

An den  
Gesundheitsfonds Steiermark  
Gesundheitsplattform  
Friedrichgasse 9  
8010 Graz

Ihre Ansprechpartner:  
**KAD Dr. Dieter Müller**  
**KAD Stv. Dr. Johannes Greimel**  
T. 0316-8044-42  
F. 0316-815671  
aek@aekstmk.or.at  
Graz, 7. April 2011

A 1-33-3/vei – Brief RSG 2011.doc

## **Stellungnahme zur Revision 2011 des Regionalen Strukturplanes Gesundheit – Steiermark (RSG)**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir bekennen uns grundsätzlich dazu, dass Strukturveränderungen im steirischen Gesundheitswesen erforderlich sind. Nur durch zweckmäßige Strukturmaßnahmen kann die Patientenversorgung in der bestehenden Qualität fortgesetzt und die erforderliche Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich ermöglicht werden. Wir halten daher die nunmehr vorgelegten Vorschläge für interessant und diskussionswürdig, schlagen aber hinsichtlich der Umsetzung vor, insbesondere aufgrund der bisherigen Vorgehensweise und der in weiten Bereichen noch fehlenden Informationen, das gewählte Tempo zu drosseln.

### Revision 2011 ist derzeit nur ein Teilbericht

Der zur Beschlussfassung vorgelegte Revisionsentwurf 2011 ist derzeit lediglich ein Teilbericht. Er enthält konkrete Aussagen nur zum akutstationären Bereich. Er hat darüber hinaus jedoch massive Auswirkungen auf den ambulanten Bereich. Als wesentliche Zielsetzung der Revision des RSG 2009 wird die Weiterentwicklung und Neustrukturierung wesentlicher Bereiche des akutstationären Versorgungsbereiches in enger Abstimmung mit dem ambulanten Versorgungsstrukturen beschrieben. Demzufolge soll auch eine Adaption und Anpassung der ambulanten Versorgung vorgesehen werden, woraus sich eine integrierte regionale Versorgungsplanung mit effizienter Leistungsabstimmungen zwischen Häusern und Sektoren und einer wirksamen ambulanten Versorgungsstruktur für ein regional breites fachliches Angebot ergeben soll. Diese Auswirkungen und Verschränkungen mit dem ambulanten Bereich sind aber im vorliegenden Bericht noch überhaupt nicht ausgeführt und sollen erst bis zum Sommer 2011 vorliegen.

Es ist wichtig, die beiden Bereiche gemeinsam zu planen, um tatsächlich effiziente Strukturveränderungen vorzunehmen. Änderungen der Strukturen im stationären Bereich müssen nahezu zwangsläufig Veränderungen im ambulanten Sektor bedingen, wenn das Versorgungsniveau und die Versorgungsqualität gleichgehalten werden sollen. Wir halten es daher für unmöglich und unseriös, vorerst separiert nur Veränderungen des

stationären Sektors zu bewerten und letztlich zu beschließen, weshalb wir uns eine Beschlussfassung des vorliegenden Teilberichtes am 15. April 2011 nicht vorstellen können. Wir plädieren daher dafür, die begonnenen Planungen unter Einbeziehungen der Sozialversicherungsträger und der Ärztekammer zügig für den ambulanten Bereich weiter zu führen, um schließlich eine Gesamtplanung zur gemeinsamen Beschlussfassung vorzulegen. Bis dorthin können dann auch die noch nicht vorliegenden quantitativen Festlegungen für die einzelnen Standorte getroffen werden und die erforderlichen Kosten-Nutzen-Rechnungen angestellt werden.

#### Beschlussfassung nur mit Landesmehrheit ist unzureichend

Der RSG kann die Gesundheitslandschaft der Steiermark nur im Rahmen einer gesamthaften Planung weiterentwickeln. Gerade die Verschränkungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich sind ein wesentlicher Faktor in der Arbeit und der Aufgabenstellung der Gesundheitsplattform. Der RSG betrifft daher auch alle in der Gesundheitsplattform vertretenen Stakeholder gleichermaßen. Wir halten daher ein Auseinanderlegen der Revisionsplanungen in Teilberichte für den akutstationären und ambulanten Bereich für kontraproduktiv und unzweckmäßig. Dadurch unterschiedliche Beschlusserfordernisse im Sinne des § 7 der Geschäftsordnung der Gesundheitsplattform zu kreieren, ist unseres Erachtens unzulässig, da die Planung des akutstationären Bereiches aufgrund der bereits erwähnten Auswirkungen auf den ambulanten Bereich nicht in die alleinige Zuständigkeit des Landes fällt.

Einen wesentlichen Mangel in der bisherigen Planung sehen wir darin, dass diese bislang ausschließlich auf externer Expertenebene ohne Einbeziehung der relevanten Stakeholder bzw. Experten der Leistungsbereiche erfolgt ist. Im Vergleich dazu darf auf das Land Oberösterreich verwiesen werden, wo derzeit ebenfalls eine Strukturdiskussion für das Gesundheitswesen geführt wird. Dort wurden die Bürger, die Interessenvertretungen und Krankenanstalten bereits im Vorfeld befragt. Dann wurde eine Expertenkommission installiert, die innerhalb eines knappen Jahres ein Empfehlungspapier für die Politik erarbeitet hat. In dieser Kommission waren alle Betroffenen vertreten (jeweils ein Vertreter der Krankenkassen, alle Krankenanstaltenträger, ein Vertreter der Ärztekammer, vier externe Experten und daneben der Landessanitätsdirektor, der Landesrechnungshof und hochrangige Beamte des Gesundheitsressorts). Dieser Prozess ist sicher schwieriger, garantiert dann aber eine möglichst friktionsfreie Umsetzung.

In der Steiermark sehen wir uns nun mit dem Problem konfrontiert, dass aufgrund mangelnder Einbeziehung der relevanten Player im Gesundheitswesen nunmehr erheblicher Erklärungsbedarf besteht bzw. jetzt erst in weiteren Schritten zu klären sein wird, ob vorgeschlagene Maßnahmen in der Form überhaupt umgesetzt werden können bzw. wie eine konkrete Kosten-Nutzen-Planung tatsächlich aussieht.

#### Keine Information an Häuser und Mitarbeiter

In vielen Stellungnahmen und Reaktionen von leitenden Ärzten und Mitarbeitern wurde uns die große Verwunderung und Betroffenheit darüber zum Ausdruck gebracht, dass die vorgeschlagenen Veränderungen zuerst im Rahmen einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit mitgeteilt wurden, bevor die Betroffenen darüber in Kenntnis gesetzt wurden. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Spitalsbereich konnten daher die

Informationen über geplante Veränderungen – auch in ihrem unmittelbaren Tätigkeitsbereich – den Zeitungen entnehmen, bevor sie seitens ihres Dienstgebers direkt informiert wurden. Dieses Vorgehen lässt die erforderliche Wertschätzung für die vielen bemühten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Spitalssektor vermissen und ist daher abzulehnen.

#### Keine Einbindung der Träger

Besonders verwunderlich und unnachvollziehbar empfinden wir die Tatsache, dass auch die Spitalsträger in die vorliegende Planung des akutstationären Bereiches nicht miteinbezogen wurden. Wir fragen uns, wie die Umsetzung gelingen soll, wenn diejenigen, die die vorgeschlagenen Veränderungen umsetzen sollen, nicht um ihre Meinung gefragt wurden bzw. die tatsächliche Umsetzbarkeit noch gar nicht geprüft werden konnte. Wie wir der Diskussion der letzten Sitzung der Gesundheitsplattform entnommen haben, werden die effektiven Veränderungskosten für die geplanten Maßnahmen erst in den nächsten Monaten am Tisch liegen. Eine Plausibilitätsprüfung, ob einzelne Änderungsvorschläge tatsächlich umsetzbar sind, wird erst jetzt vorgenommen werden. Für uns ist es daher nicht nachvollziehbar, wie in den vorgelegten Reformbudgetdaten die Einsparungen in den Jahren 2011 und 2012 mit € 86,7 Mio. bzw. € 158,6 Mio. errechnet werden konnten.

Im Vergleich dazu ist auf Oberösterreich zu verweisen, wo bei einer vergleichsweise größeren Krankenhauslastigkeit mit einem Kostendämpfungspotential von € 362 Mio. bis zum Jahr 2020 kalkuliert wird, wobei dort die medizinische Entwicklung und die Inflation bereits berücksichtigt wurden. Ob und wie die medizinische Entwicklung in die nunmehrigen Kalkulationen bzw. Strukturveränderungsvorschläge in der Steiermark eingeflossen sind, lässt sich aus den vorgelegten Unterlagen nicht entnehmen.

In den Planungen in Oberösterreich ist ein 9 %iger Bettenabbau in Aussicht genommen. Demgegenüber will man in der Steiermark nahezu 11 % der Betten abbauen (Oberösterreich liegt derzeit an Belagstagen um 10 % und an vollstationären Aufnahmen um 20 % über der Steiermark!). Bis 2013 wird in Oberösterreich mit einem Einsparungspotential von € 46,5 Mio. kalkuliert. Wie in der Steiermark allein 2011 doppelt so viel eingespart werden soll, wie in Oberösterreich bis 2013, ist für uns unerklärlich.

#### Fehlende Kosten-Nutzen-Rechnung

Dem vorliegenden Teilbericht ist nicht zu entnehmen, wie die Optimierung der Spitalsleistungen unter bestmöglicher Ausnutzung von Synergien in allen Bereichen monetär bewertet wird. Wie bereits erwähnt wurde, werden die Veränderungskosten erst in den nächsten Monaten endgültig berechnet sein. Was die strukturellen Änderungen letztlich finanziell bringen, ist nicht dargestellt und demgemäß auch nicht nachvollziehbar. Der Bericht befasst sich ausführlich mit funktionalen Definitionen von Organisationsformen, analysiert aber nicht die Kosten bzw. den Nutzen. Es wird von Kooperationsmodellen und vorzuhaltenden Organisationsformen mit strukturellen und funktionellen Definitionen und Qualitätskriterien gesprochen. Eine Nutzenbewertung für die strukturellen Maßnahmen liegt für uns erkennbar jedenfalls aber nicht vor.

## Datengrundlage

Dem Bericht sind auch keine Quellenangaben der Datengrundlagen zu entnehmen, die für die medizinischen oder ökonomischen Auswirkungen herangezogen wurden. Es ist z.B. nicht nachvollziehbar, wie die Herausforderungen durch den demographischen Wandel (niedriges Geburtenniveau, steigende Lebenserwartung, Veränderung der Haushalts- und Familienformen, Zuwanderungen aus dem Ausland, etc.) analysiert und bewertet wurden. Ebenso ist nicht dargestellt, wie der medizinische Fortschritt und die damit verbundenen Kostensteigerungen bewertet wurden (international sind Steigerungsraten von 1,5 % pro Jahr üblich).

Inwieweit Mindestfallzahlen als Qualitätskriterien herangezogen wurden, ist den vorliegenden Darstellungen ebenfalls nicht zu entnehmen.

## Kooperation einzelner Standorte

Es soll ein verstärkter Wert auf eine Kooperation einzelner Standorte miteinander gelegt werden. Diese Kooperation soll einerseits auf Ebene der Leistungsabstimmungen aber auch auf Ebene des Personalaustausches gewährleistet werden. Leitkrankenhäuser sollen im Bedarfsfall periphere Krankenanstalten personell unterstützen. Dabei werden auch trägerübergreifende Modelle angeregt. Es wird nicht erläutert, wie solche Modelle über Trägergrenzen hinweg funktionieren können. Insbesondere bei personellen Verschränkungen wird dies zu erheblichen – auch rechtlichen – Schwierigkeiten führen. Wie in der letzten Gesundheitsplattformsetzung deutlich wurde, werden die Gespräche mit den einzelnen Trägern erst jetzt aufgenommen. Inwiefern die Kooperationsbereitschaft einzelner Träger gegeben ist, ist derzeit noch vollkommen offen.

## Verschränkung des stationären und des ambulanten Bereiches

Wie bereits eingangs erwähnt, bedarf es einer parallelen und überschneidenden Planung des akutstationären und des ambulanten Versorgungsbereiches. Wir bekennen uns ausdrücklich dazu, bereichsübergreifende Strukturveränderungen zu diskutieren, zu vereinbaren und umzusetzen. Der vorliegende Teilbericht enthält dazu aber leider vorerst nur reine Ankündigungen ohne detailliert nachvollziehbare Vorschläge. In den Zielsetzungen spricht der vorliegende Plan von einer Erweiterung der medizinischen Fachgebiete in der regionalen Versorgung. Es wird ein möglichst gleichwertiger Zugang zu adäquater Versorgung für alle Bewohnerinnen der Steiermark ebenso angestrebt, wie eine möglichst effiziente Versorgung bei noch gesteigerter Qualität. Wie diese Ziele aber konkret erreicht werden sollen, kann dem vorliegenden Plan nicht entnommen werden. Bei der Beschreibung der Standardkrankenhäuser der Basisversorgung wird ausgeführt, dass diese je nach regionalem Bedarf um Elemente einer ambulanten oder auch teilstationären Basisversorgung erweitert werden sollen. Dabei sollen diese Erweiterungen einer verbesserten, fachlich breiteren Versorgung der peripheren Regionen dienen und damit zentralisierte stationäre Strukturen substitutiv entlasten und ein effizienteres Leistungsangebot ermöglichen. Demgemäß sollen manche Standorte je nach regionalem Bedarf, eine Versorgungsfunktion für weitere medizinische Fächer übernehmen. Was das konkret bedeutet und welche Strukturen dafür konkret gestaltet werden sollen, kann dem vorliegenden Teilbericht allerdings nicht entnommen werden.

Tatsache ist, dass mit den Gesamtvertragsparteien (Sozialversicherungsträger, Ärztekammer und sonstige Interessensvertretungen) bislang noch überhaupt keine Gespräche über Leistungsabstimmungen oder bereichsübergreifende Versorgungsmodelle geführt wurden. Wir dürfen in diesem Zusammenhang nochmals betonen, dass wir gerne über notwendige Strukturveränderungen auch in der ambulanten Versorgung diskutieren, dass wir aber Zentralisierungstendenzen im Gesundheitswesen entschieden ablehnen. Wir haben diese Position auch im Zuge der Diskussion über die Einführung sogenannter „Gesundheitszentren“ vertreten und auch unsere Vorschläge für eine verbesserte Zusammenarbeit und zur Schaffung verbesserter Angebotsstrukturen im extramuralen Bereich und damit einer Entlastung der Spitalsambulanzen unterbreitet. Wir dürfen Ihnen daher in diesem Zusammenhang das damalige Konzeptpapier nochmals überreichen, wobei wir jederzeit gerne bereit sind, über die konkret skizzierten Pilotprojekte mit Ihnen unmittelbar in Gespräche einzutreten.

Um den Spitalsbereich tatsächlich nachhaltig zu entlasten, bedarf es endlich der immer wieder angekündigten Stärkung der extramuralen Strukturen. Die Gruppenpraxen müssen endlich forciert werden, um ein zeitlich entsprechendes Angebot im niedergelassenen Bereich machen zu können. Darüber hinaus wird es auch (finanzieller) Lenkungsmaßnahmen bedürfen, um die Patientenströme dorthin zu lenken, wo die erforderlichen Gesundheitsleistungen effektiv und kostengünstig erbracht werden können. Der Patient/die Patientin soll hinkünftig die erforderliche Gesundheitsleistung nicht selbst an jedem Punkt des Gesundheitswesens abrufen können, sondern er/sie soll durch die Versorgungskette (Hausarzt – Facharzt – Spezialambulanz – stationäres Angebot) geleitet werden.

An diesem Punkt sei nochmals auf Oberösterreich verwiesen. Dort wurde Mitte letzten Monats eine Market-Umfrage veröffentlicht, aus der unter anderem hervorgeht, dass niedergelassene Fachmediziner vor Ambulanzfachärzten deutlich bevorzugt werden. Auch wenn die Zugangsbedingungen zu niedergelassenen Fachärzten und Spitalsfachärzten gleich wären, wenn also lange Wartezeiten in den Spitalsambulanzen beseitigt würden, würden die Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher dennoch zu  $\frac{3}{4}$  den niedergelassenen Facharzt vorziehen. Die diesbezüglichen Präferenzen in der Steiermark werden nicht anders zu beurteilen sein. Und dass ambulante Leistungen in der Niederlassung in der Regel günstiger zu erbringen sind als in der Spitalsambulanz, hat auch der jüngste Rechnungshofbericht zu diesem Thema wiederum unterstrichen.

### Ambulante Erstversorgungseinheiten

In diesem Zusammenhang ist für uns zu hinterfragen, welche konkrete Struktur für die sogenannten ambulanten Erstversorgungseinheiten geplant ist. Gerade zur besseren Verschränkung des akutstationären und des ambulanten Bereiches sollten auch für diese Erstversorgungseinheiten bereichsübergreifende Pilotversuche angedacht werden. Zu diskutieren wäre z.B. darüber, fächerübergreifende Kassen-Gruppenpraxen im Nahbereich der Spitalsstandorte zu schaffen, an denen auch im Spital beschäftigte Ärzte beteiligt sind und die mit erweiterten Öffnungszeiten diese Erstversorgungs- und Aufnahmeaktivitäten übernehmen können. Eine solche vertraglich abgestimmte übergreifende Funktion ist im Sinne der Funktionsbeschreibung solcher Erstversorgungseinheiten gemäß ÖSG zulässig und sollte insbesondere forciert werden, um Doppelstrukturen in der ambulanten Versorgung zu vermeiden und stationäre Aufnahmen und damit Bettenkapazitäten abzubauen. Dies ist allerdings nur im

Einvernehmen zwischen allen betroffenen Systempartnern möglich, wobei aus unserer Sicht eine win win win Situation durchaus geschaffen werden kann.

Derartige Gespräche sollten daher rasch aufgenommen werden, um auszuloten, welche Pilotversuche tatsächlich geplant werden können. Diese Festlegungen sollten in die laufenden Revisionsplanungen bereits konkret aufgenommen werden, weshalb wir eine Beschlussfassung – wie erwähnt – am 15. April 2011 für nicht machbar und auch für nicht zielführend halten.

#### Anmerkungen zu den konkreten Festlegungen des akutstationären Bereiches

Der nun vorliegende Strukturplan Gesundheit ist in vielen Bereichen kritisch zu hinterfragen. Bevor wir auf die lokalen Vorschläge konkret eingehen, erlauben wir uns noch einige allgemeine Bemerkungen.

Es wurde verabsäumt, die Abteilungen für Anästhesie und Intensivmedizin im Abteilungsverzeichnis aufzulisten. Diese gehören aus unserer Sicht jedenfalls berücksichtigt.

Auch das Thema Blutbank, also das klinische Sonderfach „Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin“ kommt im RSG nicht vor.

Wie bereits im ersten Teil unserer Stellungnahme angeführt, liegt dem Strukturplan Gesundheit kein ökonomisches Konzept zugrunde und sind daher Abschätzungen hinsichtlich der Kosten jedenfalls aus unserer Sicht unmöglich. Insbesondere in den Bereichen wo Verlegungen und bauliche Veränderungen vorgesehen sind, sehen wir die Vorschläge sehr kritisch.

Des Weiteren sind – nach unseren Informationen – die Vorschläge des Revisionsentwurfes derzeit in keiner Weise in Deckung mit den budgetären Vorgaben der KAGes zu bringen.

Wir fordern daher die Geschäftsstelle der Gesundheitsplattform auf, noch vor einer allfälligen Beschlussfassung die notwendigen Berechnungen zu liefern, um eine seriöse Bewertung zu ermöglichen.

Für den Bereich Chirurgie und Unfallchirurgie müssen aus unserer Sicht wesentlich konkretere Planungsdetails bekannt gegeben werden, insbesondere die Überlegungen, wie es zu den Vorschlägen gekommen ist.

Grundsätzlich halten auch wir im Bereich der Chirurgie und Unfallchirurgie Strukturveränderungen für zweckmäßig. Hier bleibt zu klären, wo und in welcher Form die Implementierung von Departments oder Abteilungen für Unfallchirurgie zweckmäßig ist. Ebenso von Bedeutung ist, ob überhaupt und wenn ja, welche Leitspitäler vorgesehen werden sollen.

Eine Bettenreduktion am LKH Univ.-Klinikum Graz für das Fach Unfallchirurgie würde wahrscheinlich zu einer Gefährdung der Akutversorgung der Grazer Bevölkerung und der Aufnahmefähigkeit für Problemfälle aus der Peripherie führen. Das Problem wird verstärkt durch den Mangel an nachsorgenden REM/Reha Einrichtungen, welche akute Patienten 2-4 Tage nach der operativen Versorgung aufnehmen können.

Es ist daher äußerst wichtig, in der Detailplanung die richtige Allokation mit der entsprechenden Gewichtung herbeizuführen.

Eine sinnvolle Konzentration der allgemeinchirurgischen Versorgung mit zusätzlichen Spezialisierungsschwerpunkten kann aus unserer Sicht die Qualität der Patientenversorgung tatsächlich noch verbessern. Aber auch hier ist kritisch im Detail darauf zu schauen, dass auch in Randgebieten unter Berücksichtigung der Wegzeiten der notwendige Qualitätsstandard erhalten bleibt. Positiv gesehen wird die geplante Kooperation verschiedener Spitäler und Spezialisierung des dortigen Angebotes. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Reduktion des Angebotes in kleineren Spitälern nur dann gelingen kann, wenn die Kapazitäten im Zentrum bzw. den Zentren massiv angehoben wird. Hier findet sich kein Vorschlag im RSG. Mit aller Deutlichkeit muss im Hinblick auf die geplanten strukturellen Veränderungen darauf hingewiesen werden, dass es dadurch zu massiven Änderungen (nicht zwangsweise Verschlechterungen) des bisher gewohnten Versorgungssystems kommen wird.

Zur Kinder- und Jugendchirurgie sieht der RSG am LKH Univ.-Klinikum Graz eine Reduktion von 20 Akutbetten vor. Dies obwohl nachweislich die Bettenauslastung überdurchschnittlich mehr als 80 % und in vielen Bereichen bereits mehr als 90% erreicht. Die Besonderheiten der Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen wurden bei der Erstellung des RSG nicht entsprechend berücksichtigt. Unklar ist, warum im RSG die Notfallversorgung von kinderchirurgischen Patienten keine Erwähnung findet. Mit den im RSG vorgesehenen kinderchirurgischen Betten an der Kinderabteilung des LKH Leoben, erhebt sich gleichzeitig die Frage, durch welche Fachärzte die Versorgung abgedeckt werden soll.

#### Zu den einzelnen Standorten

##### LKH Rottenmann:

Aus lokaler Sicht ist noch völlig unklar in welcher Funktion und mit welcher Aufgabenstellung das Unfallchirurgische Satellitendepartment mit der Mutterabteilung für Unfallchirurgie am LKH Bruck/Mur kooperieren wird. Vor Ort sind noch keinerlei organisatorische Details bekannt. Ebenso unklar bleibt die Einführung einer AEE (Ambulante Erstversorgungseinheit).

##### DKH Schladming:

Das DKH Schladming bringt nach der uns vorliegenden Mitteilung den Vorschlag ein, dass das bisherige Department für Unfallchirurgie in eine Abteilung für Unfallchirurgie übergeführt wird. Bezüglich des Leistungsspektrums, der Leistungszahlen und der fachlichen Besetzung entspricht das Department bereits seit geraumer Zeit den Anforderungen einer Abteilung. Derzeit gibt es 23 Planbetten, deren Bedarf auch durch die vom Landesrechnungshof evaluierten Bedarfsberechnungen für den Neubau, basierend auf den Fallzahlen des Jahres 2002 bestätigt wurden.

Leistungsspektrum und Leistungszahlen/Auslastung haben sich seither wesentlich erweitert.

Weiters ist auf die zunehmend sport-touristische Bedeutung hinzuweisen.

Nicht zuletzt wird über das unfallchirurgische Department ein wesentlicher Teil des Notarztsystems abgedeckt.

Aus unserer Sicht ist die Argumentation des DKH Schladming schlüssig und nachvollziehbar.

#### LKH Stolzalpe:

Mit der Verlagerung der Abteilung für Innere Medizin nach Knittelfeld stellt sich die Frage, ob die internistische Grundversorgung des Einzugsgebietes ausreichend abgedeckt werden kann. Es ist schon derzeit äußerst schwierig ein freies internistisches Bett zu bekommen. Ebenso problematisch ist die absolut notwendige internistische Mitversorgung der Abteilung für Orthopädie.

Hinzuweisen ist auch auf die Abdeckung des Notarztsystems durch die Interne Abteilung der Stolzalpe.

Eine Verlagerung der Internistischen Abteilung kann nur dann die Versorgungssituation abdecken, wenn alternative Einrichtungen zur Kompensation des Bedarfs zielgerichtet aufgebaut werden.

Hinsichtlich der orthopädischen Betten ist anzuführen, dass ein steigender Bedarf gegeben ist. Nach den derzeit bekannten Zahlen werden wir bis zum Jahr 2015 um 40% mehr orthopädische Betten benötigen. Vor diesem Hintergrund 20 orthopädische Betten am LKH Stolzalpe abzubauen, ist daher nicht nachvollziehbar.

#### LKH Hörgas-Enzenbach

Die Verlegung bedeutet zwar einen Weiterbestand der Abteilung an anderen Standorten, was singulär als positiv gesehen wird.

Ob die Verlegung tatsächlich Sinn ergibt und ob dadurch überhaupt Einsparungen möglich sein werden, ist mehr als fraglich. Jedenfalls liegen bis jetzt keinerlei Zahlen vor, die dies bestätigen würden.

Für die Beibehaltung der derzeitigen Standorte sprechen einerseits von pulmologischer Seite die neue adaptierten Tuberkulose-, Intensiv-, RCU-Stationen, das Schlaflabor sowie auch die hochqualitative Luftgüte am Standort Enzenbach. Die Tuberkulosestation wird im Mai d.J. fertiggestellt und in den Vollbetrieb gehen. Die Intensivstation ist übrigens die einzige in der Steiermark mit Beatmungsschwerpunkt von Lungen-Problempatienten und die einzige zur Beatmung von Patienten mit offener Lungentuberkulose.

Für die Abteilung Innere Medizin im LKH-Hörgas spricht die neu adaptierte AG/REM-Station und die in den Planungen enthaltene Vergrößerung dieser Station auf insgesamt 40 Betten mit einem Anteil von 6-tagesklinischen Betten.

Die Argumentation hinsichtlich Standard-Krankenhaus-Erfordernissen lässt sich ebenfalls ohne Probleme lösen. Wie schon im Projekt zur Umsetzung des RSG 2009 angedacht, wäre ein Verbund mit dem LKH-West ohne weiteres durchzuführen, wobei die Kooperation mit der dortigen chirurgischen Abteilung schon viele Jahre problemlos durchgeführt wird.

Abgesehen von diesen sachlichen Ansätzen sprechen auch die Patientenstromanalysen aus beiden Häusern für die Beibehaltung der Standorte. 80 % der Patienten kommen aus dem Bezirk Graz Umgebung und lediglich 20 % aus dem Raum Graz Stadt.

Es sollte jedenfalls nach objektiven Kriterien die Aufgabe bzw. Aufrechterhaltung der beiden Standorte nochmals überdacht werden.

#### LKH Fürstenfeld, LKH Feldbach

Das LKH Fürstenfeld führt seit vielen Jahren eine Urologische Tagesklinik in Kooperation mit der Univ.-Klinik für Urologie. Im Speziellen wird ein genau definiertes Patientengut, beispielsweise Prostatabiopsien, ausschließlich im LKH Fürstenfeld behandelt. Dies sind



ca. 8 % der chirurgischen Leistungen der Univ.-Klinik für Urologie. Ebenso wurde die Urologische Tagesklinik als Benchmark-Abteilung für ganz Österreich definiert. Seit 2 Jahren gibt es des Weiteren auch Verhandlungen mit der Univ.-Klinik für Augenheilkunde, da im LKH Fürstenfeld eine Tagesklinik für spezielle Augenoperationen angedacht ist.

Der Standort hat seit Jahren das nötige Know-How, die räumliche Ausstattung sowie das positive Feedback der Patienten und der dort tätigen Ärzte.

Da das LKH zukünftig das Zentrum für Tagesklinik werden soll, ist der Erhalt bzw. die Etablierung der vorhin beschriebenen Tageskliniken für Urologie, Augenheilkunde und Dermatologie, sowie die restlichen im RSG niedergeschriebenen Abteilungen bzw. Spezialisierungen sinnvoll.

#### LKH Bad Radkersburg

Hinsichtlich des LKH Radkersburg wird darauf hingewiesen, dass eine allfällige Bettenreduktion auch zu einem Einnahmenverlust im Bereich der Sonderklasse führen wird. In diesem Bereich ist die Auslastung vergleichsweise besonders hoch.

Da aber noch keine Details bekannt sind, kann derzeit nicht näher darauf eingegangen werden.

#### MKH Vorau

Grundsätzlich lässt sich hier aus objektiven Überlegungen diskutieren, ob die Größe der chirurgischen Abteilung erforderlich ist. Es sind seit der Neubesetzung der ärztlichen Leitung und der chirurgischen Abteilung Maßnahmen in Vorbereitung, die eine sinnvolle Nutzung der chirurgischen Ressourcen zum Ziel haben.

Insbesondere könnten ca 20 % aller Eingriffe innerhalb kürzester Zeit und 30-40 % mittelfristig tageschirurgisch durchgeführt werden. Der OP könnte in Zukunft auch extern zur Verfügung gestellt werden. Z.B. besteht Interesse eines FA für Augenheilkunde für die Durchführung von Kataraktoperationen, für die bekanntlicherweise derzeit sehr lange Wartezeiten bestehen.

Eine vollständige Aufgabe der stationären chirurgischen Betten erscheint jedoch sowohl aus medizinischen, wirtschaftlichen und versorgungstechnischen Gründen als nicht sinnvoll.

Es ist zu bedenken, dass manche tagesklinische Patienten aufgrund von Komplikationen für eine Nacht stationär zur Beobachtung bleiben müssen. Diese Patienten deswegen in ein anderes Haus zu transferieren wäre sicherlich nicht zweckmäßig.

Eine deutliche Reduzierung der stationär-chirurgischen Betten mit Umwandlung derselben in tageschirurgische für Schmerzpatienten, unfall- und allgemeinchirurgische Eingriffe, sowie Plätze für Patienten von externen Belegärzten ist seitens des Hauses vorgesehen. Wie weit das Konzept dann versorgungswirksam und wirtschaftlich sinnvoll ist, wird sich nach dem Evaluierungszeitraum herausstellen.

#### LKH Weiz

Der Aufbau bzw. Ausbau der Tagesklinik wird jedenfalls positiv gesehen. Kritisch zu betrachten ist allerdings die geplante Veränderung vom allgemeinchirurgischen zum unfallchirurgischen Versorgungsauftrag. Schon im MSAP 2010 wurden vor allem im Hinblick auf die Versorgungsnotwendigkeiten in der Region beide Sonderfächer als notwendig erachtet.

Weiters ist darauf hinzuweisen, dass das bisherige Versorgungskonzept des LKH Weiz bestens funktioniert hat.

### LKH Wagna

Die geplante Reduktion der Chirurgie auf eine dislozierte Tagesklinik und Neuschaffung einer Unfallchirurgie ist aufgrund der OP-Zahlen, der Art der Operationen und der Notfälle mit Abdominalbeteiligung schwer nachvollziehbar.

Weiters hat die Abteilung für Innere Medizin den Schwerpunkt Gastroenterologie. Im Hinblick auf Notfallsituationen (z.B. Perforation bei Koloskopie) ist eine sofortige chirurgische Eingriffsmöglichkeit erforderlich. Wenn dies nur disloziert möglich wäre, stellt dies ein unverantwortbares Risiko dar.

Weiters ist darauf hinzuweisen, dass der Bezirk Leibnitz als einer der wenigen Bezirke in der Steiermark ein Wachstumsbezirk ist und das Patientenkollektiv immer größer wird.

Die Geburtshilfe am Standort Wagna ist tatsächlich zu hinterfragen, da pro Jahr nur ca. 350 bis 380 Geburten stattfinden. Dies wird noch durch die Tendenz der abfallenden Geburtenzahlen untermauert. Die Zusammenlegung von geburtshilflichen Einheiten zur Erreichung großer Fallzahlen, gerade auch vor dem Hintergrund zunehmender rechtlicher Aspekte, kann jedenfalls diskutiert werden.

Zu berücksichtigen ist weiters die von Veränderungen im chirurgischen Bereich abhängige Anästhesieversorgung. Dabei muss jedenfalls berücksichtigt werden, dass die Organisation des örtlichen Notarztesens der Anästhesie obliegt.

Mit freundlichen Grüßen

MR Dr. Jörg Garzaroli e.h.  
Kurienobmann niedergelassene Ärzte

Dr. Martin Wehrschütz e.h.  
Kurienobmann angestellte Ärzte

Dr. Dieter Müller e.h.  
Kammeramtsdirektor

Dr. Wolfgang Routil e.h.  
Präsident