

Kärnten ist das Bundesland mit der zweithöchsten Bettendichte in Österreich, der Ärzte-Nachwuchs bleibt aus und die Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft sitzt auf einem 1,4 Milliarden Euro hohen Schuldenberg. Ein Gespräch mit dem neuen KABEG-Vorstand Arnold Gabriel, der angetreten ist, die übernommene Hinterlassenschaft zu entrümpeln.



Fotos: KABEG

KABEG-Vorstand
Arnold Gabriel:
„Das ist die Quadratur
des Kreises.“

Aufräumarbeiten

Er setzt auf Entscheidungsfreude und Management by Transparenz. Der neue Vorstand der Kärntner KABEG unterscheidet sich deutlich von seiner Vorgängerin. Arnold Gabriel über den aufzulösenden Investitionsstau, über geplante Strukturbereinigungen und den Versuch, das Vertrauen der 6.314 Mitarbeiter zu gewinnen.

Sie sind seit Anfang Jänner im Amt. Haben Sie es schon bereut?

Arnold Gabriel: Nein. Im Gegenteil, es macht Spaß. Weil die Herausforderungen sehr groß sind und weil ich zuversichtlich bin, dass die Probleme, die auf dem Tisch liegen, zu lösen sind.

Was liegt denn zuoberst auf dem Tisch?

Gabriel: Der Investitionsstau, der aufgebaut worden ist, ist jetzt abzubauen. Und dabei müssen wir den Spagat schaffen zwischen den Erfordernissen, diesen Investitionsstau zu beheben, und den Möglichkeiten, die der Eigentümer, sprich: das Land, der KABEG gibt. Die sind ja endenwollend und etwas eingeschränkter, als der Bedarf ist. Bei einem gegebenen Fi-

nanzrahmen von 138 Millionen Euro ohne Investitionszuschüsse des Kärntner Gesundheitsfonds muss man Projekte dem Grunde bzw. der Höhe nach hinterfragen und eine Priorisierung vornehmen. Manche Dinge sind extrem wichtig, die haben wir jetzt schon auf Schiene gebracht. Beispielsweise die erste Baustufe Villach mit dem Ausbau der Psychiatrie, aber auch Projekte im Klinikum Klagenfurt wie die Revitalisierung der Chirurgie Ost. Danach wird das eine oder andere in zeitlicher Hinsicht so gestreckt bzw. vorgezogen werden, um den Nutzererfordernissen und den Finanzrahmen irgendwie unter einen Hut zu bringen. Das ist schon ein bisschen die Quadratur des Kreises.

Die KABEG sitzt auf einem Schuldenberg, für dessen Zinsen jährlich allein mehr als 50 Millionen Euro anfallen, der Nettoabgang beträgt 242 Millionen Euro pro Jahr und zusätzlich sieht der Zielsteuerungsvertrag bis 2016 Kostendämpfungseffekte für das Land von 144,5 Millionen Euro vor. Wie soll sich das alles ausgehen?

Gabriel: Die Eindämmung der Kostenentwicklung wird über mehrere Dinge zu erreichen sein. Das eine ist der Bereich der

Strukturveränderungen: stärkere Kooperationsmodelle, abgestufte Versorgungsmodelle, gewisse Spezialisierungen auch aus Qualitätsgründen und Wirtschaftlichkeitsgründen zentralisieren, aber trotzdem in den regionalen Spitälern wohnortnah Leistungen erbringen. Das geht allerdings nur in Kooperation mit den beiden Leitspitälern Klagenfurt und Villach.

Und schließlich eine wesentlich bessere Abstimmung mit dem extramuralen Bereich. Um ein Beispiel zu nennen: Wir haben mittlerweile schon mehrfach prämierte Untersuchungen über die medizinische Versorgung in Pflegeheimen gemacht. Die Studien belegen: Wenn die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen verbessert wird, führt das unmittelbar zu einer besseren Behandlung der meist betagteren Patienten und zu enormen Kosteneinsparungen im Spitalswesen. Warum? Es sind Krankenhausaufenthalte nicht mehr in allen Fällen notwendig, oft ist es nur eine Dehydrierung von Patienten, oft ist es ein Wundliegen. Das kann vor Ort behandelt werden. Der Drehtüreffekt wird vermieden und der Patient ist in der Regel besser aufgehoben, weil jeder Transport eine enorme Belastung für diese Patien-

ten ist. Da muss sich allerdings auch die Ärztekammer bewegen, dass hier entsprechende qualitative Absicherungen und Ressourcenbereitstellungen erfolgen.

Apropos Kooperationsmodelle. Sie planen eine Zusammenarbeit mit dem Unfallkrankenhaus. Wie konkret ist die?

Gabriel: Die Absichtserklärung ist unterfertigt, wir gehen jetzt in die Projektumsetzung. Da geht es in Wirklichkeit um eine Strukturbereinigung, um ein Aufheben redundanter Versorgungsstrukturen. Und das ist bei allen Projekten so, bei denen man intelligent sparen kann: Es geht um Strukturbereinigung und Kompetenzvertiefungen, und nicht nur bei medizinischen Primärprozessen, sondern auch bei Sekundärprozessen, wo Einsparungspotenziale auf der Hand liegen, Stichwort Radiologie, Großgerätenutzung, Laborleistungen. Bis zu den Tertiärprozessen Küche, Wäscherei und so weiter, sogar Verwaltungsprozesse werden wir uns ansehen. Die Bereiche sind letztendlich die, wo es sogar eine Win-win-win-Beziehung gibt und das ist unser Credo in diesem Projekt: Die AUVA wird Kosten sparen, die KABEG wird Kosten sparen und der Patient gewinnt, weil die Patientenversorgung verbessert wird.

Wie wird das vor sich gehen?

Gabriel: Wir beginnen auf medizinischer Ebene jetzt schon mit der Kooperation, um das Zusammenwachsen vorzubereiten. Die Kooperation macht nur dann Sinn, wenn beide Träger räumlich auch sehr nahe sind. Die zentrale Notfallaufnahme, die bei uns etabliert ist, wird dann von beiden bespielt werden, und nach der Triagierung wird entschieden, ist das ein Patient, der Richtung Unfallkrankenhaus geroutet wird, oder ist das ein Patient, an dem auch allgemeinchirurgische Leistungen vollzogen werden müssen. Das ist ja jetzt zum Teil ein Problem, wenn ein Patient zum Beispiel einen Milzriss hat, da gibt es im UKH keinen Allgemeinchirurgen vor Ort, außer einem Konsiliararzt. Jetzt versuchen wir, dass die Allgemein Chirurgie des Klinikums als Backup einspringen kann. Nur die räumliche Distanz ist jetzt noch ungünstig. Dieses Problem wird durch die Übersiedelung des UKH in das Gelände des Klinikums Klagenfurt überwunden werden.

Was passiert mit den Mitarbeitern?

Gabriel: Es gibt eine Beschäftigungsgarantie. Das ist klarer Auftrag, auch in der AUVA. Da es unterschiedliche Lohnschemata gibt, wird eine eigene Arbeitsgruppe installiert werden, die sich mit diesem Themenbereich auseinandersetzt.

Und wer ist schlussendlich der Träger und wie wird abgerechnet?

Gabriel: Es bleiben beide Träger, KABEG und AUVA. Die Kooperation sieht vor, dass es erstmalig einen Bereich innerhalb des Unfallkrankenhauses der AUVA geben wird, der LKF-finanziert wird, weil wir ja im Prinzip die unfallchirurgische Abteilung in das UKH einbringen.



„Längst überfällige Entscheidungen treffen.“

Bleiben wir bei den Strukturen. Kärnten hat nach Salzburg die höchste Bettendichte in Österreich. Planen Sie einen Abbau?

Gabriel: Generell versuchen wir natürlich, uns in Richtung Bundesdurchschnitt zu orientieren. Aber da sage ich ganz klar dazu: Bettenreduktion ja, Reduktion intramuraler Strukturen ja. Aber als *conditio sine qua non* müssen extramurale Strukturen vorhanden sein. Und da sehe ich in manchen Bereichen eine Vakanz, sodass ein Abbau von Betten in manchen Bereichen schier unmöglich ist. Beispielsweise in der Neurologie, Psychiatrie oder Pädiatrie.

Vor allem über das Krankenhaus Wolfsberg wurde in der Dienstzeit Ihrer Vorgängerin immer wieder diskutiert. Wie sieht die Zukunft von Wolfsberg jetzt aus?

Gabriel: Ich sehe das LKH Wolfsberg mittel- bis langfristig als regionalen Versorger für die Lavanttaler Bevölkerung mit einem USP. Und der liegt im Bereich der Lymphologie. Es gibt ja nur zwei lymphologische Einrichtungen österreichweit und wir sind dabei, die Lymphologie neu zu positionieren, neu auszurichten, verstärkt mit internistischen Angeboten, etwa mit konservativer Angiologie. Das war das ursprüngliche Konzept. Und wir sind dabei, endlich kostendeckende Tagsätze zu erreichen. Bisher gab es Reha-Tagsätze für die 60 Reha-Betten, aber wir hatten zusätzlich noch 20 Akutbetten, die LKF-finanziert waren, vorzuhalten. Es war in Summe auf der Lymphologie nie eine schwarze, sondern immer eine rote Zahl und das hat das Ganze äußerst schwer gemacht. Im neuen Vertrag sollen die 20 Akutbetten nicht mehr obligatorisch vorzusehen sein, sondern der Inneren Medizin zugeteilt werden. Für den Reha-Bereich hoffe ich auf eine spürbare Erhöhung der Tagsätze. Da sehe ich eine große Chance, Wolfsberg schlussendlich dorthin zu bringen, wo die Intentionen schon vor zehn, fünfzehn Jahren waren, als diese Spezialisierung geplant wurde.

Die Ärzteschaft in den Landeskrankenhäusern murt über die Arbeitszeiten, die EU hat Österreich diesbezüglich eine Klage angedroht. Gibt es Änderungen?

Gabriel: Natürlich. Wir schauen uns verschiedene Modelle an, auch das niederösterreichische, das von der Ärztekammer immer wieder als Referenzmodell genannt wird. Wir schauen uns auch AUVA-Modelle an, ebenso Rufbereitschaftsmodelle. Es wird nichts eins zu eins zu übernehmen sein, aber uns ist bewusst, dass wir in Summe zwei Aspekten Rechnung tragen müssen. Einerseits: Die Medizin wird weiblich, das gibt ganz neue Anforderungen an Arbeitszeiten. Und der zweite Aspekt ist, wenn Menschen länger arbeiten müssen, dann müssen wir uns überlegen, was mit älteren Dienstnehmern passiert. Ich finde es sehr bedauerlich, dass es dort und da ein Abwandern von älteren, sehr erfahrenen Mitarbeitern im ärztlichen Bereich gegeben hat, die dann in die Ordination gegangen sind. Es muss Arbeitserleichter-

„Es geht um Strukturbereinigung.“



rungen geben, sodass ein 55-jähriger Mitarbeiter nicht mehr vier, fünf Nachtdienste im Monat oder noch mehr verrichten muss. Das ist etwas, das man unmittelbar in Angriff nehmen muss. Da möchte ich erste Ergebnisse im heurigen Jahr schon haben.

Es gibt noch Altlasten aus der Ära Ihrer Vorgängerin, die zum Teil gerichtsanhängig sind. Der Rechnungshof prüft

die Umstände Ihrer Bestellung. Wie sehr beeinflusst das Ihre Arbeit?

Gabriel: Das genaue Schadensausmaß ist schwer zu quantifizieren. Das ist immer abhängig vom Prozessrisiko. Wir sind dabei, jetzt alle gerichtsanhängigen Verfahren durchzusehen und zu prüfen, inwieweit es Sinn macht, sich zu vergleichen. Dort und da droht sonst ein teurer

Gutachterstreit, der grundsätzlich zu vermeiden wäre. Manches hätte man gar nicht anstrengen sollen, und so versuchen wir im Sinne der Sorgfaltspflicht, die mir obliegt, das zu bearbeiten. Das eine oder andere wird auch das Gericht entscheiden müssen. Die Vergangenheit war für die Mitarbeiter sicher nicht einfach. Man merkt das in sehr vielen Bereichen, es gibt Verunsicherung und immer die Frage, was passiert jetzt, welche Änderungen werden wieder vollzogen? Ich versuche Beständigkeit und Stabilität hineinzubringen, indem ich offen kommuniziere und in Richtung Berechenbarkeit gehe. Ich denke, dass die KABEG es verdient hat, an der Spitze jemanden zu haben, der kalkulierbar ist, der für Stabilität sorgt und vorausschauend arbeitet. Was ich vermeiden möchte, sind Zickzackkurse, und ich will vor allem klare und nachvollziehbare Entscheidungen treffen – vor allem: längst überfällige Entscheidungen treffen. ::

Das Gespräch führte
Elisabeth Tschachler
tschachler@schaffler-verlag.com

NEUER MASTERSTUDIENGANG INTEGRIERTES VERSORGUNGSMANAGEMENT AN DER FH BURGENLAND



WIR BRINGEN
GESUNDHEIT&MANAGEMENT
ZUSAMMEN.

BACHELORSTUDIENGÄNGE
Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung
Gesundheits- und Krankenpflege*
Physiotherapie*

MASTERSTUDIENGÄNGE
Management im Gesundheitswesen
an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialwesen:
NEU Integriertes Versorgungsmanagement*