einzelmaßnahmen, ob gerechtfertigt oder nicht, in der Öffentlichkeit auftaucht, kann von der Politik darauf verwiesen werden, dass diese Maßnahme so ja gar nicht im Reformpapier vorgesehen ist.

Einerseits waren die primären Ziele, der Erhalt aller Abteilungen und die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung erreicht, andererseits war Kirchdorf eines von jenen Krankenhäusern, die von der Reform am meisten betroffen waren (Implementierung neuer Strukturen, ein enormes Kostendämpfungspotential von knapp über fünf Millionen Euro pro Jahr, fast alle Maßnahmen umzusetzen von 2011 bis 2013).

Im Folgenden wird auf die Einzelmaßnahmen näher eingegangen:

A) Bettenreduktion:

Die Bettenreduktionen (Chirurgie -20, Unfallchirurgie -10, Gynäkologie/Geburtshilfe -5, Kinderheilkunde -5) waren keine Überraschung und in der Umsetzung auch kein großes Problem. Die geringere Bettenanzahl ging nur mit einer (gewünschten) moderaten Verringerung der stationären Aufnahmen einher, da durch Organisationsverbesserungen geringere durchschnittliche Liegezeiten erreicht werden konnten.

B) Zusammenarbeit mit dem KH Steyr:

Dieser Punkt der Reform war und ist teilweise noch immer der schwierigste, da in der Zusammenarbeit mit Steyr die für Kirchdorf als am bedrohlichsten empfundenen Maßnahmen umzusetzen waren. Einerseits war eine Diskussion über Spektren-Aufteilungen zu führen – mit allen Ängsten des kleineren Hauses, als „Verlierer“ hervorzugehen – und andererseits waren Doppelprimariate zu implementieren, die von vielen als ungeliebtes und angreifbares Konstrukt betrachtet wurden und werden. Zusätzlich war nur ein Primariat (Chirurgie) neu zu besetzen, die Doppelprimariate Orthopädie und Gynäkologie/Geburtshilfe wurden von Steyrer Abteilungsleitern übernommen – mit dem Geruch der „feindlichen“ Übernahme.

Der Paradigmenwechsel vom Konkurrenzspital zum Partnerspital war für alle Beteiligten kein leichter. Blockierend war am Anfang auch die Diskussion über die Struktur der standortübergreifenden Abteilungen, wie die Zuständigkeiten der Führung beider Häuser definiert werden soll und wer für welches Personal dienstrechtlich zuständig ist. Ursprünglich waren im Reformpapier standortübergreifende Abteilungen vorgesehen (Rechtsform: 1 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung). Letztendlich wurde eine neue Rechtsform beantragt, bewilligt und dann auch umgesetzt, nämlich 1 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten, 2 Abteilungen unter einer Leitung. Diese Rechtsform kam dem auf möglichst viel Eigenständigkeit bedachten Kirchdorf schlussendlich etwas näher.

C) Doppelprimariate:

Die Sinnhaftigkeit dieses Reformschritts wird nach wie vor kontroversiell diskutiert, sowohl hinsichtlich der praktischen Umsetzung als auch in Hinblick auf Einsparpotentiale. Die Pro-Argumente werden in einem Mail vom Vorsitzenden der Reformkommission MMag. Wolfgang Bayer auf den Punkt gebracht:

„Der Kommission geht es nicht um die Primararztposition, sondern um die Umsetzung von folgenden Prämissen, welche die Kostendämpfungspotentiale bewirken:

- Reduktion der Entscheidungswege bei der Abstimmung zwischen den Abteilungen.
- Abgestimmte Leistungserbringung, z.B. elektive Eingriffe in einem Haus, Akutversorgung im anderen Haus.
- Bessere Abstimmung des Personaleinsatzes bei Krankheiten und auch Verbesserung der Ausbildung durch Rotation.
- Spezialisierung/Konzentration der Eingriffe an einem Standort.“⁴¹

Hinzufügen möchte ich in diesem Zusammenhang aber auch, dass die enge Verschränkung mit dem Schwerpunktkrankenhaus und ein Doppelprimariat eine sehr enge Verschränkung bedeutet, von mir als standortsichernd für den kleineren Partner betrachtet wird, da ansonsten zu befürchten ist, dass die Personalrekrutierung im ärztlichen Bereich mit qualifizierten Kräften nicht mehr möglich sein wird. Durch gezielte Rotationen bleibt die Expertise für komplexere Behandlungen und auch die Expertise zur Beherrschung von Notfällen eher erhalten.

Nicht verschwiegen werden sollen aber auch die Probleme bei der Implementierung und Umsetzung der Doppelprimariate. Insgesamt herrscht bei vielen noch eine breite Ablehnung, hier spielt auch ein Wechsel des Tätigkeitsprofils von Primärärzten als „breite medizinische Alleskönner“ hin zu Führungskräften, die führen und administrieren, eine Rolle. Speziell in Standardhäusern ist nach wie vor der Wunsch nach dem „medizinischen Alleskönner“ sehr stark und auch so in der öffentlichen Wahrnehmung verankert. Insgesamt wird die Präsenz als zu gering betrachtet, und die leitenden Oberärzte haben Schwierigkeiten mit ihrem Rollenverständnis. Es war aber auch nicht zu erwarten, dass eine derartig einschneidende Organisationsänderung sofort funktionieren würde, und es war auch nicht zu erwarten, dass sich die Partnerabteilungen im beabsichtigten Maße verschränken. Auch wird die Möglichkeit zur Rotation von vielen nicht unbedingt als Vorteil gesehen. Zusätzlich ist die Implementierung der Doppelprimariate auch mit einem Dienstpostenverlust einhergegangen, was zu einer gesteigerten Belastung des Personals geführt hat. Die von MMag. Bayer angeführten Zielsetzungen hätten wahrscheinlich auch anders erreicht werden können, möglicherweise mit weniger Friktionen.

41 Mail MMag. Bayer 7.4.2011.

D) Leistungsabstimmung:

Die Leistungsabstimmung wurde im Rahmen einzelner Projekte unter Beteiligung beider Abteilungen vorgenommen und gestaltete sich in den einzelnen Fächern sehr unterschiedlich, v.a. auch in Hinblick auf die empfohlene Trennung zwischen elektiven und akuten Eingriffen.

Im orthopädischen Bereich sind fast alle operativen Eingriffe elektiv, auch allfällige Spezialisierungen konnten nicht gefunden werden, man hätte, radikal gedacht, zwischen operativer und konservativer Orthopädie differenzieren können, was aber nicht sinnvoll erschien. Zu erreichende Kostendämpfungspotentiale mussten auf andere Weise gefunden werden (z.B. Modifikationen in der Produktauswahl, abgestimmte Stationsschließungen während der Ferienzeit).

Im chirurgischen Bereich wurde eine tiefgreifende Leistungsabstimmung durchgeführt. Folgende Leistungen werden nicht mehr angeboten: Carotischirurgie, Strumektomien, Eingriffe am Pankreas und dem Ösophagus, tiefe Rectumresektionen. Bzgl. der Mammachirurgie wird gespargweit an einem dezentralen Versorgungskonzept gearbeitet, das dieses Spektrum wieder für Kirchdorf eröffnen könnte. Es ist aber vorgesehen, dass Patienten aus dem Einzugsgebiet Kirchdorfs, die diese Operationen durchführen lassen, von Kirchdorfer Chirurgen versorgt werden. Eine weitergehende Spektrenaufteilung zwischen elektiv und akut war wegen der Strukturvorgaben, die ein Standardkrankenhaus erfüllen muss, nicht möglich. Die Mindestausstattung eines Standardkrankenhauses hat eine vollwertige internistische und chirurgische Abteilung mit einer „Rund-um-die-Uhr-Akutversorgung“ zu umfassen.

Im gynäkologischen Bereich wandert die organüberschreitende Tumorchirurgie nach Steyr. In der Geburtshilfe werden die diesbezüglichen RSG-Vorgaben (Risikoabschätzung, $\geq 34+0$ SSW) eingehalten.

Generell erfolgt die Versorgung von Kindern unter 3 Jahren lt. RSG-Kriterien aus anästhesiologischen Überlegungen nicht mehr in Kirchdorf, mit der Ausnahme von Akuteingriffen.

Insgesamt ist also die Spektrenaufteilung sehr sanft ausgefallen, vor allem ist die Anzahl der Eingriffe, die nach Steyr gewandert ist, relativ gering, sodass eine Reduktion der Infrastruktur bzgl. bereitzustellender OP-Kapazität sehr gering ausfiel, im Intensivbettenbereich erfolgte keine Reduzierung, da bezogen auf die vergangenen Jahre eine Reduktion von nur 90 Intensivbehandlungstagen zu erwarten ist. Eine strikte Trennung zwischen elektiver und Akutchirurgie war aus logistischen Gründen nicht möglich bzw. hätte nur Sinn gemacht, wenn das gesamte Krankenhaus zu einem elektiven Haus transformiert worden wäre, also auch die unfallchirurgische Abteilung umfasst hätte. Ein solcher radikaler Ansatz würde die

größten Einspareffekte bringen, wäre aber wahrscheinlich politisch zum jetzigen Zeitpunkt schwer umzusetzen.

E) Kindergruppenpraxis:

Das Weiterbestehen der Kinderabteilung war an ein Kooperationsmodell mit dem niedergelassenen Bereich gekoppelt. Kernpunkt des für Österreich bisher einzigartigen Projekts ist das Führen einer Kassen-Kindergruppenpraxis durch im Spital angestellte Fachärzte, wobei die Spitalsambulanz nur mehr für Notfälle zur Verfügung steht. Dem Projekt vorangegangen sind intensive Gespräche zwischen GKK, gespag und der Ärztekammer OÖ, wobei schlussendlich eine für alle Partner zufriedenstellende Lösung zustande gekommen ist. Als Vorteile für die Patienten sind folgende Punkte zu nennen: Weiterbestand der stationären, wohnortnahen Kinderversorgung, längere Öffnungszeiten der Ordination, auch am Samstag, keine urlaubsbedingte Praxissperre. Aufgrund von Bedenken aus dem niedergelassenen Bereich mit den Befürchtungen, dass das Projekt beispielgebend für die Verlagerung freier Facharztstätigkeit in den Spitalsbereich sein könnte, konnte die Ordination nicht im Spitalsbereich lokalisiert werden. Die Gruppenpraxis läuft seit Juli 2011 zur vollsten Zufriedenheit und erfüllt die organisatorischen und finanziellen Vorgaben und gilt überregional als erfolgversprechendes Modell einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit.

7. Positionierung des KH Kirchdorf nach der oö. Spitalsreform II

Das KH Kirchdorf sieht sich als Basis- bzw. Hauptversorger der Region mit einem weiterhin sehr breiten Angebot, inklusive der pädiatrischen und orthopädischen Versorgung. Überregionale Schwerpunkte sind die Knie- und Schulterchirurgie. Die enge Zusammenarbeit mit Steyr ist standortsichernd. Im Gegensatz zum Salzkammergutverbund wird die Versorgung der Region Phyrren-Eisenwurzen durch eigenständige Krankenanstalten gewährleistet. Die Zukunft wird weisen, welches Kooperationsmodell vorteilhafter ist.

8. Sicht der Bevölkerung

Stellvertretend für eine Reihe von Befragungsergebnissen bzgl. der Wichtigkeit kleinerer Spitäler sei eine rezente Umfrage der Salzburger Nachrichten vom Juni 2014 angeführt. 90 % der Befragten bezeichnen die kleinen Spitäler als wichtig bis sehr wichtig, 80 % sprechen sich gegen eine Zusammenlegung von Spitälern aus, nur 11 % halten es für sinnvoll, kleine Spitäler aufzulösen. 70 % aller Befragten halten es für sinnvoll, alle regionalen Spitäler zu erhalten.⁴²

Solche Umfrageergebnisse machen es wahrscheinlich, dass die Politik bei Einsparmaßnahmen mit großen Widerständen rechnen muss.

Im Bezirk Kirchdorf hat es kaum Widerstände gegen die Reform gegeben; nicht verwunderlich, da auf den ersten Hinblicken die Maßnahmen nicht so einschneidend wirkten, es zu keinen Abteilungsschließungen gekommen ist und die angeführten Kostendämpfungspotentiale zu abstrakt waren. Die Spektreneinschränkungen waren in ihren quantitativen Auswirkungen, wie ausgeführt, relativ klein, sodass sie nur wenige Patienten betreffen. Der Hauptverdienst allerdings, dass die Auswirkungen der Spitalsreform in der Öffentlichkeit kaum spürbar sind, liegt beim Einsatz des gesamten Personals des Krankenhauses.

Die lokalen Wahrnehmungen spiegeln auch der Evaluierungsbericht des Landes OÖ zur Spitalsreform aus dem Jahr 2013 wider, nachdem es zu keiner Veränderung der Patientenzufriedenheit im Vergleich zu den Vorjahren gekommen ist. Ebenso blieb die Frequenz der Eingabe von Beschwerdefällen bei der Patientenvertretung gleich.⁴³

42 Umfrage Salzburger Nachrichten, Juli 2014.

43 Evaluierungsbericht öö SPR II

9. Sicht der Lokalpolitik

Wissend um die Sensibilität des Themas und auch im Bewusstsein, welche Bedürfnisse die Bevölkerung hat, ist die Unterstützung der Lokalpolitik für eine dezentralisierte Spitalsversorgung natürlich gegeben. Der Kontakt zur lokalen Politik wurde von der Spitalsleitung auch aktiv betrieben. Das lokale Bezirksspital, als größter Arbeitgeber des Bezirks, spielt für die Infrastruktur der Peripherie eine tragende Rolle, ebenso der direkte und nahe Kontakt zu den Einrichtungen des Sozialhilfverbandes. Zusätzlich bedeutend für die lokale Politik ist die Tatsache, dass die peripheren Spitäler über die Ausbildung lokalen Nachschub an praktischen Ärzten für die Region schaffen.

Dagegen steht aber die schwierige finanzielle Lage vieler Gemeinden und dass es durch die Maßnahmen der Spitalsreform II lt. Evaluierungsbericht des Landes OÖ zu einer Verringerung der Sprengelbeiträge im Jahr 2013 um 6,9 Prozent gekommen ist.⁴⁴

10. Ärztemangel, EU-konforme Arbeitszeitgesetzgebung

Auch für das Krankenhaus Kirchdorf stellen der Ärztemangel und die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie eine existentielle Bedrohung dar. Stand Juli 2014 sind fünf Ärztedienstposten nicht besetzt, ein Teil der nicht besetzten Turnusarztdienstposten wurde teilweise mit Assistenten und Fachärzten besetzt. Obwohl die Minderbesetzung jetzt noch nicht so dramatisch erscheint, ist der Ausblick triste, es melden sich auf Ausschreibungen für Facharztausbildungsstellen kaum Bewerber. Da es als Reaktion auf den Turnusärztemangel zu einer Aufstockung der Ausbildungsstellen zum Facharzt gekommen ist, werden weniger praktische Ärzte ausgebildet, was zur Folge hat, dass kaum Nachwuchs für den niedergelassenen Bereich vorhanden sein wird. Werbung bei diversen Turnusarztmessen, die Umsetzung des Turnusarztprofils der österreichischen Ärztekammer, Bemühungen, die Ausbildungsqualität zu verbessern, haben, wie an anderen Standor-

⁴⁴ Evaluierungsbericht oö SPR II

ten, keine positiven Früchte getragen. Die einzige Möglichkeit, den Dienstbetrieb aufrechtzuerhalten, war die Zusammenlegung von Diensträdern und die Übernahme medizinischer Basisleistungen durch das Stammpersonal.

Maßnahmen, um nicht ärztliche Tätigkeiten, bzw. Tätigkeiten des mitverantwortlichen Bereichs, zu anderen Berufsgruppen zu verschieben, sind bereits umgesetzt (intravenöse Medikamentenverabreichungen, Blutabnahmen, Schreiben von EKGs, OP-Assistenz-Bereitschaftsdienst für Studenten) oder in der Konzeptionsphase (Einführung von Stationsassistenten, OP-Assistenz durch die Pflege). Zusätzlich laufen Projekte, die die Organisationsabläufe auf Vereinfachungen und Doppelgleisigkeiten durchleuchten. Trotz all dieser Maßnahmen ist für die Zukunft nicht auszuschließen, dass es zu Leistungseinschränkungen kommen wird.

11. Auswirkungen der Bundesgesundheitsreform auf das KH Kirchdorf

Derzeit ist schwierig abzuschätzen, welche Auswirkungen in der täglichen Praxis der Ende 2013 vom Land und der GKK abgeschlossene Landeszielvertrag wirklich hat, zu unüberschaubar und komplex sind die gesetzten Ziele. Konkret und akut betroffen sind die Spitäler mit Zielen, die eigentlich zur Umsetzung der Spitalsreform II schon im Fokus standen, wie eine Steigerung der Erbringung tagesklinischer Leistungen, eine Verkürzung der präoperativen Verweildauer und eine Verringerung der Krankenhaushäufigkeit und der durchschnittlichen Verweildauer.

12. Zukunftsszenarien

Der Blick in die zukünftige Entwicklung der Strukturen wird zunehmend bestimmt durch den Ärztemangel, woraus sich für mich folgende Szenarien ergeben:

Szenario 1) Durch verschiedenste Maßnahmen wird der Ärztemangel doch nicht so eklatant wie erwartet. Das Postulat der Bundesgesundheitsreform mit dem politischen Wunsch zur Stärkung extramuraler Strukturen, vor allem des niedergelassenen Landarztes, kann umgesetzt werden. Dieses Szenario würde für den Spitalsbetrieb bedeuten, dass der ambulante Bereich etwas entschlannt werden kann, dass unnötige Akutambulanzbesuche verringert werden können.

Für das Personal würde dieses Szenario eine gewisse Entlastung bringen, als Nebeneffekt würde auch eine finanzielle Entlastung eintreten – vorausgesetzt, die Finanzierung bleibt gleich.

Szenario 2) Der erwartete Ärztemangel, vor allem im extramuralen Bereich, tritt ein. Die primäre Versorgung wird in Spitäler vorgelagerten Versorgungszentren durchgeführt, da die Besetzung der peripheren Landarztpraxen nicht mehr möglich sein wird.

Nachteil dieses Szenarios ist der parallele Aufbau von Doppelstrukturen mit erheblichen Implementierungskosten.

Szenario 3) Der Ärztemangel schlägt durch wie bei Szenario 2. Da die extramurale Versorgung durch Niedergelassene nicht mehr gewährleistet werden kann, etablieren sich die Spitäler als Gesundheitsdrehkreise, übernehmen einen Großteil der ambulanten Versorgung.

Ich persönlich bin der Meinung, dass weiterhin Bedarf an peripheren Standardhäusern besteht, möglicherweise mit adaptierten Strukturen und adaptierten Leistungsinhalten. Aus meiner Sicht wird die Bedeutung sogar steigen durch Kooperationen mit dem extramuralen Bereich und durch Bereitstellung von bestehenden Ressourcen, auch zur privatwirtschaftlichen Nutzung. Modelle wie die Kindergruppenpraxis in Kirchdorf könnten weiter forciert werden, auch in anderen Bereichen. Doppelgleisigkeiten in der ambulanten Akutversorgung zwischen Spital und niedergelassenem Bereich könnten aufgelöst werden, z.B. durch von Spitalsärzten und niedergelassenen Ärzten gemeinsam betriebenen Versorgungseinheiten, wo immer sie auch lokalisiert sind.

Lähmend aus Sicht der Mitarbeiter von Standardhäusern sind die kontinuierlich bestehende Unsicherheit über die Zukunft und die Angst, durch weitere Leistungseinschränkungen dem Versorgungsauftrag nicht mehr gerecht zu werden.

13. Zusammenfassung

Nachdem die Strukturen im Gesundheitswesen über lange Jahre relativ stabil geblieben waren, allfällige Reformvorhaben wieder in der Schublade blieben, kam in letzter Zeit Bewegung auf, hauptsächlich getriggert von ökonomischen Überlegungen. Der Begriff der abgestuften Versorgung und die Rolle von Standardspitälern als Basisversorger rückten in den Fokus. Das Problem dabei ist, dass der Begriff Basisversorgung nicht wirklich definiert ist und jeweils unterschiedlich interpretiert wird. Die Interpretation ist vielfach bestimmt durch die jeweilige Interessenslage. Die wissenschaftliche Absicherung, ob eine abgestufte Versorgung aus Qualitätsgründen erforderlich ist, ist kaum gegeben. Es existieren nur für wenige Eingriffe valide Zahlen, die eine Outcome-Verbesserung für Institutionen mit höheren Fallzahlen nachweisen.

Die öo. Spitalsreform II brachte für Kirchdorf teilweise erwartete Maßnahmen, aber auch in der Intensität überraschende Ergebnisse, wie die Einführung von Doppelprimariaten, oder in ihrer Höhe nicht erwartete, aber zu erfüllende Kostendämpfungspotentiale. Von der Grundkonzeption war aber die Standortsicherung gegeben, es kam zu keinen Abteilungsschließungen und die Ausrichtung als Basisversorger mit Fokus auf Orthopädie und Sporttraumatologie blieb erhalten.

Die Umsetzung war schwierig, v.a. die Implementierung der Doppelprimariate gestaltete sich als große Herausforderung, die Ziele konnten aber letztendlich erreicht werden.

Eine fast größere Herausforderung stellte der sich abzeichnende Ärztemangel dar, jetzt verschärft durch die umzusetzende EU-Arbeitszeitrichtlinie. Je nach weiterer Entwicklung ist durchaus auch mit Leistungseinschränkungen zu rechnen. Insgesamt bestehen aber für die Zukunft von Standardhäusern durchaus gute Chancen, ihren Platz im Rahmen einer abgestuften Versorgung zu erhalten, wahrscheinlich in engerer Verschränkung mit dem extramuralen Bereich und dem Schwerpunkt-krankenhaus der Region.

Quellenangabe

Thesenpapier zur Basisversorgung – ÄK OÖ, April 1010

Evidenz zur Ableitung von Mindestmengen in der Medizin – Gutachten im Auftrag der
Dt. Bundesärztekammer (2004), [www.bundesaerztekammer.de/downloads/
GutachtenMindestmengen.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/GutachtenMindestmengen.pdf)

Mail MMag. Bayer 7.4.2011

Umfrage Salzburger Nachrichten Juli 2014

Evaluierungsbericht oö SPR II

http://ooevp.at/uploads/tx_news/PK_LH_Dr__P%C3%BChringer_spitalsreform_30_10.pdf

Prof Dr. med. emerit. Hans Hoppeler
Universität Bern, MKR-Partner

Dr. Jürg Müller
MKR-Partner

Oliver Richner
MKR-Partner

Spitalgröße, Grundversorgung und Spitzenmedizin – Überlegungen zur nachhaltigen Gestaltung der Spitallandschaft

1. Hintergrund	132
2. Spitalgröße und Fallkosten	133
3. Spitalgröße und Qualität	137
4. Spitalgröße und Weiterbildung	139
5. Die spezielle Situation des peripheren Grundversorgerspitals	140
6. Zusammenfassung	142
7. Literaturverzeichnis	143

Im Spitalwesen der Schweiz besteht, wie auch in Österreich, ein Trend zur Zentralisierung; betroffen sind vor allem periphere Kleinspitäler. Es wird dabei übersehen, dass die optimale Spitalgröße zwischen 100 und 200 Betten liegt und größere Spitäler aufgrund negativer Skaleneffekte und Komplexitätskosten nicht günstiger betrieben werden können sowie keine bessere Versorgung bieten. Der vorliegende Beitrag geht der Frage der Rollenverteilung unter den einzelnen Spitälern nach. Dabei soll nicht nur der finanzielle Aspekt verfolgt werden, sondern auch andere, welche für die Größe und den Standort eines Spitals relevant sind, um die Gesundheitsversorgung einer Region sicherzustellen.

1. Hintergrund

Man darf davon ausgehen, dass Österreich und die Schweiz über ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem verfügen und die Bevölkerung gesicherten Zutritt zu allen sinnvollen medizinischen Leistungen hat. Dies zeigt sich zum Beispiel daran, dass die Schweiz und Österreich zu den OECD-Ländern mit kleiner vermeidbarer Mortalität gehören⁴⁵. Beunruhigend ist aber, dass die Kosten des Gesundheitswesens über 11 % des Bruttosozialprodukts ausmachen – und dies seit Jahren mit überproportional steigender Tendenz. Die Daten aus Österreich sind dabei mit denen der Schweiz fast identisch.

Die Gesamtkosten des Schweizer Gesundheitswesens betragen 68 Milliarden Franken⁴⁶. Das Sparpotential wäre beträchtlich. Eine Studie der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften von 2012 weist ein ermittelbares Sparpotential von nicht weniger als 9–11 % der Gesamtausgaben aus⁴⁷. Im Vordergrund stehen dabei mit je 2–3 Milliarden CHF die angebotsinduzierte Nachfrage, der patienteninduzierte Überkonsum an medizinischen Leistungen sowie die mangelnde Koordination im Gesundheitswesen. Die ungebremst wachsenden Gesundheitskosten weisen darauf hin, dass es schwierig ist, im Gesundheitswesen Einsparungen zu machen. In der ernüchternden Analyse des Generalsekretärs der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften⁴⁸ wird festgehalten, dass:

„fragmentierte und zersplitterte Zuständigkeit

- *in Verbindung mit nicht hinreichend auf ihre Wirksamkeit geprüften, durch Interessen unterschiedlichster Provenienz bestimmten Leistungskatalogen und*
- *in Verbindung mit je länger je weniger durchschaubaren Finanzierungsmechanismen und Finanzströmen ein System wohl organisierter Verantwortungslosigkeit begründen.»*

Es muss davon ausgegangen werden, dass die Verhältnisse in der Schweiz und in Österreich auch diesbezüglich ähnlich sind.

Die Spalkosten sind mit etwa 50 % der Gesamtkosten ein gewichtiger Faktor im wachsenden Wirtschaftszweig „Gesundheit“. In den letzten 20 Jahren hat dabei im Spalkwesen der Schweiz eine deutliche Konzentration des Versorgungsangebots stattgefunden. Kleinere Spalkler, meistens in der Peripherie, wurden

45 Gay et al. (2011).

46 Bundesamt für Statistik (2012).

47 Schweizerische Akademie der Wissenschaften (2012).

48 Zürcher 2012.

geschlossen zugunsten von mittelgroßen bis großen Krankenhäusern in den Agglomerationen. Die hohen Fallkosten in Kleinspitälern wurden dabei als eines der Hauptargumente für deren Schließungen angeführt. Die Zentralisierung im Spitalwesen ist noch nicht abgeschlossen und hat bereits zu einem erheblichen Ungleichgewicht im Angebot zu stationärer Pflege geführt. Während in der Agglomeration mehr als 5 Spitalbetten pro 1.000 Einwohner gezählt werden, ist es in der Peripherie nicht mehr 1 Bett pro 1.000 Einwohner (Beispiel Kanton Bern).

Der vorliegende Beitrag geht der Frage der Rollenverteilung unter den einzelnen Spitälern nach. Dabei soll nicht nur der finanzielle Aspekt verfolgt werden, sondern auch andere, welche für die Größe und den Standort eines Spitals relevant sind, um die Gesundheitsversorgung einer Region sicherzustellen. Dies geschieht im Wissen darum, dass 80 % des medizinischen Aufwandes im Bereich der Grundversorgung anfallen und mit einem bescheidenen technologischen Aufwand auch in der Peripherie medizinisch einwandfrei erbracht werden könnten.

2. Spitalgröße und Fallkosten

Die Zentralisierung im Spitalwesen wird vordergründig hauptsächlich finanziell begründet. Allerdings scheint die Schließung von Kleinspitälern nicht in jedem Falle den gewünschten Spareffekt zu erzielen. Zum Beispiel wurden im Kanton Bern zwischen 1999 und 2013 nicht weniger als 13 Kleinspitäler geschlossen. Trotzdem ist die Spitalproduktivität im Kanton Bern in diesem Zeitraum vom Mittelfeld auf den letzten Platz in der Schweiz abgefallen⁴⁹. Der bereits erwähnte Bericht der Schweizerischen Akademie von 2012 schätzt das Sparpotential durch bessere Ausnützung des „Skaleneffekts“ auf 0,7 Milliarden CHF.

Unter Skaleneffekt wird verstanden, dass sich in größeren Spitaleinheiten die Spitalfixkosten auf höhere Fallzahlen verteilen lassen, was zu geringeren Fallkosten führt. Die Fixkosten sind teilweise strukturell bedingt: Jedes Spital benötigt eine Verwaltung, eine funktionelle Grundausstattung usw., und dies unabhängig von der Patientenzahl. Zusätzlich kommen im Spitalsektor noch mannigfache Minimalanforderungen zum Tragen, welche der Sicherheit der medizinischen Dienstleistung dienen und welche als Vorhalteleistungen bezeichnet werden. Unabhängig von der Zahl der behandelten Patienten bestehen Minimalanforderungen, welche den Betrieb von Notfallstationen, Intensivpflegestationen, Geburtsabteilungen

49 Schleiniger und Blöchliger (2012)

und weiteren Spezialeinrichtungen der Spitälern gewährleisten. Diese Minimalanforderungen beanspruchen sowohl infrastrukturelle als auch personelle Ressourcen. Als Beispiel kann eine Geburtsabteilung in der Schweiz angeführt werden: aufgrund der geforderten Erreichbarkeit von Gynäkologinnen und Anästhesistinnen und der entsprechenden gesetzlichen Arbeitszeitregelungen kann eine solche erst mit ungefähr 600–800 Geburten pro Jahr kostendeckend geführt werden.

Der beschriebene Skaleneffekt verunmöglicht einen finanziell vertretbaren Betrieb von Kleinstspitälern mit der Ausrichtung auf die Grundversorgung. Die Abbildung 1 zeigt die publizierten Daten 2011 des Bundesamts für Gesundheit der Akutspitäler der Schweiz und stellt den durch die Patientenzahl normalisierten Aufwand eines Spitals den Fallzahlen dieses Spitals gegenüber. Die „unrentablen“ Kleinstspitäler (weiße Quadrate) finden sich dabei am Beginn der x-Achse. Auffällig an dieser Grafik ist die enorme Streuung der Daten. Diese dürfte zum Teil einer realen großen Streuung entsprechen, könnte allerdings auch auf eine nicht über alle Zweifel erhabene Datenqualität zurückzuführen sein.

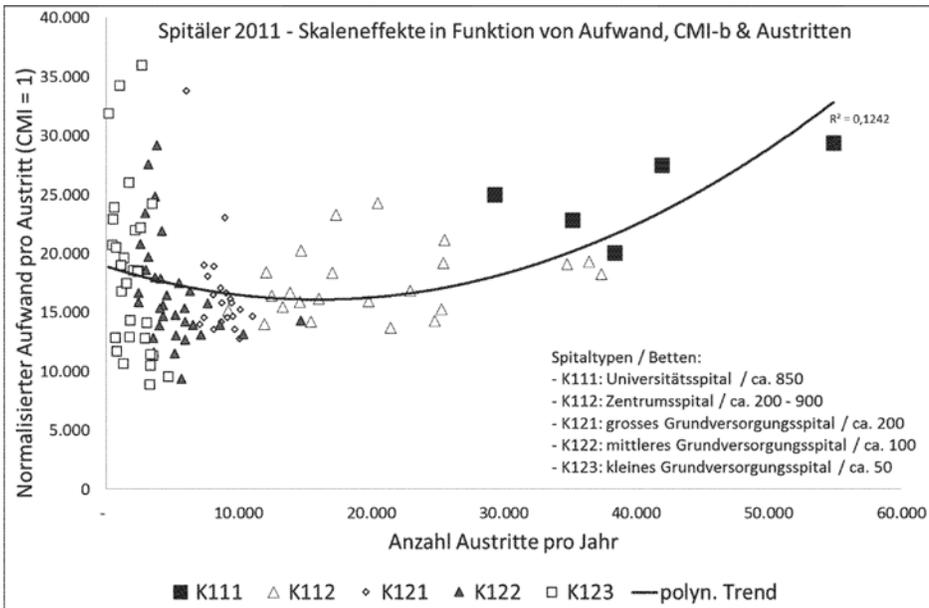


Abbildung 1: Spitalgröße und Normaufwand für Schweizer Akutspitäler (Daten Bundesamt für Gesundheit 2011).

Die in Abbildung 1 gezeigten Daten deuten tatsächlich auf einen Skaleneffekt hin, welcher Kleinst- und Kleinspitäler benachteiligt. Mit aller (statistischer) Unsicherheit, welche sich aus der Datenstreuung ergibt, hat die Kurve aber einen

U-förmigen Verlauf mit einem Minimum zwischen 10.000 und 20.000 Fällen. Die Aussage, die sich daraus ergibt, bedeutet, dass sich die Skaleneffekte ab einer gewissen Spitalgröße erschöpfen und dass dann mit weiter zunehmenden Fallzahlen mit einem Anstieg der Kosten gerechnet werden muss. Dass sich bei zunehmender Spitalgröße die Fallkosten nicht mehr weiter senken lassen, wird auch von der WHO festgehalten. Diese stellt in einer Zusammenfassung des „Health Evidence Networks“ 2013 fest, dass sich die Skaleneffekte bei Spitaleinheiten zwischen 100 und 200 Betten erschöpfen – und dass bei größeren Einheiten keine zusätzlichen Einsparungen erwartet werden können⁵⁰.

Es stellt sich damit die Frage nach einer optimalen Spitalgröße. Kristensen et al. (2008) berechnen aus einer Studie der Spitäler in Dänemark die optimale Spitalgröße auf 275 Betten, allerdings mit einer 95 %-Vertrauensgrenze von 130–585 Betten⁵¹. In einer Studie von 14 kalifornischen Spitalern findet Dranove (1998), dass sich bei Spitalzusammenlegungen ab etwa 10.000 Fällen keine Einsparungen mehr machen lassen⁵². Die in Abbildung 1 gezeigten Daten sind damit kompatibel mit den Empfehlungen der WHO und den Daten aus der internationalen Literatur.

Es steckt allerdings noch eine weitere ganz wesentliche Aussage in Abbildung 1. Die Fallkosten scheinen nach einem Durchschreiten des Kostenminimums bei 10.000–20.000 Fällen wieder anzusteigen. Dies ist deswegen von großer Bedeutung, weil das finanzielle „Unheil“, welches kleine Spitäler aufgrund der niedrigen Fallzahlen anrichten können, absolut gesehen relativ harmlos bleibt. Für große Spitäler trifft dies nicht zu. Auch bei geringer Überschreitung des Kostenminimums fallen enorme absolute Kosten an. Dies sollte ein Grund sein für die politisch Verantwortlichen, besonders große Spitalgebilde genau zu beobachten.

Es sind zwei Faktoren, welche das Ansteigen der Kosten bei Spitaleinheiten ab 20.000 Fällen bedingen. Es sind dies negative Skaleneffekte und die Komplexitätskosten. Beide Effekte sind in der Wirtschaft bekannt und auch ausgiebig beschrieben worden. Als negative Skaleneffekte bezeichnet man die Kosten, welche in großen organisatorischen Einheiten durch zusätzlich benötigte Organisationsebenen anfallen⁵³. Dies wiederum macht die Kommunikation zwischen Organisationseinheiten unter sich und mit der Führung schwieriger, zeitintensiver und damit teurer. Im Allgemeinen wird auch mit einer sinkenden Motivation der Mitarbeiter in großen Einheiten gerechnet.

50 WHO HEN (2013)

51 Kristensen et al. (2008)

52 Dranove (1998)

53 Siehe z.B. economicsonline.co.uk.

Als Komplexitätskosten werden Kosten bezeichnet, welche entstehen, wenn eine Produktionseinheit, in diesem Fall das Spital, eine Vielzahl von Produkten anbietet. In dieser Situation ist es schwierig, Organisation und Prozesse für alle Produkte gleichzeitig zu optimieren. In der Spitallandschaft ist das besonders deutlich zu zeigen am Beispiel der Universitätsspitäler. Die Universitätsspitäler fungieren als letztinstanzliche Versorger und müssen deswegen nicht nur in allen Fachdisziplinen auf dem aktuellen Stand des Wissens und der Technologie sein, sondern müssen auch komplexe multidisziplinäre medizinische Probleme lösen, welche in Grundversorgereinheiten nicht beherrscht werden können. Die Universitätsspitäler finden sich deswegen im rechten oberen Drittel der Grafik.

Es muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass es gegen diese Art von Komplexitätskosten medizinisch gesehen nichts einzuwenden gibt. Wir alle wollen, dass die geringe Zahl der Patienten, welche auf Spitzenmedizin angewiesen ist, diese auch gemäß dem Stand der Wissenschaft erhalten kann. Allerdings ist es weder sinnvoll noch kostengünstig, in den komplexen Universitätsspitalern „banalere“ medizinische Leistungen anzubieten, welche problemlos in Einheiten der erweiterten Grundversorgung erbracht werden könnten. Man kann sich in diesem Zusammenhang auch überlegen, ob die Notfallaufnahme eines Universitätsspitals für die Allgemeinheit frei zugänglich sein sollte. Es darf davon ausgegangen werden, dass in den Agglomerationen, in denen Universitätsspitäler üblicherweise situiert sind, die Notfallaufnahmekapazität der übrigen Spitäler vollständig ausreichend ist – und die Notfallaufnahme im Universitätsspital somit nur den zuweisenden Ärzten und den Rettungsequipen offenstehen sollte. Ob eine solche, ökonomisch wünschbare und medizinisch vertretbare Regelung politisch akzeptiert würde, bleibt dahingestellt.

Die andauernden Bemühungen zur Zentralisierung des medizinischen Angebots scheinen nicht wirtschaftlich begründbar. Gegen die Schließung von Kleinstspitalern (< 50 Betten) ist allerdings nichts einzuwenden, es scheint mindestens aus wirtschaftlicher Sicht nicht vertretbar, Akutspitäler mit Grundversorgungsauftrag in dieser Größenordnung zu betreiben.

3. Spitalgröße und Qualität

Bei der Diskussion um Spitalschließungen spielen nicht nur ökonomische Aspekte eine Rolle, auch das Argument der Qualität wird immer wieder als wichtiger Vorteil der Zentralisierung angeführt. Dabei steht die Angst im Vordergrund, dass in kleinen Spitaleinheiten Interventionen zu selten ausgeführt werden und damit das Risiko für den Patienten steigt. Die Zahl der durchgeführten Interventionen gilt denn auch als Argument bei der Erteilung einer Betriebsbewilligung für ein Spital oder einer Spitalgruppe.

Diese Argumentation ist nicht grundsätzlich abzulehnen. Allerdings bereitet die Anwendung beträchtliche Schwierigkeiten. Für den Patienten steht nicht so sehr die Statistik des Spitals im Vordergrund, sondern die Erfahrung des ihn betreuenden Arztes oder Teams, welches eine Intervention ausführt. Wenn man das Mortalitätsrisiko bei chirurgischen Interventionen mit der Spitalgröße – genauer gesagt mit der Zahl der Interventionen – in Verbindung bringt, finden sich interessante Zusammenhänge. Die Analyse von 2,5 Millionen chirurgischer Interventionen in den USA zeigt tatsächlich, dass große Einheiten generell etwas niedrigere Todesfallraten haben⁵⁴. Bezogen auf einzelne Interventionen sinkt das Todesfallrisiko bei Fallzahl > 20–30 pro Jahr aber nur noch unwesentlich. Das bedeutet, dass eine hohe „Qualität“ einer Intervention dann vorliegt, wenn diese etwa alle zwei Wochen einmal durchgeführt wird.

Es ist vermutlich nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch sinnvoll, wenn sich kleinere Spitäler auf Interventionen beschränken, welche mit einer gewissen Regelmäßigkeit durchgeführt werden können. Im Allgemeinen braucht es bei den meisten aufwändigeren Interventionen spezialisierte Infrastrukturen (spezialisiertes Personal, Apparate, Werkzeuge usw.), welche nur mit genügenden Fallzahlen amortisiert werden können. Dies zwingt ein Kleinspital dazu, Leistungen anzubieten, für welche eine genügende Nachfrage besteht. Als Extrembeispiel technologischen Aufwandes können wohl Herztransplantationen gelten. In der Schweiz werden jährlich etwa 30 Herztransplantationen (aus vorwiegend politischen Gründen) an drei Standorten durchgeführt⁵⁵. Aufgrund der oben dargelegten Datenlage scheint dies weder aus medizinischer noch aus ökonomischer Sicht vertretbar.

Die Qualität von Spitälern zu beurteilen, erscheint außerordentlich schwierig. Als klassische Qualitätsindikatoren werden Todesfallhäufigkeit, Komplikationshäufigkeit, Rehospitalisationshäufigkeit und Patientenbefragungen beim Austritt ver-

54 Birkmeyer et al. (2002).

55 Bundesamt für Gesundheit (2014a).

wendet. Bei letzterem handelt es sich um die subjektive Befindlichkeit des Patienten, welcher nicht in der Lage ist, eine qualifizierte Aussage über die Qualität der medizinischen Versorgung zu machen. Auch die anderen genannten Indikatoren sind problematisch, da sie stark von der Patientenstruktur eines Spitals abhängig sind, wobei Alters- und Geschlechtszusammensetzung sowie Komorbiditäten der Patientenpopulation zu berücksichtigen sind.

Es werden aktuell große Anstrengungen unternommen, Qualitätsindikatoren auf eine solidere statistische Basis zu stellen und transparent zugänglich zu machen. In der Schweiz wird die Ergebnisqualität mit einem CH-IQI-System (Swiss Inpatient Quality Indicators) erfasst. Es werden dazu Routinedaten, welche mit dem Fallpauschale-System (in der Schweiz seit 2012 eingeführt) einheitlich erfasst werden, verwendet. Idealerweise sollte dieses System dem Patienten die Möglichkeit geben, die Erfahrung und allenfalls das Behandlungsergebnis eines Spitals einzuschätzen⁵⁶. Man geht dabei davon aus, dass sich die erfassten Spitäler dem Qualitätswettbewerb stellen und die erhobenen Daten in einem Peer-Review-System verwenden, um Verbesserungen zu realisieren. Inwiefern die zurzeit verfügbaren Systeme tatsächlich vom Patienten sinnvoll genutzt werden können, ist fraglich. Diese Aussage soll aber die in dieser Richtung gemachten Anstrengungen in keiner Weise abwerten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es sogar für den Fachmann außerordentlich schwierig ist, die Qualität einer medizinischen Einrichtung zu beurteilen. Neben den erwähnten Qualitätsindikatoren spielt vermutlich vor allem die Fehlerkultur eines Spitals, einer Spitalabteilung oder einer ärztlichen Praxis eine entscheidende Rolle. Das Critical Incident Monitoring (CIM) und die nachfolgende Auswertung von Fehlern oder Fast-Fehlern sowie die daraus abgeleiteten Konsequenzen sind langfristiger Garant für Qualitätsverbesserungen⁵⁷. In diesem Zusammenhang wichtig festzuhalten ist, dass die Spitalgröße kein Hinweis auf Qualität ist. Der bereits zitierte WHO HEN member report (2013) hält wörtlich fest:

„Bigger hospitals are not necessarily better. Research shows that they rarely result in lower costs or better patient outcomes.“

56 Bundesamt für Gesundheit (2014b).

57 Frey und Schwappach (2010).

4. Spitalgröße und Weiterbildung

Ein großer Anteil an medizinischen Leistungen wird in unsern Spitälern von Assistenzärzten in der Weiterbildung erbracht. An Universitäts- und Zentrumsspitalern werden alle oder mindestens ein Großteil der medizinischen Fachgebiete angeboten. Die Struktur dieser Spitäler reflektiert damit im Wesentlichen die Aufteilung der Medizin in Fachgebiete. Für Assistenzärzte bedeutet dies, dass sie es auf einer spezialisierten fachspezifischen Abteilung mit einem vorselektionierten Krankengut zu tun haben. Diese Situation ist für den Erwerb eines spezialisierten Facharztstitels geeignet, ist aber für den Erwerb der Kenntnisse und Fertigkeiten, welche einen Grundversorger auszeichnen, weniger dienlich. Assistentenstellen in Grundversorgerospitalern, welche in den zahlenmäßig gewichtigsten Gebieten der Medizin (Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie) ein wenig selektioniertes Krankengut betreuen, sind für zukünftige Grundversorger, früher „Hausärzte oder Hausärztinnen“ genannt, als Weiterbildungsstellen besser geeignet.

Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den peripheren Kleinspitälern zu. In einer nicht repräsentativen Umfrage in einem ländlichen medizinischen Bezirksverein haben wir festgestellt, dass praktisch alle im Gebiet tätigen Hausärzte im lokalen Landspital mindestens 1 Jahr ihrer Assistenzzeit verbracht haben. Wir haben bei dieser Umfrage auch festgestellt, dass eine enge Bindung der Hausärzte zu ihrem Lokalspital besteht. Das Spital dient als Basis für die Hausarztztätigkeit, indem zum Beispiel die regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen, Fallvorstellungen und Qualitätszirkel am lokalen Spital stattfinden. Daraus ergeben sich mannigfache Kontakte und Austauschmöglichkeiten. Speziell wird die rasche und informelle Kommunikation zwischen Spitalärzten und Zuweisern in den Vordergrund gestellt. Die Grundversorger im Einzugsgebiet dieses Spitals geben an, pro Patient durchschnittlich 30 Minuten mehr Zeit für Kommunikation aufwenden zu müssen, wenn der Patient in einem Zentrumsspital hospitalisiert ist. Besonders schwierig gestaltet sich die Kommunikation des peripheren Grundversorgers mit dem Universitätsspital. Es scheint dort besonders schwierig, zeitgerecht an die für die Betreuung des Patienten notwendigen Informationen zu gelangen.

5. Die spezielle Situation des peripheren Grundversorgerspitals

Wir haben uns mit der Problematik der Rolle des peripheren Kleinspitals im Auftrag einer lokalen Ärztevereinigung⁵⁸ vertieft auseinandergesetzt⁵⁹. Dieser Auftrag entstand aus der Sorge der dortigen Ärzte, „ihr“ Spital könnte aus ökonomischen Gründen geschlossen werden. Wir haben in dieser Untersuchung nicht nur die unmittelbaren ökonomischen, sondern auch die gemeinwirtschaftlichen Aspekte eines kleinen peripheren Akutspitals berücksichtigt. Zusätzlich haben wir versucht, die Rolle dieses Spitals für die lokale Grundversorgung der Bevölkerung zu erfassen. Als Szenarien haben wir diverse Schließungsoptionen aus finanzieller und qualitativ-medizinischer Sicht dieses Spitals dargestellt. Die detaillierten Resultate für die verschiedenen beschriebenen Schließungsvarianten finden sich in Hoppeler et al. (2012). Im Folgenden werden diese Resultate summarisch und thematisch gegliedert dargestellt. Es geht dabei vor allem darum, in welchen Bereichen finanzielle, medizinische und gemeinwirtschaftliche Überlegungen relevant sind. Bei den angegebenen Geldbeträgen handelt es sich dabei um annahmeabhängige Schätzungen.

Randbedingungen: Das beschriebene Spital Langnau ist der kleinere Partner (66 Betten, 2.600 Fälle stationär, 8.100 Fälle ambulant) im Regional-Spital Emmental des Mutterhauses in Burgdorf (154 Betten, 6.000 Fälle stationär, 30.100 Fälle ambulant). Das Spital liegt in einer ländlichen Kleinstadt mit einer Bevölkerung von 9.000 Personen und einem geschätzten Einzugsgebiet von etwa 35.000 Personen. Die Distanz zum Mutterhaus beträgt 21 km, zum nächsten Agglomerationsspital 21 km, zum Universitätsspital sowie zu weiteren Zentrumsspitalern 32 km. Das Spital Langnau ist ein Akutspital mit Notfalldienst ohne permanent anwesende Anästhesie, mit den Schwerpunkten Medizin, Chirurgie und Gynäkologie (ohne Geburtshilfe). In diesen Gebieten und in der Orthopädie werden selektive invasive Eingriffe vorgenommen. Das Spital verfügt über eine IMC (intermediate-Care-Station), aber nicht über eine Intensivpflegestation (ICU).

Aufwand und Ertrag: Die separate Berechnung von Aufwand und Ertrag für die im Spital Emmental zusammengeschlossenen Spitäler Burgdorf und Langnau zeigt, dass Langnau gerade eben noch kostendeckend operiert. Das Mutterhaus generiert einen geschätzten Erfolg von etwas mehr als 2 Millionen CHF, zu dem

58 Ärztenetzwerk Oberes Emmental.

59 Hoppeler et al. (2012).

das Spital Langnau nur gerade 200.000 CHF beisteuert. Diese für Langnau relativ günstige Situation lässt sich durch die Partnerschaft im Spitalverbund mit Burgdorf erklären. Diese gestattet es, den Fixkostenblock des Kleinspitals unter Kontrolle zu halten.

Schließungskosten: Es wird gelegentlich vergessen, dass eine Spitalschließung nicht gratis erfolgen kann. Für die Schließung und den Rückbau des Spitals würden berechnete 6,6 Millionen CHF anfallen. Eine Umnutzung eines Spitals ist erfahrungsgemäß schwierig – und auch dabei würden je nach Nutzungszweck unterschiedliche Investitionskosten anfallen. Diese müssten allenfalls auch in eine Berechnung der Gesamtkosten sowie deren Amortisierung Eingang finden.

Rettungsteam: Aufgrund der geographischen Lage und der gesetzgeberischen Vorgabe, wodurch 80 % der Bevölkerung (im Einzugsgebiet eines Spitalverbundes) in 30 Minuten von einem Rettungsteam erreicht werden sollten, müsste bei einer Spitalschließung eine Rettungsequipe in Langnau stationiert werden. Für den Betrieb einer Rettungsequipe fallen jährlich Kosten im Umfang von ca. 1,2 Millionen CHF an. Mindestens ein Teilbetrag dieser Kosten würde bei einer Schließung anfallen. Zusätzlich könnte dieses Rettungsteam nicht mehr in einer Spitalorganisation integriert betrieben werden.

Verlegungskosten: Bei einer Spitalschließung muss davon ausgegangen werden, dass die im Spital Langnau versorgten Patienten anderweitig versorgt werden müssten. Es entstehen dadurch Verlegungskosten. Bei Nichtvorhandensein von entsprechenden Bettenkapazitäten müsste am Auffangort mit einem Investitionsbedarf von ca. 800.000 CHF pro Spitalbett gerechnet werden. Dieser Investitionsbedarf fällt natürlich bei nahegelegenen Spitalüberkapazitäten weg. Auch Kosten im Umfang von 8.000 CHF für Integration, von 6.000 CHF für Rekrutierung und von 30.000 CHF für Entlassung pro Personalstelle müssten bei einer Vollkostenrechnung berücksichtigt werden.

Volkswirtschaftliche Kosten: Der geschätzte Mehraufwand durch die nach Spitalschließungen notwendigen Transporte der stationären und ambulanten Patienten sowie deren Besucher (1 Besucher pro Patient und Tag) machen einen geschätzten jährlichen Gesamtbetrag von 1,2 Millionen Franken aus. Die Landbevölkerung wird damit nicht nur durch das Wegfallen der lokalen Spitalversorgung bestraft, sondern wird zusätzlich mit Ausgaben für die entstehenden Transporte belastet. Da davon auszugehen ist, dass die zusätzlichen Transporte hauptsächlich mit Privatfahrzeugen stattfinden, führt dies zu einer erheblichen Umwelt- und Verkehrsbelastung. Die Mehrkosten für erschwerte Kommunikation mit einem Zentrumsspital belasten die Hausärzte mit 600.000 CHF. Als größter Arbeitgeber im Einzugsgebiet ist das Spital Langnau auch lokal von wirtschaftlicher Bedeutung. Es ist mit Steuerausfällen durch den Wegzug oder die Nichtweiterbeschäftigung

des Personals zu rechnen sowie mit Auftragsrückgang für das lokale Gewerbe durch den Wegfall des Spitals als Leistungsbezieher. Wir haben den Rückgang an lokalem Steuereinkommen auf 1,2 Millionen CHF geschätzt. Gesamthaft verliert die Region bei Spitalschließung an wirtschaftlicher Potenz.

Hausärzte und Notfalldienst: Als wichtige Funktion peripherer Spitäler haben sich die Organisation und das Mitbetreiben des Notfalldienstes ergeben. Der Notfalldienst ist ein Grundpfeiler der ärztlichen Versorgung einer Region, wird aber von jüngeren Grundversorgern zunehmend als Belastung empfunden. Im Einzugsgebiet des Spitals Langnau besteht während der Praxisöffnungszeiten eine dezentrale hausärztliche Versorgung. Am Abend und an den Wochenenden werden die Patienten an die Notfallstation des Spitals verwiesen. Dabei gilt eine einheitliche Notfallnummer, und es findet eine professionelle Triage durch MEDPHONE statt. MEDPHONE ist ein ärztteigenes Callcenter für medizinische Notfälle. Eine Schließung des Spitals würde zu einer erheblichen Mehrbelastung der Hausärzte führen und würde die jetzt schon großen Rekrutierungsschwierigkeiten für Hausärzte in ländlichen Bereichen weiter verschärfen.

6. Zusammenfassung

Im Spitalwesen der Schweiz besteht ein Trend zur Zentralisierung; betroffen sind vor allem periphere Kleinspitäler. Es wird dabei übersehen, dass die optimale Spitalgröße zwischen 100 und 200 Betten liegt und größere Spitäler aufgrund negativer Skaleneffekte und Komplexitätskosten nicht günstiger betrieben werden können und keine bessere Versorgung bieten⁶⁰. Periphere Kleinspitäler spielen eine wesentliche Rolle für die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung. Sie dienen den Hausärzten als Basis, bieten für Grundversorger bevorzugte Weiterbildungsstellen und ermöglichen einen qualitativ hochwertigen Notfalldienst. Zusätzlich leisten sie einen gemeinwirtschaftlich wesentlichen Beitrag zum Erhalt der Lebensqualität in Landgebieten.

60 WHO HEN (2013)

7. Literaturverzeichnis

- Ärzt Netzwerk Oberes Emmental
<http://www.n-oe.ch/jwa/de/home.jsp>
- Birkmeyer JD et al. (2002): Hospital volume and surgical mortality in the United States, The New England Journal of Medicine, 346:1128-1137. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11948273>
- Bundesamt für Gesundheit (2011): Kennzahlen der Schweizer Spitäler.
http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWwctYW53LmFkbWluLmNoL2t1di9zcGI0YWxzZGF0aXN0aWsvG9ydGFsX2RlLnBocD9sYW5nPWRIJmFtcDtuYXZpZD1renNz&lang=de
- Bundesamt für Gesundheit (2014a): Zahlen und Fakten zur Herztransplantation.
<http://www.bag.admin.ch/transplantation/00692/00941/04751/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2014b): Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler.
http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWwctYW53LmFkbWluLmNoL2t1di9zcGI0YWxzZGF0aXN0aWsvG9ydGFsX2RlLnBocD9sYW5nPWRIJmFtcDtuYXZpZD1xaXNz&lang=de
- Bundesamt für Statistik Daten (2012): <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.html>
- Dranove, D. (1998): Economies of scale in non-revenue producing cost centers: implications for hospital mergers. *Journal of Health Economics* 17 (1998)69-83
- Economicsonline
http://www.economicsonline.co.uk/Business_economics/Diseconomies_of_scale.html
- Frey B, Schwappach D. (2010): Critical incident monitoring in paediatric and adult critical care: from reporting to improved patient outcomes? *Curr Opin Crit Care*. 16:649-53.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20930624>
- Gay, JG, Paris, V., Devaux, M. und de Looper, M. (2011) : Mortality amenable to healthcare in 31 OECD countries. <http://dx.doi.org/10.1787/5kgj35f9f8s2-en>.
- Hoppeler, H. et al. (2012): Kosten und Nutzen kleiner Spitäler. *Schweizerische Aerztezeitung*, 43, 1580-1583.
- Kristensen, T. et al. (2008): Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public. Hospitals.
http://static.sdu.dk/mediafiles/Files/Om_SDU/Centre/c_ist_sundoke/Forskningsdokumenter/publications/Working%20papers/200813_001.pdf
- Notfallversorgung im Emmental (2009):
<http://www.rs-e.ch/upload/docs/docs/Notfallversorgung%20im%20Emmental.pdf>
- Schleiner, R. und Blöchliger, J. (2012): Menge und Preise der OKP Leistungen.
<https://www.santesuisse.ch/datasheets/files/201304031858074.pdf>

Schweizerische Akademie der Wissenschaften (2012): Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens.

[https://www.google.ch/?gws_rd=ssl#q=Effizienz%2C+Nutzung+und+Finanzierung+des+Gesundheitswesens.+](https://www.google.ch/?gws_rd=ssl#q=Effizienz%2C+Nutzung+und+Finanzierung+des+Gesundheitswesens.)

Spital Emmental, Standort Langnau (2014):

<http://www.rs-e.ch/?rub=9&Spital%20Langnau>

WHO, HEN member report (Health Evidence Network) Are bigger hospitals better? 2013:

<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/hen-summaries-of-network-members-reports/are-bigger-hospitals-better>

Zürcher, M. (2012): Das Schweizer Gesundheitssystem: ein Fall für die Akademien.

<http://www.akademien-schweiz.ch/index/Schwerpunktthemen/Gesundheitssystem-im-Wandel/Nachhaltiges-Gesundheitssystem.html>

A u f d e n

S t a n d P u n k t

g e b r a c h t

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich zum jeweiligen Schwerpunktthema der Ausgabe.

INHALT

Helmut Mödlhammer

Präsident des Österreichischen Gemeindebundes

146

Dr. Karlheinz Kornhäusl

Sektionsobmann Bundessektion Turnusärzte

148

Dipl. KH-BW Helmut Krenn

Kaufmännischer Geschäftsführer der NÖ Landeskliniken-Holding

150

Dr. Harald Mayer

Bundeskurienobmann der angestellten Ärzte, Vizepräsident der Österreichischen und Oberösterreichischen Ärztekammer

153

Helmut Mödlhammer

Präsident des Österreichischen Gemeindebundes

„Für eine erfolgreiche Zukunft des Gesundheitswesens brauchen wir ein Versorgungssystem, das nah beim Bürger ist.“

Wir stehen an einem Scheidepunkt, an dem wir nicht mehr so weitermachen dürfen wie bisher.

Ich spreche mich ganz deutlich gegen das Zusperrern der Krankenhäuser im ländlichen Bereich aus. Es darf nicht sein, dass eine Frau ihr Kind verliert, nur weil die Geburtstationen zentralisiert worden sind und die werdende Mutter zu lange zum nächstgelegenen Krankenhaus mit Geburtstation braucht.

Ebenso kann es nicht sein, dass man für wichtige jährliche Vorsorgeuntersuchungen Tagesreisen unternehmen muss, wie dies beispielsweise bei der Brustkrebsvorsorge in einigen Gebieten in Österreich der Fall gewesen wäre.

Es ist ebenso auf einen Mangel an Weitsicht der letzten Jahre zurückzuführen, dass viele Gemeinden keine Bewerber auf frei gewordene Landarztstellen mehr finden. Die Bürger verstehen ebenso wenig, dass wir zwar Zugangsbeschränkungen an den Medizinuniversitäten haben, aber trotzdem zu wenig Ärzte am Land und in den Krankenhäusern.

Mit diesen Beispielen möchte ich gar nicht schlecht reden, dass wir in Österreich trotzdem immer noch eines der besten Gesundheitssysteme weltweit haben. Aber die Kosten steigen – und nicht die Qualität. Daran müssen wir mit vereinten Kräften arbeiten.

Es darf nicht passieren, dass wir aufgrund des Kostendrucks alles zentralisieren. Denn die meisten Menschen leben draußen am Land. Diese Menschen sind nicht weniger wert als ein Städter und haben deshalb Anspruch auf eine ebenso gute Gesundheitsleistung. Es ist schon sinnvoll, dass nicht jedes Krankenhaus alle Spezialleistungen anbieten kann, aber es darf nicht so weit gehen, dass die Versorgung der Grundbedürfnisse nicht mehr gegeben ist. Diese Vorgehensweise, die an einigen Stellen nun zu beobachten ist, ist nur oberflächliches Sparen am falschen Ort und ändert nichts an den strukturellen Problemen.

Wir brauchen eine Gesamtanstrengung, um unser Gesundheitssystem als Ganzes wieder ins Lot zu bringen. Man muss bei der Ausbildung ansetzen, bei der Zuteilung, welche Stelle welche Leistungen erbringt. Es darf keine Leerläufe mehr geben und letzten Endes muss man auch diejenigen besser bezahlen, die mehr Aufgaben übernehmen werden. Wollen wir regionale Gesundheitszentren, die teilweise die Aufgabe der jetzigen Ambulanzen in den Krankenhäusern übernehmen, müssen wir diesen Ärzten auch einen attraktiven Arbeitsplatz bieten.

Diese strukturellen Änderungen müssen so schnell wie möglich passieren, denn mit der demografischen Entwicklung wird ein funktionierendes Gesundheitssystem, das nahe beim Bürger ist, mehr denn je gebraucht. Gerade ältere Menschen brauchen kurze Wege und die Möglichkeit der dauerhaften medizinischen Betreuung. Es wird nicht die Endlösung sein, die Menschen immer öfter für Wochen ins Krankenhaus zu geben. Auch die Landärzte, die mit immer größeren Belastungen konfrontiert sind, werden diese Aufgabe auf Dauer nicht alleine stemmen können. Hier braucht es gute Ideen, die ausprobiert werden, und wenn sie sich bewähren, rasch umgesetzt werden. Denn der demografische Wandel wird nicht warten, bis wir endlich handeln.

Dr. Karlheinz Kornhäusl

Sektionsobmann Bundessektion Turnusärzte

„Entscheidend für einen angehenden Turnusarzt ist nicht die Frage, ob er Peripherie oder Zentralraum bevorzugt. Vielmehr ist die Qualität der angebotenen Ausbildung entscheidend.“

Als Obmann der Bundessektion Turnusärzte in der Österreichischen Ärztekammer stehe ich in vielen Belangen beratend zur Seite und habe so direkten Einblick in die vielfältigen individuellen Entscheidungsfindungen. Die zentrale Frage für einen angehenden Turnusarzt ist nicht, ob der Peripherie oder dem Zentralraum der Vorzug zu geben ist; entscheidend ist vielmehr die Qualität der angebotenen Ausbildung. Wo eine gute Ausbildung angeboten wird, wo gute Arbeitsbedingungen herrschen und wo Turnusärzte nicht zu reinen Systemerhaltern degradiert werden, da werden die Turnusstellen auch entsprechend nachgefragt sein – unabhängig davon, ob es sich um ein kleines Krankenhaus am Land oder um ein Landeskrankenhaus im Zentralraum handelt. Mitunter ist es sogar so, dass kleinere Spitäler qualitativ hochwertiger ausbilden können, weil die Teams kleiner sind, weil die Einheiten kleiner sind und weil mehr Zeit für die Ausbildung bleibt. Ob man sich für ein kleines oder ein großes Haus entscheidet, ist aber auch eine Frage der persönlichen Präferenz; viele Kolleginnen und Kollegen leben gerne in der Stadt, was sich natürlich auf die Entscheidung auswirken kann, wo man den Turnus macht. Oder man pendelt, auch das ist eine Möglichkeit.

Für die Arbeitgeber, besonders in der Peripherie, wird wichtig sein, den Kolleginnen und Kollegen eine gute Work-Life-Balance zu bieten, attraktive Arbeitsbedingungen, die dem Lebensrhythmus der Ärztinnen und Ärzte angepasst sind. Dazu gehört auch, Kinderbetreuungseinrichtungen mit flexiblen Öffnungszeiten zu schaffen, um zu verhindern, dass sich junge Frauen – und zunehmend auch Männer – zwischen Familie und Karriere entscheiden müssen. Was in vielen Unternehmen bereits Usus ist, sollte auch in den Spitälern zur Selbstverständlichkeit werden.

Auch neue Karrieremodelle werden in Zukunft eine Rolle spielen – nicht jeder Arzt will ein Leben lang Oberarzt bleiben. Selbstverständlich wird auch die Bezahlung wichtig sein; mittlerweile können sich Ärztinnen und Ärzte de facto

aussuchen, in welchem Spital sie zu welchen Bedingungen arbeiten wollen. Werden diese Bedingungen nicht erfüllt, wandern die Kolleginnen und Kollegen aus.

Von politischer Seite erwarte ich zunächst, dass man uns endlich zuhört und unsere Expertise annimmt. Wir arbeiten schließlich tagtäglich im System, wir wissen, wo es krankt, und wir wissen, wie man die bestehenden Mängel beheben kann. In der Peripherie werden kurze Wege wichtig sein, man muss auf die Mobilität der Menschen Rücksicht nehmen sowie darauf, dass immer mehr Menschen immer älter werden und nicht nur eine, sondern mehrere Krankheiten haben, die behandelt werden müssen. Die Bundeskurie Angestellte Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer hat erst kürzlich ein Konzept vorgelegt, das eine Neustrukturierung des ambulanten Bereichs sowie eine sehr enge Kooperation zwischen niedergelassenen und stationären Einheiten vorsieht. Diesem Konzept zufolge sollte zunächst der Zugang zum Spital völlig neu geregelt werden; Ambulanzen könnten demnach nur noch über Zuweisungen aufgesucht werden. Sinn und Zweck dieses Ansatzes ist es, die Ambulanzen zu entlasten, die Patientenströme strukturiert zu leiten und die Selbstzuweisungen zu unterbinden. Gleichzeitig würden verschiedene medizinische Einheiten – Ordinationen, Gruppenpraxen, stationäre Betteneinheiten, Regional- und Leitkrankenhäuser – über einen Fachärztee pool bespielt werden, der für die gesamte Region zuständig ist und der sich aus Spitalsärzten sowie aus niedergelassenen Ärzten speist. Ein zentraler Punkt sind attraktivere Arbeitsbedingungen, die an die Lebensumstände angepasst werden, sowie die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie. Die positiven Reaktionen, die seitens der Politik zu vernehmen waren, zeigen mir, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Nur: Lippenbekenntnisse alleine bringen uns langfristig natürlich nicht weiter. Ich erwarte mir von der Politik schon, dass sie unsere Vorschläge ernst nimmt und auch umsetzt.

Dipl. KH-BW Helmut Krenn

Kaufmännischer Geschäftsführer der NÖ Landeskliniken-Holding

„Die notwendige Grundversorgung an jedem Standort bereitzustellen, ist eine medizinische und wirtschaftliche Notwendigkeit. Darüber hinaus lassen sich durch Spezialisierungen bestehende Stärken ausbauen.“

Frage 1: Mit welchen Problemen sind besonders Peripheriespitäler derzeit konfrontiert?

Der seit Jahren thematisierte Ärztemangel ist als vielschichtiges und vor allem österreichweites Thema zu sehen. Dabei zeigt sich immer wieder, dass eine der Ursachen in der zu geringen Anzahl an Studienplätzen liegt – spürbar in den Gesundheitseinrichtungen vor allem durch die Reduktion von Absolventinnen und Absolventen der Medizinischen Universitäten. Mittel- bis langfristig wird nur mit einer bedarfsorientierten Anhebung der Studienplätze der Ärztebedarf sowohl in den Krankenhausbetrieben als auch im niedergelassenen Bereich sichergestellt werden können.

Frage 2: Wie unterscheiden sich Peripheriespitäler und Spitäler im Zentralraum generell in der Nachfrage nach Leistungen – und wie wird angebotsseitig darauf reagiert?

Es gibt keinen Unterschied in der Nachfrage nach Leistungen, die Bedürfnisse der Bevölkerung unterscheiden sich nicht. Um die bestmögliche Qualität für die Patientinnen und Patienten auch für die Zukunft sicherzustellen, verfolgen wir auch in Niederösterreich die Strategie der Schwerpunktsetzungen.

Frage 3: Der befürchtete Ärztemangel zeigt sich zuallererst in der Peripherie. Wie schwierig gestaltet sich die Besetzung offener Stellen?

Um den Turnus in den NÖ Landeskliniken attraktiver zu gestalten, setzen die Personalabteilung des Landes NÖ als Dienstgeber und die NÖ Landeskliniken-Holding als Betriebsführer gemeinsam Aktivitäten. Das beginnt bei der Steigerung der Ausbildungsqualität durch konkrete Maßnahmen wie:

- Evaluierung der Tätigkeiten der Turnusärzte durch die FH KREMS,
- Checkliste für Turnusärzte-Neubeginner,
- Turnusärztelogbuch,
- Rotation innerhalb der NÖ Landeskliniken vorwiegend innerhalb der Regionen,
- Anbieten von Lernchancen – alle Turnusärzte können den Service des Informationszentrums des Departments für Evidenzbasierte Medizin an der Donau-Universität KREMS für spezielle Fragen und Literaturrecherchen nutzen,
- auch Turnusärzte haben die Chance auf Ausbildung aus der Ärzte-Ausbildungsmillion,
- das Land NÖ stellt seine Mitarbeiter für 15 Bildungs-Tage pro Jahr frei,
- schrittweise Einführung von „Ausbildungszimmern“ als Projekt in einigen Kliniken – dabei führen Turnusärzte selbstständig eigene Fälle unter Supervision von Fachärzten,
- maßgeschneiderte Rekrutierungsmaßnahmen für die Zielgruppe der Jungmediziner:
 - Auf speziellen Jungmediziner messen wie die DocJobs Karrieretage, MedProgress oder MedSuccess treten Personalabteilung und Landeskliniken-Holding gemeinsam auf und stellen die NÖ Landeskliniken vor und unterstützen die Mediziner von morgen gezielt im Bewerbungsprozess durch Bewerbercoaching.
- Abgerundet wird dieses Spektrum durch die Möglichkeit, mit bereits in den NÖ Landeskliniken beschäftigten Jungmediziner persönlich in Kontakt zu treten. Diese bringen ihren zukünftigen Kollegen über Vorträge oder den direkten Austausch auf diesen Messen ihre Tätigkeit näher.

Das Land Niederösterreich hat auch im Jahr 2014 über die NÖ Landeskliniken-Holding einen **Vorbereitungskurs** zum Aufnahmetest für das Medizinstudium organisiert und einen Teil der Kurskosten gefördert. Das Land Niederösterreich fördert über die NÖ Landeskliniken-Holding einen Teil der Kurskosten 2014 mit maximal € 330 (50 % der tatsächlichen Kurskosten des IFS-Kurses) pro TeilnehmerIn.

Maßnahmen wie zusätzliche finanzielle Ressourcen für Aus- & Weiterbildung, die bestmögliche Berücksichtigung von Beruf und Familie, die Chance, während des Turnus mehrere Landeskliniken unterschiedlicher Größe kennenzulernen, um so eine optimale Orientierung für den weiteren Berufs- & Lebensweg einschlagen zu können, stellen in NÖ eine Selbstverständlichkeit dar.

Sozialleistungen, die im Landeskrankenhaus Amstetten angeboten werden, sind Kinderzulage, Kinderweihnachtsgeld, Betriebskindergärten, Schüler-/Studienbeihilfe u. dgl.

Die NÖ Landeskliniken-Holding und die Landeskliniken arbeiten laufend daran, dass Niederösterreich auch in Zukunft ein attraktiver und spannender Arbeitsplatz für Medizinerinnen und Mediziner bleibt. Die Sicherstellung einer hochwertigen Ausbildung und die Schaffung von entsprechenden Angeboten hat oberste Priorität. So bieten fast alle Standorte als Lehrkrankenhäuser der Medizinischen Universität Wien den Studierenden die Möglichkeit, ihr Klinisch-Praktisches Jahr zu absolvieren.

Seitens des Landes Niederösterreich wurde auch bereits durch die Schaffung der Karl-Landsteiner-Universität für Gesundheitswissenschaften aktiv ein wichtiger Beitrag zur Erhöhung der Studienplätze für Ärzte in Niederösterreich gesetzt. Man reagiert damit auf den österreichweit steigenden Bedarf von medizinischem Personal, vor allem im ländlichen Raum.

Das diplomierte Pflegepersonal übernimmt außerdem bereits jetzt, wie im § 15 des GuKG (mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich) geregelt, Tätigkeiten, die sowohl von Ärzten als auch vom Pflegepersonal vorgenommen werden können.

Frage 4: Gibt es sonst noch etwas, dass Sie uns zum Thema Peripherie- und Zentrumsspitäler sagen wollen?

In Niederösterreich wird die Betreuung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen durch eine abgestufte Versorgung sichergestellt. Das bedeutet, dass es Klinikstandorte der Grund-, der Schwerpunkt- und der Zentralversorgung gibt.

Dr. Harald Mayer

Bundeskurienobmann der angestellten Ärzte, Vizepräsident der Österreichischen und Oberösterreichischen Ärztekammer

„Das gemeinsam erarbeitete Konzept ‚Spitalsarzt/Spitalsärztin 2025‘ würde die Versorgung in der Peripherie neu regeln und gleichzeitig die allgemeinen Arbeitsbedingungen für Spitalsärzte verbessern. Damit ließe sich die Versorgungsqualität steigern und gleichzeitig die EU-Arbeitszeitrichtlinie einhalten.“

Wie ich aus meiner persönlichen Erfahrung und aus zahlreichen Gesprächen mit Kollegen weiß, trifft das zunehmende Fehlen von Turnusärzten vor allem die Gruppe der Mittelbauärzte. Durch die vermehrte Übernahme zusätzlicher Tätigkeiten, bei ansonsten unveränderten Rahmenbedingungen, bringt dieser Mehraufwand eine enorme Verschlechterung der Arbeitsbedingungen mit sich. Am stärksten betroffen von dieser Entwicklung sind derzeit die Peripheriespitäler, wo der Mangel am deutlichsten spürbar ist.

Aber auch allen anderen Akteuren im Gesundheitswesen, vor allem aber den Patienten selbst, droht eine massive Verschlechterung. Ohne Gegensteuerungsmaßnahmen wird sich eine Abnahme der Versorgungsqualität, insbesondere abseits des Zentralraums, nicht aufhalten lassen. Vereinzelt mag sich dieser Trend bisher durch den außerordentlichen Einsatz vieler Kollegen kompensieren lassen, schlussendlich gilt aber: Weniger Ärzte bedeuten weniger Leistungen für die Patienten.

Für die Zukunft der medizinischen Versorgung werden daher dringend neue Modelle notwendig sein. Ein neues Modell präsentiert die ÖÄK im Konzept „Spitalsarzt/Spitalsärztin 2025“. Die darin ausgearbeiteten Ideen stellen einen tatsächlich realisierbaren Lösungsansatz dar, der darüber hinaus deutliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen mit sich bringen würde. Das Konzept empfiehlt die Beschränkung des Zuganges zu Spitalsambulanzen ausschließlich auf jene Fälle, bei denen entweder eine ärztliche Zuweisung aus dem extramuralen Bereich vorliegt oder bei denen es sich um wirkliche Notfälle handelt, anstelle des derzeitigen Systems der unkontrollierten Selbstzuweisung. Das würde die Spitäler sowohl finanziell als auch perso-

nell massiv entlasten. Zusätzlich könnte dadurch eine bessere Koordinierung der Patientenströme erfolgen, sodass durch neu geschaffene Strukturen in der regionalen Versorgung eine hohe Qualität der medizinischen Infrastruktur dennoch flächendeckend garantiert wäre.

Um die Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern, muss endlich erkannt werden, dass Ärzte in unterschiedlichen Lebensphasen unterschiedliche Ansprüche an ihren Arbeitsplatz haben. Diesen unterschiedlichen Ansprüchen gerecht zu werden, muss oberste Priorität haben, um der Abwanderung und damit dem Ärztemangel entgegenzuwirken und auch zukünftig eine Versorgungsqualität auf höchstem Niveau gewährleisten zu können. Neben dem oftmals zitierten Schlagwort einer entsprechenden „Work-Life-Balance“ wird es in Zukunft auch notwendig sein, dass den Spitalsärzten neben verbesserten Ausbildungsbedingungen auch vermehrt berufliche Entwicklungsmöglichkeiten im Sinne einer „Karriereleiter“ angeboten werden. Damit unweigerlich verbunden sind selbstverständlich auch verbesserte Einkommensmöglichkeiten und autonome ärztliche Gestaltungsmöglichkeiten, beispielsweise im Bereich Budget- und Personalplanung.

**ÖÄK Konzept
Spitalsärztin/Spitalsarzt 2025 –
Die Zukunft der österreichischen
Spitäler**

Spitalsärztin/Spitalsarzt 2025 – Die Zukunft der österreichischen Spitäler

In einem intensiven Arbeitsprozess hat sich die Bundeskurie Angestellte Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) mit der Zukunft der Spitalsärzteschaft auseinandergesetzt. Das Konzept legt den Schwerpunkt auf neue Organisations- und Kooperationsstrukturen, die sowohl Patienten als auch Ärzten Vorteile bringen und die regionale Versorgung langfristig sichern sollen. Zusätzlich wurden Lösungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen erarbeitet. Am 23. Juli 2014 wurde das Konzept im Rahmen einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt.

Die Ausgangssituation

„Das von uns entwickelte Modell soll dazu beitragen, bestehende Mängel zu beheben“, erklärte Kurienobmann und ÖÄK-Vizepräsident Harald Mayer den Hintergrund. Zahlreiche Fehlentwicklungen im stationären Sektor würden sich langfristig auf die Versorgungsqualität auswirken, aber auch die Ärzteschaft zunehmend belasten. Der Umstand, dass unattraktive Arbeitsbedingungen immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte ins Ausland trieben, sei ein Warnsignal, das man ernst nehmen müsse, betonte Mayer. Das Konzept „Spitalsärztin/Spitalsarzt 2025“ soll die bestehenden Problemfelder wie überlaufene Ambulanzen, enorme Arbeitsbelastung, Turnus, Feminisierung der Medizin oder mangelnde Work-Life-Balance nicht nur in Angriff nehmen, sondern beheben. Mayer: „Wir wollen konstruktive Vorschläge anbieten. Wir haben gemeinsam brauchbare Ideen erarbeitet, die sich mit etwas gutem Willen durchaus umsetzen ließen.“

Die Lösungsansätze

Zentral ist eine Neuregelung des Zugangs zum Spital, die einerseits die Ambulanzen entlasten und andererseits die Patientenströme besser koordinieren soll. Demnach sollen Patientinnen und Patienten nur noch mit Zuweisung ins Spital kommen. „Wir stellen uns das so vor: Zuweisungen werden nur noch von den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen – Allgemeinmedizin wie Fachärzteschaft – vorgenommen.“

Zusätzlich soll das ärztliche Personal in Pflegeheimen zuweisen können, ebenso die ärztlichen Gruppenpraxen bzw. Ordinationszentren“, erläuterte Mayer. Über die Rettung sei außerdem eine Notfalleinweisung möglich. Der derzeit gängigen

Selbstzuweisung durch die Patientinnen und Patienten werde mit diesem System ein Riegel vorgeschoben. Mayer: „Die Maßnahme entlastet die Ambulanzen und sorgt für mehr Struktur.“

Auch das Leistungsangebot in den Regionen soll dem Konzept zufolge neu strukturiert werden:

- Einzelordination,
- ärztliche Gruppenpraxis bzw. Ordinationszentrum mit fixen Öffnungszeiten und 24-Stunden-Rufbereitschaft,
- stationäre Betteneinheiten mit ambulanter fachärztlicher Betreuung,
- Regional-Krankenhaus mit 24-Stunden-Teilbesetzung und Rufbereitschaft,
- Leit-Krankenhaus mit 24-Stunden-Vollbesetzung.

„Diese Einheiten speisen sich mit Ausnahme der Einzelordination aus einem Fachärztinnen/-ärzte-Pool, der für die gesamte Region zuständig ist. Die Mitglieder dieses Pools werden folglich auch pendeln müssen“, führte Mayer aus.

Zusammensetzen solle sich dieser Pool sowohl aus niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie aus Spitalsärztinnen und -ärzten.

Zu hinterfragen sei auch die Definition des Begriffs „Region“, erklärte der Kuriobmann weiter. „Wir sind der Meinung, dass eine Region nicht notwendigerweise bei der Bundesländergrenze endet“, so Mayer. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sehe derzeit 32 Versorgungsregionen vor, ohne dass dabei die Ländergrenzen überschritten würden, obwohl das mitunter durchaus sinnvoll sein könne.

Neu regeln würde die Bundeskurie außerdem die Führungsfrage: Die Leitungsposition soll demnach nur ein Arzt oder eine Ärztin übernehmen können. Die kollegiale Führung, bestehend aus ärztlichem Direktor, Verwaltungsdirektor und der Leitung des Pflegedienstes, würde damit der Vergangenheit angehören.

Bessere Arbeitsbedingungen

Das Konzept beinhalte auch Ideen zur Neugestaltung der Arbeitsbedingungen, führte der ÖÄK-Vizepräsident weiter aus. Dazu gehöre eine Reduktion der Arbeitszeiten, „was im Rahmen der Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie ohnehin passieren muss“, so Mayer. Neu sei der Ansatz, bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen die individuellen Lebensphasen und die damit verknüpften spezifischen Bedürfnisse der Spitalsärzteschaft zu berücksichtigen. Mayer: „Ein junger

Turnusarzt hat andere Ansprüche und Erwartungen an seinen Beruf als ein über 50-jähriger Oberarzt.“ Entscheidend werde sein, dass verschiedene Arbeitszeitmodelle geschaffen würden, zwischen denen die Ärzteschaft frei wählen könne. „Rund zwei Drittel aller Turnusärzte sind bereits Frauen. Wir können von den Kolleginnen nicht erwarten, dass sie sich zwischen Karriere und Familie entscheiden, sondern wir müssen Modelle schaffen, die ihnen beides ermöglichen – übrigens auch den Männern“, erklärte Mayer.

Unterm Strich solle der Arbeitsplatz Krankenhaus wieder attraktiver werden. Dazu gehörten auch Kinderbetreuungseinrichtungen, deren Öffnungszeiten sich wiederum an den Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte orientieren sollten. Zusätzlich müsse es für alle ärztlichen Gruppen die Möglichkeit der Teilzeitarbeit geben, forderte Mayer.

Selbstverständlich müsste auch die lang geforderte flächendeckende Umsetzung des Turnusärzte-Tätigkeitsprofils erfolgen, und auch die von der Bundeskurie vorgeschlagenen Administrationsassistenten sollten endlich installiert werden.

Mayer: „Die Tätigkeitsfelder müssen neu und vor allem klar geregelt werden. Es muss wieder möglich sein, Aufgaben an den Pflegedienst zu delegieren, und es muss wieder möglich sein, dass ältere Ärzte ihre Ausbildungspflicht wahrnehmen anstatt in Administration zu ersticken.“

Neue Karrieremodelle

Schließlich müssten auch die Karrieremodelle für Spitalsärztinnen und -ärzte reformiert werden, erklärte Mayer. „Derzeit sieht die durchschnittliche Berufslaufbahn nach Abschluss des Studiums in etwa so aus: Turnus und/oder Facharztausbildung, anschließend Assistenzzeit; mit etwa 36 bis 38 Jahren wird man schließlich Oberarzt. Die meisten bleiben bis zum 65. Lebensjahr in dieser Position“, so der Kurienobmann. Das sei für die Kolleginnen und Kollegen auf Dauer frustrierend. Vor allem für Oberärztinnen und -ärzte in der Mitte ihres Berufslebens, also etwa um das 45. Lebensjahr, müssten neue berufliche Perspektiven geschaffen und angeboten werden. Vorstellbar seien etwa neue Positionen als Leiter und/oder Mitglied eines Expertenteams mit autonomen Gestaltungsmöglichkeiten in den Bereichen Budget und Personal, führte Mayer aus.

Daten und Fakten

Die Diagnose

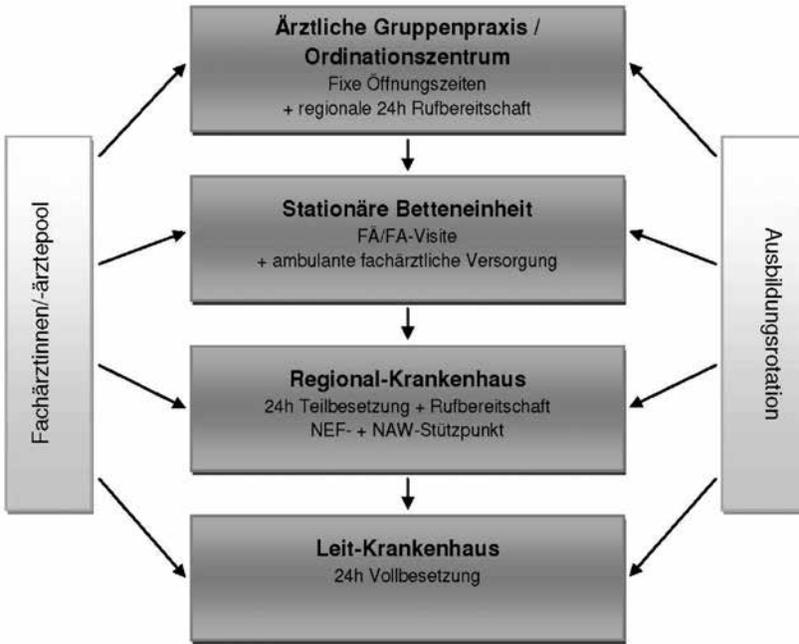
- Ambulanzen sind überlaufen, jährlich werden rund 16 Mio. Ambulanzbesuche verzeichnet – statistisch gesehen sucht jeder Österreicher zweimal pro Jahr eine Spitalsambulanz auf.
- Personalmangel durch Abwanderung des medizinischen Nachwuchses und drohende Pensionierungswelle.
- Kaum durchgehende Karrieren, mangelnde berufliche Perspektiven.
- Überlange Arbeitszeiten, die zudem nicht den individuellen Bedürfnissen angepasst sind.
- Schwächen im Bereich der kollegialen Führung.
- Überbordende Administration und Dokumentation.
- Unzureichende Delegation von pflegerischen Tätigkeiten an Pflegepersonal.
- Feminisierung der Medizin – rund zwei Drittel der Turnusärzte sind bereits Frauen.

Die Therapie

- Spitalsambulanzen sind nur noch über Zuweisung zugänglich, ausgenommen Notfalleinweisung.
- Attraktivere Arbeitsbedingungen und Karrieremodelle können junge Ärztinnen und Ärzte im Land und damit im Spital halten.
- Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie sowie Schaffung flexibler Arbeitszeitmodelle.
- Anpassung der Arbeitsbedingungen an die jeweilige Lebenssituation.
- Führungsverantwortung liegt ausschließlich in ärztlicher Hand.
- Administrationsassistenten entlasten Ärztinnen und Ärzte.
- Umsetzung des Turnusärzte-Tätigkeitsprofils.
- Delegation von pflegerischen Tätigkeiten.
- Schaffung von Kinderbetreuungseinrichtungen mit flexiblen Öffnungszeiten.

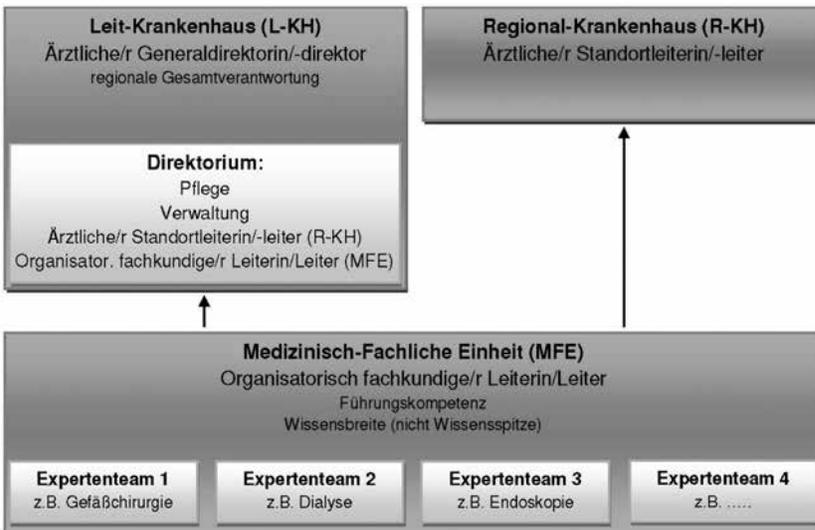
Künftiger Spitalszugang

Grafik: ÖÄK/BKAÄ



Künftige Zusammenarbeitsformen

Grafik: ÖÄK/BKAÄ





Wann ist es Zeit für eine ganz persönliche Beratung?

Wenn Sie Ihre Anlageziele mit einer maßgeschneiderten Strategie erreichen möchten. Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns: LGT Bank Österreich
Wien Tel. 01 227 59-0 und Salzburg Tel. 0662 2340-0.

LGT. Partner für Generationen. In Wien, Salzburg und an mehr als 20 weiteren Standorten weltweit. www.lgt.at



**Private
Banking**

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: bergmair@aekoee.at

LIG
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER
INSTITUT
FÜR

aekoee **Ärzt**ekammer
für Oberösterreich