

Beantwortung der Anfrage

der Abg. Klubvorsitzenden Steidl und Mag. Schmidlechner an Landeshauptmann-Stellvertreter
Dr. Stöckl (Nr. 160 der Beilagen der 3. Session der 15. Gesetzgebungsperiode) betreffend
Krankenhaus Tamsweg

Hohes Haus!

Zur Beantwortung der Anfrage der Abg. Klubvorsitzenden Steidl und Mag. Schmidlechner betreffend Krankenhaus Tamsweg vom 1. Oktober 2014 erlaube ich mir, Folgendes zu berichten:

Zu Frage 1: Wie wurde der künftige Bedarf an Krankenhausleistungen im Lungau festgestellt?

Allgemeine Herangehensweise

Generell – nicht nur für die Abschätzung des künftigen Bedarfs an medizinischen und pflegerischen Leistungen – wurden für die Konzepterstellung unter anderem folgende Informationsquellen einbezogen:

- Strukturdaten Lungau, Demographie, Vergleich mit anderen/ähnlichen Regionen Österreichs
- Maßgebliche rechtliche Rahmenbedingungen (insbesondere ÖSG, RSG (nicht rechtsverbindlich), LKF-Modell, KAKuG, SKAG, KA-AZG (und die entsprechenden aktuellen Entwicklungen)), Bundes- sowie Landeszielsteuerungsvertrag Gesundheit
- Krankenhausdaten der vergangenen Jahre (stationäre Auslastung, Bettenzahl, Verweildauer, ambulante Frequenzen, Medizinische Einzelleistungen, Personalstatistik, Daten der Pflegepersonalregelung (PPR)).

Als Zielsetzungen für die Neuausrichtung der Krankenanstalt Tamsweg (und darüber hinaus blickend für die Gesundheitsversorgung des Lungaus) wurden vorab definiert:

- Gesundheitsversorgung Lungau IST inkl. Erstversorgung/NEF-System zu sichern.
- Leistungsspektrum beibehalten/bestehende Defizite möglichst reduzieren (wobei die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen erwünscht ist).
- Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen ist zu gewährleisten.

Strukturdaten Lungau als Basis

- Einwohner: rund 20.000
- Gästebetten (2009): 11.191, Nächtigungen (2010): 864.000 (Landesstatistischer Dienst, Strukturdaten Lungau 2011)
- Krankenhaus Tamsweg (exemplarisch 2013): 147 systemisierte Betten, 139 tatsächlich aufgestellte Betten, 33.350 Belagstage, 5.926 stationäre Fälle, 21.491 ambulante Frequenzen.

Bedarf an medizinischen Leistungen

Für die medizinischen Leistungen wurde ein „Halten der Leistungen“ der vergangenen Jahre angenommen (da auch als Zielsetzung vorgegeben). Das betrifft sowohl das Leistungsspektrum (Vielfalt und „Breite“ der Leistungen) als auch die Anzahl der pro Jahr zu erbringenden Leistungen. Ausgangspunkt war dabei die Annahme, dass die bislang erbrachten Leistungen in Art und Menge gerechtfertigt sind und es zu keiner Über-, Unter- oder Fehlversorgung des Lungaus mit medizinischen Leistungen im Krankenhaus Tamsweg gekommen ist.

Plausibilisierung auf Meta-Ebene durch Vergleich mit „Region Schladming“

Plausibilisiert wurde diese Annahme unter anderem mit einem Vergleich mit der Region Schladming (politische Expositur Gröbming des Bezirks Liezen) und dem A. ö. Diakonissen-Krankenhaus Schladming.

Strukturdaten Schladming:

- Einzugsbereich für das Krankenhaus: rund 25.000 Einwohner
- Gästebetten: rund 23.000, Nächtigungen: rund 2,2 Mio. pro Jahr
- A. ö. Diakonissen-Krankenhaus Schladming (2012, www.spitalskompass.at; www.schladming.diakonissen.at): 106 Betten (+17 temporär erweiterbar – Wintersaison), 33.000 Belagstage, 6.000 stationäre Fälle, sehr ähnliches Leistungsspektrum (Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Geburtshilfe) zu Tamsweg.

Aus dem Vergleich können für die bislang stationär erbrachten Leistungen folgende Schlüsse gezogen werden:

- Das Leistungsspektrum und die Relation der medizinischen Fachbereiche Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin und Geburtshilfe/Gynäkologie in „Größe“ (gemessen an Betten, Leistungen) zueinander ist in beiden Krankenanstalten sehr ähnlich. Leistungen von Schwerpunkt- oder Zentralkrankenhäusern werden in beiden Häusern nicht erbracht.

- Die Auslastung der verfügbaren Betten ist in Schladming deutlich höher als in Tamsweg, da die beinahe idente Anzahl an Belagstagen in Schladming mit deutlich weniger zur Verfügung stehenden Betten erbracht wird.
- Die (stationäre) Krankenhaushäufigkeit pro Einwohner/Gast ist in Schladming deutlich geringer als in Tamsweg. Die Lungauer Bevölkerung wandert nicht in andere Krankenhäuser ab, sondern befindet sich häufiger in stationärer Behandlung im Krankenhaus Tamsweg als die Einwohner der Vergleichsregion Schladming.
- Die Anzahl der zu erbringenden Leistungen pro Einwohner/Gästebett sind in Schladming als geringer einzuschätzen, da stationäre Fälle und Belagstage der beiden Häuser beinahe ident sind, das Einzugsgebiet (Einwohner, Gästebetten) in Schladming aber deutlich größer ist. Aus diesem Vergleich würde dies in Tamsweg eher eine Überversorgung implizieren (vgl. oben: Für die Einschätzung des künftigen Bedarfs an medizinischen Leistungen wurde angenommen, dass es derzeit zu keiner Über-, Unter- oder Fehlversorgung kommt). Der daraus möglicherweise folgernde Schluss „Leistungen verringern“ wurde aber durch die Projekt-Zielsetzung „Leistung halten“ klar ausgeschlossen.

Prüfung auf Einzelleistungs-Ebene – Katalog medizinischer Einzelleistungen, Österreichischer Strukturplan Gesundheit, Katalog ambulanter Leistungen

Für den stationären Bereich des österreichischen Gesundheitssystems erfolgt die Finanzierung grundsätzlich über das System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System). Dieses baut neben der Erfassung von Diagnosen und deren Zuordnung zu Hauptdiagnosefallgruppen auf der Erfassung von medizinischen Einzelleistungen entsprechend einem definierten Katalog (MEL-Katalog) auf. Diese Daten wurden zur Analyse herangezogen.

Im Jahr 2013 wurden im Krankenhaus Tamsweg rund 3.000 Leistungen (exkl. Leistungsgruppe 12 – Bildgebende Diagnostik und Intervention sowie exkl. Leistungsgruppe 18 – Sonstige diagnostische und therapeutische Verfahren; beide Leistungsgruppen sind im LKF-System nicht abrechenbar) erbracht, die sich auf 234 verschiedene MELs aufteilen. Die am häufigsten erbrachten 52 MELs repräsentieren dabei eine Anzahl von 2.312 Leistungen (rund 76 % aller Leistungen). Geht man von der Annahme aus, dass bislang im Krankenhaus Tamsweg keine Über-, Unter- oder Fehlversorgung stattgefunden hat, so können die bisherigen Leistungen auch für die Zukunft fortgeschrieben werden. Dies insbesondere auch aus dem Trend des Leistungsgeschehens der Jahre 2011 bis 2014 (jeweils rund 3.000 erbrachte Leistungen).

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) – eine bundesweit verbindliche Grundlage – nimmt diesen MEL-Katalog auf und regelt in einer Leistungsmatrix für jede medizinische Einzelleistung die Versorgungsstufe der Einzelleistung, etliche Qualitätskriterien (Mindestversorgungsstruktur wie Abteilung, dislozierte Tagesklinik; notwendiger Krankenanstaltentyp für die Erbringung der Leistung, Ausstattungen des Standorts) und Mindestfrequenzen (größtenteils der-

zeit noch unverbindliche Richtwerte, in manchen Bereichen verbindliche Vorgaben). Auf Einzelleistungsebene wurden diese Vorgaben überprüft.

Folgende Erkenntnisse ergeben sich:

- Basisversorgung: 92 % der erbrachten Leistungen aus den TOP-52-MELs werden der Basisversorgung zugerechnet, die im ÖSG wie folgt definiert ist: „Als Basisversorgungsleistung (BV) werden solche Leistungen verstanden, die keine besonderen Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur und an das Komplikationsmanagement am Krankenanstalten-Standort (insbesondere auch außerhalb der Tagesroutine bzw. Betriebszeit der leistungserbringenden Organisationseinheit) stellen und mit denen, im Zusammenwirken mit dem extramuralen Bereich, der Großteil des medizinischen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung durch einfache Routineleistungen abgedeckt werden kann. Dies betrifft auch viele Leistungen, die derzeit in den Akut-Krankenanstalten tagesklinisch erbracht werden, aber ebenso ambulant erbringbar sind (das sind MEL, die sowohl im MEL-Katalog als auch im in Erprobung stehenden Katalog ambulanter Leistungen – KAL – enthalten sind).“ Nicht in Basisleistungen fallen Entbindung und Sectio (2013: 153 Leistungen) und TEP Schulter sowie Resektionsarthroplastik AC-Gelenk (2013: 35 Leistungen).
- Mindestfrequenzen pro Jahr und Krankenanstalten-Standort: Für einige Leistungen, die in der Krankenanstalt Tamsweg erbracht werden, werden – derzeit noch unverbindliche Richtwerte – Mindestfrequenzen angeführt; diese Mindestfrequenzen werden in der Krankenanstalt Tamsweg nicht erreicht. Sofern diese auf Bundesebene für verbindlich erklärt werden, muss konsequenterweise von einem Ende der Leistungserbringung in der Krankenanstalt Tamsweg ausgegangen werden. Das Einhalten dieser Vorgaben ist für jedes Krankenhaus insbesondere aus haftungsrechtlicher Sicht relevant.
- Mindestversorgungsstruktur – 86 % der Leistungen benötigen keine klassische „Abteilung“: Für 1.998 Leistungen der TOP-52-MELs sind für die Erbringung keine Abteilungsstruktur, sondern nur reduzierte Organisationsformen, dislozierte Tageskliniken etc. als Mindestversorgungsstruktur vorgeschrieben.
- Potenzial für Tagesklinik: 51 % der TOP-52-MELs weist der MEL-Katalog als „tagesklinisch erbringbar“ aus – ein Zeichen, dass hier ein Wechsel der Versorgungsstruktur für die Leistungserbringung angezeigt ist.
- Katalog ambulanter Leistungen: Seit 2014 wird im extramuralen Bereich der Katalog ambulanter Leistungen umgesetzt. In diesem sind all jene medizinischen Einzelleistungen angeführt, die auch im niedergelassenen Bereich erbracht werden dürfen. Im Vergleich mit den Leistungen der TOP-52-MELs ergibt sich, dass 80 % der derzeit stationär erbrachten Leistungen auch im KAL abgebildet sind – ein Zeichen, dass hier ein Wechsel der Versorgungsstruktur für die Leistungserbringung angezeigt ist.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die bislang stationär erbrachten Leistungen über mehrere Jahre sehr konstant waren und dies als Annahme für einen konstanten Bedarf der nächsten Jahre fortgeschrieben werden kann.

Der ambulante Bereich in der Krankenanstalt Tamsweg wird bislang über Ambulanzfrequenzen dargestellt und analysiert. Diese sind in den vergangenen Jahren sehr konstant und daher kann der Bedarf für die nächsten Jahre ebenfalls als konstant angenommen werden.

Versorgungsstruktur

Das österreichische Gesundheitssystem ist geprägt von einer „Spitalslastigkeit“. In den vergangenen Jahren wurde daher immer wieder der politische Wille zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zum Ausdruck gebracht, wobei als zentraler Ansatzpunkt die Erbringung der medizinischen Leistungen in der jeweils dafür am besten geeigneten Versorgungsstruktur ist. Dies wird im Katalog ambulanter Leistungen, im MEL-Katalog mit dem Kennzeichen „tagesklinisch abrechenbar“, mit der Leistungsmatrix des ÖSG (Mindestversorgungsstrukturen, Mindestfallzahlen, etc.) und in Bundes- sowie Landeszielsteuerungsverträgen („Best Point of Service“, Reduktion der Krankenhaushäufigkeit und der Verweildauern) manifestiert. Bei der oben dargestellten Analyse der bislang im Krankenhaus Tamsweg stationär erbrachten Einzelleistungen zeigen sich diese Verschiebungspotenziale klar und deutlich.

Diesen Grundsätzen und Zielsetzungen folgend sieht das Konzept zur strategischen Neuausrichtung der Krankenanstalt Tamsweg ebensolche Verschiebungen vor, aber keine Reduktion von Leistungen.

Bedarf an stationären Strukturen – Normalpflegebereiche

Zur Festlegung des Bedarfs an stationären Strukturen (Normalpflegestationen, Betten) in der Akut-Krankenanstalt Tamsweg wurden mehrere Ansätze herangezogen.

Ansatz 1 – Auslastung der vergangenen Jahre

Die Auslastung der Betten ist in den vergangenen Jahren gesunken und liegt aktuell (Gesamtjahr 2013, 1. Halbjahr 2014) bei rund 66 %. Das bedeutet, dass über 365 Tage (Gesamtjahr) durchschnittlich 91 der 139 (systemisierten) Betten belegt waren. Nimmt man als Zielgröße eine Auslastung von Betten mit 85 % an (vgl. ÖSG, damit können auch Auslastungsschwankungen abgedeckt werden), so wäre dieser Bedarf rechnerisch mit 107 systemisierten Betten abdeckbar.

Ansatz 2 – Österreichische Strukturplan Gesundheit, Regionaler Strukturplan Gesundheit

Für die Dimensionierung von Normalpflege- sowie Intensivbereichen in Akut-Krankenanstalten liefert der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) Planungsrichtwerte (ÖSG 2012, Seite 17). Ausgehend von diesen Angaben (Bettenmessziffer (BMZ) je 1.000 Einwohner, Band-

breite definiert mit BMZmin, BMZ 2011 (= Durchschnitt Österreich 2011) und BMZmax ergibt sich für den Lungau folgendes Bild:

Fachbereich	Planungsrichtwerte ÖSG f. Bundesland (je Tsd. EW)*			für 20.000 EW		
	BMZmin	BMZ 2011	BMZmax	BMZmin	Ö-DS	BMZmax
CH	0,52	0,82	0,87	10,40	16,40	17,40
UC	0,30	0,46	0,50	6,00	9,20	10,00
IM, AGR, PAL				28,60	35,20	47,40
IM	1,04	1,55	1,73	20,80	31,00	34,60
AGR	0,34	0,18	0,56	6,80	3,60	11,20
PAL	0,05	0,03	0,08	1,00	0,60	1,60
GGH	0,24	0,40	0,40	4,80	8,00	8,00
GYN						
GEB						
IMCU	0,21	0,10	0,36	4,20	2,00	7,20
HNO (TKL)						
Urologie (TKL)						
Summe KH	2,70	3,54	4,50	54	71	90
* beinhalten je Fach Grund- und Spitzenversorgung						

Das bedeutet, dass für die angeführten medizinischen Fächer pro 1.000 Einwohner eine Bandbreite von 2,70 bis 4,50 Betten vorgesehen wird, wobei der Österreich-Schnitt 2011 bei 3,54 Betten lag. Für 20.000 Einwohner bedeutet dies rechnerisch zwischen 54 und 90 Betten.

Zu berücksichtigen sind dabei:

- Die Bettenmessziffer je Fach umfasst ALLE Leistungen von Grund- bis zur Spitzenversorgung. Weil die Krankenanstalt Tamsweg keine Spitzenversorgung anbietet, sind Anteile des zugerechneten Bettenkontingents abzuziehen (und anderen Krankenhäusern der Schwerpunkt- oder Zentralversorgung zuzurechnen).
- Verzerrung Einzugsgebiet:
- Das Einzugsgebiet ist in Richtung Steiermark „verzerrt“, derzeit stammen rund 25 % der stationären Patienten aus der Steiermark (Innere Medizin 27 %, Geburtshilfe 29 %).
- Touristen (Annahme: alle Patienten, die nicht aus Salzburg oder der Steiermark stammen, somit 12 % aller Patienten) stellen mit 23 % nur in der Unfallchirurgie eine relevante Gruppe, in allen anderen medizinischen Fächern liegt dieser Anteil unter 10 %.
- Wird neben den Touristen über die vorgegebene Zielsetzung „Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung und die Touristen des Lungaus sicherstellen“ auch die Versorgung steirischer Patienten definiert, so sind Bettenkontingente zuzurechnen.

Ansatz 3 – Berücksichtigung von Mindest-Versorgungsstruktur

Wie schon unter „Medizinische Leistungen“ angeführt, gibt es bei den vor allem in den operativen Fächern erbrachten MELs große Anteile, die als „tagesklinisch erbringbar“ definiert sind

bzw. auch im Katalog ambulanter Leistungen (also auch im niedergelassenen Bereich erbringbar) definiert sind.

Fachbereich	Leistungen	TKL	KAL	
CH	797	51%	91%	
UC	1.051	45%	65%	
GGH	464	65%	91%	
	GYN	311	57%	95%
	GEB	153	81%	81%

Das ist ein großes Potenzial zur Reduktion von vollstationären Strukturen zugunsten von Tagesklinik bzw. sogar zur Auslagerung der Leistungen aus dem Krankenhausbereich.

Zusammenfassung stationäre Strukturen

Schon bislang würde mit etwa 100 Betten das Auslangen gefunden. Mit dem klaren Bekenntnis zu den gesundheitspolitisch auf Bundes- und Landesebene vorgegebenen Zielsetzungen zur Leistungserbringung in anderen Versorgungsstrukturen und einer geplanten, akkordierten und gemeinsam getragenen Umsetzung (die eine Hebung von Teilen der aufgezeigten Potenziale einschließt) ist eine Zielgröße von 72 Betten Normalpflege in der Akut-Krankenanstalt Tamsweg durchaus realistisch.

Zu Frage 2: Auf welche Abteilungen entfallen die geplanten 76 Betten (es wird um genaue Zuweisung gebeten)?

Die im Jahr 2012 in Betrieb genommene IMCU wird weiterhin mit vier Betten geführt. Die zwei vorgesehenen Normalpflegestationen werden als interdisziplinäre Bereiche geführt, sodass gegenläufige Auslastungsschwankungen der Abteilungen im laufenden Betrieb zu unterschiedlichen „Bettenständen“ der Abteilungen führen werden.

Als Rechengrößen ergeben sich:

- Operative Fächer: Chirurgie 12, Unfallchirurgie 24
- Konservative Fächer: Innere Medizin 36.

Die Belegung von Betten durch weitere Fächer (HNO, Urologie, Gynäkologie) ist möglich, insbesondere in tagesklinischen Strukturen.

Zu Frage 3: Wie hoch ist die monatliche Auslastung der derzeitigen Betten in Tamsweg in den Jahren 2010 bis 2014 (es wird um Auflistung und Prozentangabe gebeten)?

Das Krankenhaus Tamsweg führte bis 2012 147 systemisierte Betten und verringerte diese auf 139. Um einen sauberen Vergleich über die Periode 2010 bis 2014 darzustellen werden alle Angaben zu Auslastungen auf 139 Betten berechnet (139 Betten belegt = 100 % Auslastung).

Alle Abteilungen														
Jahr	Betten	Jän.	Feb.	Mär.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Schnitt
2010	139	78	79	79	74	73	69	63	66	68	70	74	71	72
2011	139	74	78	75	66	72	65	67	60	67	70	67	63	69
2012	139	75	82	77	73	64	72	61	69	71	72	77	63	71
2013	139	78	80	77	75	64	60	50	63	68	61	61	54	66
2014	139	67	66	68	65	62	66	57	64	72				65

Entwicklung der Auslastung in % (gerechnet auf 139 systemisierte Betten)

Zu Frage 4: Wie viele Patienten, die jetzt in Tamsweg behandelt werden, können künftig bei derselben Krankheit nicht mehr in Tamsweg behandelt werden?

Es wird das zu erbringende Leistungsspektrum in Tamsweg nicht verändert. Daher wird es für Patientinnen und Patienten keine Einschränkungen geben.

Zu Frage 5: Wie gliedern sich diese Patienten nach Abteilungen und Krankheiten sowie nach stationären und ambulanten Patienten auf?

Siehe Punkt 4. Es sind keine Einschränkungen vorgesehen, daher ist auch keine Aufgliederung möglich.

Zu Frage 6: Wo werden die Patienten der Akutgeriatrie und der Palliativstation untergebracht?

Siehe auch Punkt 2. Es werden interdisziplinäre Stationen vorgesehen, die Detailkonzeption sowie die anschließende Umsetzung sind Aufgaben des Projektteams.

Zu Frage 7: Wo werden die Wöchnerinnen untergebracht?

Die Fragestellung nach der Unterbringung von Wöchnerinnen muss im Kontext mit der Betrachtung der geburtshilflichen Leistungen beantwortet werden. Weil die Geburtshilfe eine spezielle und äußerst schwierige Situation im Lungau darstellt, werden die intensiv geprüften Rahmenbedingungen und Einschränkungen (Qualität der Gesundheitsversorgung (wie im ÖSG definiert), (längerfristig) verfügbares ärztliches Personal)) vorab aufgezeigt.

Qualität der Geburtshilfe – Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Der ÖSG 2012 definiert Qualität in der Geburtshilfe in mehreren Aspekten:

- Erreichbarkeit für Patienten (Seite 17) in Minuten (für Gynäkologie und Geburtshilfe: 45 Minuten), wobei diese Erreichbarkeit für 90 % der Bevölkerung des gesamten Bundeslandes (nicht einer einzelnen Region) zu gewährleisten ist.
- Eine Mindestfallzahl von 365 Geburten pro Jahr (keine Angabe zu Fällen pro Arzt) (Seite 58).

Legt man den ÖSG streng auf das Bundesland Salzburg aus, so werden die Vorgaben auch ohne Geburtshilfe im Lungau erfüllt (10 % der Bevölkerung von Salzburg = 55.000 Einwohner, Lungau = 20.000 Einwohner).

Die Mindestfallzahl erfährt aber – kombiniert mit Erreichbarkeitsüberlegungen für dislozierte Regionen – eine Einschränkung, als definiert wird (Seite 58), dass eine reduzierte Grundversorgung aufrecht erhalten werden kann (periphere Regionen, begründete Ausnahmefälle, Geburten < 365 pro Jahr). Es könnte nunmehr daraus geschlossen werden, dass die bessere Qualität aufgrund der Einhaltung der Mindestfallzahlen bei der Entbindung (und Beherrschung eventuell auftretender Komplikationen) durch überlange Fahrtzeiten (> 45 Minuten) aufgewogen und übertroffen werden von den Risiken für Mutter und Kind, die sich durch „keine oder nicht adäquate oder nicht rasch genug erfolgte Hilfeleistung“ ergeben.

Somit stellt sich die Frage, wie sich die Erreichbarkeit von geburtshilflichen Einrichtungen für Patientinnen aus dem Lungau darstellt. Bei näherer Analyse der einwohnerstärksten Gemeinden ergibt sich, dass die zeitliche Entfernung aus den Orten Mariapfarr, Mauterndorf, St. Andrä, St. Margarethen, St. Michael, Tamsweg, Unternberg, Zederhaus (repräsentieren rund 16.800 Einwohner) 30 bis 45 Minuten nach Spittal an der Drau beträgt – bei normalen Witterungsverhältnissen.

Schlussfolgerungen

- Die Vorgaben des ÖSG für das Bundesland Salzburg würden bei Auffassung der Geburtshilfe im Lungau (auch ohne Ersatz!) erfüllt (Versorgung von 90 % der Bevölkerung ist gewährleistet).
- Wird der Planungsrichtwert des ÖSG für die Erreichbarkeit (< 45 Minuten für Geburtshilfe) auch für den Lungau angewendet, so könnte dieser bei einer Auffassung der Geburtshilfe im Lungau und einer Kooperation mit dem Krankenhaus Spittal an der Drau (nur dieses kommt aufgrund der Entfernung in Frage) bei normalen Witterungs- und Verkehrsverhältnissen erfüllt werden.
- Verlängerte Fahrtzeiten aufgrund schlechter Witterungs- und Verkehrsverhältnisse können nicht ausgeschlossen werden.

- **Es ist somit das Halten der geburtshilflichen Leistungen im Lungau ein absolutes Ziel (wie auch schon generell als Zielsetzungen „Halten der Leistungen“ definiert).**

Verfügbarkeit des ärztlichen Personals – KA-AZG

Die Leistungen der Geburtshilfe (rund 180 Geburten pro Jahr, davon rund 30 Sectios) und der Gynäkologie (rund 400 operative Eingriffe pro Jahr) werden derzeit von zwei Ärzten durchgeführt, die sich teilweise mit Anwesenheitsdiensten, teilweise mit Rufbereitschaften die Dienste aufteilen. Dies stellt schon derzeit einen rechtlich problematischen Zustand dar.

Längerfristig definiert das KA-AZG, dass jeder Arzt eine Arbeitszeit von maximal 48 Wochenstunden nicht überschreiten darf. Zu Rufbereitschaften dürfen die Bediensteten (vgl. Gem-VBG, L-VBG) nur fallweise verpflichtet werden. Diese Regelungen haben zur Folge, dass Dienstnehmer im Ausmaß von zumindest fünf Vollzeitäquivalenten (möglichst aufgeteilt auf mehr als fünf Personen, um auch gleichzeitig auftretende Ausfallszeiten kompensieren zu können) für die Aufrechterhaltung eines den gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechenden Betriebs in einer Krankenanstalt notwendig sind. Die Attraktivität (durchschnittlich 30 Geburten (davon sechs Sectios), 80 operative Eingriffe pro Jahr und Person bei einer Arbeitszeit von annähernd 2.000 Stunden) und damit die Besetzbarkeit dieser Stellen wird als gering eingestuft.

Aus diesen arbeitsrechtlichen Aspekten heraus, die sich schon in der IST-Situation als problematisch darstellen, wird die Aufrechterhaltung der Geburtshilfe in der aktuellen Rechts- und Organisationsform als nicht durchführbar angesehen.

Betreuung der Wöchnerinnen

Unter den geschilderten Rahmenbedingungen war es bislang nicht möglich, ein endgültiges Konzept vorzulegen. **Daher ist es eine wichtige Aufgabe des Projektteams, Lösungen zu erarbeiten, um die Leistungen der Geburtshilfe im Lungau unter den sich verschärfenden Rahmenbedingungen (ÖSG 2012, Ärztemangel, Einhaltung der Regelungen des KA-AZG) aufrecht erhalten zu können.**

Zu Frage 7.1.: Welche Betten sind für die Wöchnerinnen vorgesehen?

Siehe Punkt 7.

Zu Frage 7.2.: Wie sieht die Alternative für diese PatientInnen aus?

Siehe Punkt 7.

Zu Frage 8: Wie viele zusätzliche Rettungsfahrten und Krankentransporte werden anfallen? Da die vorgesehene Leistungsverlagerung zwischen den Versorgungsstrukturen erfolgen wird, diese abgestuften Versorgungsstrukturen aber am Standort des derzeitigen Krankenhauses Tamsweg installiert werden sollen, werden keine zusätzlichen Rettungsfahrten erwartet.

Zu Frage 8.1.: Binnen wieviel Minuten kann ein Patient bei winterlichen Verhältnissen (Straße kaum/schwer passierbar, Hubschrauber fliegt nicht, etc.) sein Krankenhaus erreichen?

Das Krankenhaus Tamsweg wird auch künftig Bestand haben, daher gibt es zu diesem Punkt keine Änderung zum status quo.

Zu Frage 8.2.: Reicht dafür die Kapazität der Rettung im Lungau aus?

Siehe Punkt 8. Ja, da keine Veränderungen im Leistungsgeschehen vorgesehen sind.

Zu Frage 9: Wie groß ist der unmittelbare Verlust an Arbeitsplätzen (es wird um Auflistung nach Vollzeit- und Teilzeitarbeitsplätzen gebeten)?

Bei der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterinformation am 18. September 2014 wurde eine Arbeitsplatzgarantie für die derzeit beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgegeben. Längerfristig (über mehrere Jahre hinweg) sieht das Konzept den Erhalt der medizinischen Leistungen, aber die Erbringung dieser Leistungen in abgestuften Versorgungsstrukturen vor. Das bedeutet, dass Arbeitsplätze im stationären Bereich der Rechtsform „Krankenanstalt“ reduziert werden.

Das Pflegepersonal im stationären Bereich ist schon derzeit nicht mehr auf den Vollbetrieb von 147 Betten ausgerichtet, sondern angepasst auf die tatsächliche Auslastung (vgl. Pflegepersonalregelungen). Daher wird die Reduktion nicht eine lineare Rechnung anhand der Betten (147 auf 76 Betten) sein. Zudem bleiben die medizinischen Leistungen erhalten, die sämtliche pflegerischen und sonstigen Leistungen (Administration, Labor, etc.) nach sich ziehen, sodass in erster Linie die Reduktion von Verweildauern und Belagstagen aufgrund der geänderten Versorgungsstruktur für den Personalbedarf schlagend werden. Erste Berechnungen gehen längerfristig (Umstrukturierung erfolgt im Laufe mehrerer Jahre) von einer Reduktion von rund 25 Vollzeitstellen aus. Eine Auflistung nach Voll- und Teilzeitarbeitsplätzen ist nicht möglich, da eine Stellenbedarfsberechnung generell nur in „Vollzeit-Äquivalenten“ erfolgt, die Umsetzung in Vollzeit- oder Teilzeitarbeitsplätzen ist Aufgabe im Rahmen der konkreten Stellenbesetzung.

Im Gegenzug zur Reduktion der Stellen in der Rechtsform „Krankenanstalt“ werden die neuen Bereiche am Standort des Krankenhauses (z. B. Gesundheitszentrum mit Fachärzten, verstärk-

te Positionierung der Themen Vorsorge und Beratung, Pflege, Wundversorgung,) Personal benötigen, daher ist von einer etwa gleichbleibenden Anzahl an Arbeitsplätzen in Tamsweg auszugehen.

Im medizinischen Bereich waren zum Zeitpunkt der IST-Analyse 29 von 39 Stellen besetzt. Da derzeit von etwa 35 zu besetzenden Arzt-Stellen ausgegangen wird, kommt es hier zu keinen Arbeitsplatzverlusten.

Für den klassischen Verwaltungsbereich konnte in der IST-Analyse festgestellt werden, dass dieser Bereich äußerst schlank aufgestellt ist. Eine Reduktion der Arbeitsplätze ist hier ebenfalls nicht zu gewärtigen.

Zu Frage 9.1.: Wie viele Frauen sind von den Arbeitsplatzverlust betroffen?

Siehe Punkt 9. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben eine Arbeitsplatzgarantie, daher kann nicht von einem Arbeitsplatzverlust bzw. einer Darstellung, wie viele Frauen von diesem Arbeitsplatzverlust betroffen sind, gesprochen werden. Da darüber hinaus von einer gleichbleibenden Anzahl an Arbeitsplätzen innerhalb des derzeitigen Krankenhausgebäudes auszugehen ist, werden auch künftige Bewerberinnen und Bewerber in ähnlicher Quantität und Qualifikation Arbeitsplätze vorfinden.

Zu Frage 10: Wie verteilt sich der Verlust der Arbeitsplätze auf die einzelnen Abteilungen und Berufsgruppen?

Siehe Punkt 9.

Zu Frage 11: Wie viele neue Arbeitsplätze werden mit den geplanten neuen Angeboten (Gesundheitszentrum, Primärversorgungs-Zentrum, SGKK-Außenstelle, Zahnambulatorium usw.) maximal geschaffen?

Es gibt die Ideen für die Einrichtung dieser Angebote und teilweise auch schon konkrete Absichtserklärungen von Partnern zur Umsetzung. Detailkonzepte liegen aber noch nicht vor und es ist Aufgabe des Projektteams, diese zu entwickeln.

Zu Frage 12: Wie viele Personen des Pflegepersonals müssen sich künftig außerhalb des Bezirks eine Arbeit suchen (beim Pflegepersonal gab es zumindest im Vorjahr eine Warteliste und keinen Mangel)?

Siehe dazu die oben beantworteten Punkte. Es werden Umschichtungen zwischen Versorgungsstrukturen vorgesehen, die in Summe nur geringe Auswirkungen auf das Arbeitsplatzangebot haben werden. Da zwar das Krankenhaus einen großen Anteil, aber dennoch nicht alle Arbeitsplätze für Pflegepersonen anbietet, ist eine seriöse Aussage bezüglich des Auspendelbedarfs von Pflegepersonen aus dem Bezirk nicht möglich.

Zu Frage 13: Wie groß wird der Einnahmenausfall (LKF-Punkte) nach der Reduzierung des Angebots sein?

Wie zu Frage 1 beschrieben, soll das Leistungsangebot weder im Spektrum noch in der Menge reduziert werden. Es besteht aber ein großes Potenzial an tagesklinisch erbringbaren Leistungen (über 50 % der MELs der operativen Fächer Unfallchirurgie, Chirurgie, Gynäkologie).

Nun definiert die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (Modell 2014, Seite 50) die Abrechnung nach dem Tagesklinik-Modell so: „Ein tagesklinischer Fall (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) mit einer genehmigten Leistungsposition aus dem tagesklinischen Katalog wird entsprechend der LKF-Bepunktungsregel für Ein-Tagesfälle in der jeweils entsprechenden Fallpauschale abgerechnet.“

Das bedeutet, dass für jene Fälle, die tagesklinisch erbringbar sind und bislang

- Ein-Tagesfälle (also ein stationärer Belagstag) entstanden sind, die gleiche LKF-Punktezahl **abgerechnet** werden darf (also kein Verlust, sondern im Gegenteil durch die Verringerung der Kosten eine Verbesserung des wirtschaftlichen Ergebnisses),
- zwei oder mehr Belagstage benötigten, leicht verringerte LKF-Punktezahlen im Vergleich zur IST-Situation entstehen werden. Dem sind aber wiederum die verringerten Kosten (Bett nicht belegt, keine Betreuung Tag/Nacht benötigt, keine Speisenversorgung, etc.) gegenüberzustellen.

Somit ist mit nur sehr geringem Einnahmenausfall (bedingt durch den Entfall der Tageskomponenten) zu rechnen, dem stehen aber diesen Einnahmenausfall übersteigende verringerte Kosten gegenüber.

Zu Frage 14: Auf welchen Betrag wird sich der Abgang des Krankenhauses verringern bzw. erhöhen?

Der Abgang des Krankenhauses wurde wertmäßig nicht berechnet, folgende Punkte sprechen aber für eine Verringerung des Abgangs:

- Kostenreduktion bei gleicher LKF-Punkteanzahl (siehe Punkt 13)
- Reduktion der vom Krankenhaus benötigten Flächen des Krankenhaus-Gebäudes und anderweitige Verwertung dieser Flächen (Vermietung, Verpachtung, ...) reduziert Betriebskosten und bringt Einkünfte.

Zu Frage 15: Muss man mit einem weiteren Anstieg der Arbeitslosigkeit im Lungau rechnen?

Ein Anstieg der Arbeitslosigkeit aufgrund der Umstrukturierung der Krankenanstalt Tamsweg ist nicht zu erwarten, andere Einflussgrößen können nicht beurteilt werden.

Zu Frage 16: Wie groß wird der Nachfrageausfall bei den regionalen Unternehmen sein? Wie groß ist der Umsatz jetzt, wie stark wird er zurückgehen?

Zur Beantwortung wurde der Begriff „regional“ mit der Bildung von drei „Regionen“ definiert: Bezirk Tamsweg, Bezirk Murau sowie übriges Bundesland Salzburg. Danach wurden die liefernden Unternehmen diesen drei Gruppen zugeordnet und noch inhaltliche Kategorien gebildet (Verbrauchsgüter inkl. Nahrungsmittel, Fremdleistungen inkl. Instandhaltung, Sonstiges).

Dabei ergibt sich für 2013 folgendes Bild:

	Umsatz (brutto) in T€			
	Tamsweg	Murau	übriges Salzburg	Summe
Verbrauchsgüter inkl. Nahrungsmittel	237	52	463	752
Fremdleistungen, Instandhaltung	225		105	329
Sonstiges (Wärme, Wasser, Patiententransporte, etc.)	271			589
Sonstiges (Strom, Rechtsberatung, techn. Prüfungen, etc.)			318	
Summe	733	52	886	1.670

Unter der Rubrik „Sonstiges“ werden keine größeren Nachfrageveränderungen angenommen, da hier großteils lokale Versorger (Monopole bzw. langfristige Abkommen wie bei Nahwärme, Umstellung des Heizsystems erfolgte erst vor zwei Jahren) oder Salzburger Unternehmen als Lieferanten auftreten; die Anzahl der Patiententransporte wird sich nicht verändern, auch hier wird weiter auf regionale Anbieter zurückgegriffen werden.

Auch bei Fremdleistungen werden keine großen Veränderungen erwartet.

Anzudenken ist im Bereich der Verbrauchsgüter eventuell ein geringer Nachfrageausfall der Krankenanstalt im Bereich der Lebensmittelversorgung. Der Einkauf von regionalen Produkten ist weiterhin gewünscht, jedoch wird eine Mengenreduktion erwartet, da Belagstage reduziert werden (die mit Speiserversorgung einhergehen).

Da die Patientinnen und Patienten die „reduzierten Belagstage“ künftig zu Hause verbringen werden, wird diese Nachfrage über den privaten Konsum ausgeglichen werden.

Ich ersuche das Hohe Haus um Kenntnisnahme dieser Anfragebeantwortung.

Salzburg, am 29. Oktober 2014

Dr. Stöckl eh.