

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 Hinblick 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 spiegelt 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 Sozialhilfeverbandes. 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 entschlankt 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 Spitalärzten 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