

Arena Analyse

Herausforderungen und Chancen im oberösterreichischen Gesundheitswesen

Zentrale Ergebnisse der qualitativen Expertenbefragung
im Auftrag der Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und
Management GmbH

Der Bericht bemüht sich um eine gendergerechte Sprache, aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird dennoch an manchen Stellen die grammatikalisch männliche Form verwendet.

Bettina Fernsebner-Kokert, Walter Osztovics, Andreas Kovar
Arena Analyse – Herausforderungen und Chancen im oberösterreichischen Gesundheitswesen
Zentrale Ergebnisse der qualitativen Expertenbefragung im Auftrag der Vinzenz Gruppe
Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH
Wien, Januar 2018

Für den Inhalt verantwortlich: Walter Osztovics
Kontakt Daten: Kovar & Partners GmbH, Dorotheergasse 7, 1010 Wien,
T: +43 1 522 9220, F: +43 1 522 9220-22, office@publicaffairs.cc, www.publicaffairs.cc

Printed in Austria
Satz und Layout: Kovar & Partners GmbH, Wien

Bettina Fernsebner-Kokert, Walter Osztovcics, Andreas Kovar

Arena Analyse

Herausforderungen und Chancen im oberösterreichischen Gesundheitswesen

Zentrale Ergebnisse der qualitativen Expertenbefragung
im Auftrag der Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und
Management GmbH

Inhalt

Executive Summary	5
1. Die Primärversorgung und ihre Neuordnung.....	5
2. Das Spital der Zukunft	5
3. Zusammenarbeit zwischen intra- und extramuralen Versorgungsstrukturen	6
4. Neue Medizinberufe	6
5. Bereichsübergreifende Pflege.....	6
6. Die Rolle der Medizinischen Fakultät Linz	7
7. Der Einfluss der bestehenden Strukturen, der Politik und der Finanzen	7
Untersuchungsdesign und Fragestellung.....	9
1. Primärversorgung in Gefahr.....	12
Unterschiedliche Strukturen der Primärversorgung für Stadt und Land	12
Sorge vor zunehmendem Versorgungsengpass auf dem Land.....	15
Neues Berufsbild für Allgemeinmediziner	16
2. Das Spital der Zukunft	19
Spezialisierung, Arbeitsteilung und Kooperation.....	19
Vernetzung der Disziplinen	22
Digitalisierung, Automatisierung	23
3. Vernetzung und maßgeschneiderte Zusammenarbeit	27
Krankenhäuser als Drehscheibe.....	28
Keine Trennung zwischen „Drinne“ und „Draußen“	29
Passgenaue Schnittstellen	30
4. Neue Medizinberufe	31
Innovative Differenzierung oder Wildwuchs?	31
Akademisierung und veränderte Rollenbilder	33
Standeskonflikte	33
5. Bereichsübergreifende Pflege.....	35
6. Die Rolle der Medizinischen Fakultät Linz.....	38
Chance und Risiko für das ÖÖ-Gesundheitswesen	38

Instrument gegen den Ärztemangel	39
Kritik am Zustandekommen und an der Konstruktion.....	40
7. Eine Frage der Strukturen	42
Finanzierung	43
Demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt	46
Steuern der Nachfrage	48
Eigen- und Gruppeninteressen	49
Ein Masterplan Gesundheit.....	50
Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	52
1. Primärversorgung: Optionen offenhalten.....	52
2. Die Spitäler brauchen mehr Freiräume.....	52
3. Grenzen überwinden, Netzwerke schaffen.....	53
4. Die Menschen im Mittelpunkt	54
5. Gesundheit ist ein Wirtschaftsfaktor und eine Wachstumsbranche	55
Teilnehmerinnen, Teilnehmer und Danksagung	56

Executive Summary

Die vorliegende Arena Analyse beruht auf der qualitativen Befragung von Stakeholdern aus dem Gesundheitsbereich. 94 Expertinnen und Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens haben in ihren Beiträgen für die Arena Analyse „Herausforderungen und Chancen im oberösterreichischen Gesundheitswesen“ Problemfelder, künftige Entwicklungen, Chancen und Risiken skizziert. Aus den gesammelten Beiträgen ergaben sich in der Auswertung die folgenden Cluster. Sie stellen die wesentlichen Problem- und Handlungsfelder dar, in denen in den kommenden Jahren Veränderungen in Oberösterreich zum einen eintreten und zum anderen notwendig sein werden:

1. Die Primärversorgung und ihre Neuordnung

Aus mehreren Gründen erfüllt das bestehende System der Primärversorgung aus der Sicht vieler gesundheitspolitischer Entscheidungsträgerinnen und –träger seine Aufgabe nur unzureichend: Oberösterreich droht ein Mangel an niedergelassenen Allgemeinärzten. In geringerem Ausmaß wird es auch an niedergelassenen Fachärzten fehlen. Die herkömmliche Betriebsform der Ordination ermöglicht zudem nur beschränkte Öffnungszeiten. Als Folge dieser Unzulänglichkeit landen viel zu viele Patientinnen und Patienten in den Spitälern. In den kommenden Jahren wird sich die Primärversorgung daher fundamental wandeln, Betriebsformen wie Primary Health Care Center oder Gemeinschaftspraxen sind bereits in Erprobung. In Zukunft könnte die Organisation der Primärversorgung aus einem auf die regionalen Erfordernisse zugeschnittenen Mix aus Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in Einzel- und Gruppenpraxen und Primärversorgungszentren bestehen. Die Digitalisierung wird die Betreuung von Patientinnen und Patienten ortsunabhängig machen und stellt damit eine Chance für die Primärversorgung dar.

2. Das Spital der Zukunft

Im intramuralen Bereich wird es zu weiteren Schwerpunktbildungen in den einzelnen Krankenhäusern, aber auch zu neuen Kooperationen kommen. Der Typus des unspezifischen Basis-Krankenhauses, das alle Fächer in durchschnittlicher Qualität abdeckt, wird weitgehend verschwinden, wobei eine gewisse Grundausstattung – interne Medizin, Grundversorgung bei Unfällen bzw. Notfällen – in jedem Haus vorhanden sein wird. Für kleinere Spitäler in weniger dicht besiedelten Regionen bietet die Schwerpunktbildung sogar eine Chance: Ein Krankenhaus, dessen Bestand mangels Patientenaufkommen gefährdet scheint, könnte sich mit einem entsprechenden Angebotsprofil neu positionieren. Genau wie der

extramurale Bereich werden auch die Spitäler auf einen Engpass bei qualifiziertem, gut ausgebildetem Personal zusteuern. Sicher ist auch, dass die Digitalisierung tief in die gewohnten Abläufe in den Spitälern eingreifen wird: Das Management und der gesicherte Austausch von Patientendaten werden Schlüsselfunktionen der medizinischen Versorgung werden. Die Digitalisierung wird die Organisation verbessern und vereinfachen – von kürzeren Wartezeiten bei Untersuchungen bis hin zu interdisziplinären Teambesprechungen via Videokonferenz.

3. Zusammenarbeit zwischen intra- und extramuralen Versorgungsstrukturen

In Oberösterreich herrscht ein gutes Kooperationsklima und die Gesundheitsversorgung befindet sich auf einem hohen Niveau, waren sich die befragten Expertinnen und Experten einig. Beides sind Voraussetzungen, um die notwendige Vernetzung der intra- und extramuralen Versorgungsstrukturen zu bewerkstelligen. Ein Szenario lautet: Die Krankenhäuser werden als zentrale Drehscheibe der Gesundheitsversorgung an Bedeutung gewinnen, durch Vernetzung mit dem niedergelassenen Bereich, aber auch als Schnittstelle mit dem Sozial- und dem Pflegebereich. Die Verantwortung für die Gesundheit muss von allen Beteiligten als gemeinsame Verantwortung begriffen werden.

4. Neue Medizinberufe

Die Betreuung der Patientinnen und Patienten wird immer stärker arbeitsteilig und erzeugt Bedarf nach neuen Assistenz- und Spezialberufen. Gleichzeitig entstehen neue Berufsbilder als Antwort auf die differenzierte Nachfrage nach nicht-ärztlichen Gesundheitsdienstleistungen. Ein Teil wird zur Entlastung und Unterstützung bei Tätigkeiten dienen, die bisher überwiegend von Ärzten ausgeführt werden (durften). Hier reicht die Liste vom Anästhesietechnischen Assistenten über Funktionsdiagnostiker bis zu angelagerten Büroberufen, etwa in der medizinischen Dokumentation oder Spezialisten für die Auswertung medizinischer Daten.

5. Bereichsübergreifende Pflege

In der Pflege droht ein Mangel an ausgebildeten Fachkräften, was angesichts des demografischen Wandels ein hohes Risiko für die Versorgung darstellt. Verschärft wird die Situation durch eine immer kürzere Verweildauer im Krankenhaus und fehlende intensive nachklinische Betreuungseinrichtungen. Deshalb müssen in der Langzeitpflege neue Strukturen geschaffen werden, denn auch die Pflegeleistung von Familienangehörigen wird kontinuierlich sinken. Es könnten neue, stärker durch Selbstorganisation getragene Pflegeformen wie etwa private Mikro-Träger

oder Pflege-Genossenschaften entstehen. Ein weiteres Szenario lautet: Integration der Pflege in den Gesundheitsbereich mit einer stärkeren organisatorischen Anbindung an Krankenhäuser.

6. Die Rolle der Medizinischen Fakultät Linz

Die Medizinische Fakultät und das Kepler Universitätsklinikum eröffnen für das Technologie-Land Oberösterreich die Chance, auch als Standort für Spitzenmedizin und Forschung attraktiv zu werden. Nach übereinstimmender Aussage von Stakeholdern aus unterschiedlichen Bereichen setzt dies allerdings voraus, dass sich die universitären Einrichtungen mit anderen Partnern (vor allem Krankenhausbetreibern) vernetzen, um den einstweilen bestehenden Nachteil der geringen Größe auszugleichen. In Oberösterreich kann auf bereits bestehende Einrichtungen zurückgegriffen werden, Kompetenzzentren müssen auch in anderen Spitälern weiterhin möglich sein. Als Chance wird die Entwicklung eines Forschungs- und Lehrnetzwerks in Oberösterreich gesehen, bei dem die vorhandenen Kompetenzen an die Medizinische Fakultät angebunden werden. Kooperationen zwischen dem Kepler Universitätsklinikum und den bestehenden Krankenhäusern könnten zu einem oberösterreichischen Modell für ganz Österreich werden.

7. Der Einfluss der bestehenden Strukturen, der Politik und der Finanzen

Zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Systems werden sowohl Steuerungsmaßnahmen als auch grundlegende Veränderungen nötig sein. Die Steuerung der Patientenströme sollte in den Augen der Arena Analyse-Expertinnen und Experten hohe Priorität haben. Dass eine solche Steuerung im bestehenden Finanzierungssystem schwer möglich ist, wird unter die Kategorie „Hohes Risiko für die Gesundheitsversorgung“ eingestuft. Dies deshalb, weil das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren finanziell unter Druck kommen wird, der steigende Geldbedarf wird den Ruf nach effizienteren Strukturen verstärken. Die Erwartung, dass die Gesundheitsversorgung in Zukunft auch bei höherer Effizienz mehr Geld kosten wird, leitet sich aus zwei Beobachtungen ab: Zum einen erhöht die demografische Entwicklung den Bedarf an Gesundheitsleistungen. Die Menschen leben länger, dadurch verlängert sich auch jene Lebensphase, in der sie mehr an medizinischer Betreuung brauchen. Zum anderen wirkt der medizinische Fortschritt als ständiger Kostentreiber. Hinzukommen, lautet ein Kritikpunkt, Eigeninteressen einzelner Player im Gesundheitssystem, die einer gesamtheitlichen Lösung nicht dienlich sind.



Abb.: Empfohlene Schwerpunkte für eine smarte Gesundheitspolitik, die künftigen Anforderungen gerecht wird – auf Basis der ExpertInnen-Beiträge

Als Resümee der Arena Analyse lassen sich drei Schwerpunkte ableiten, die gesetzt werden sollten, um eine nachhaltig gute Gesundheitsversorgung sicherzustellen und darüber hinaus Impulse für die medizinische Forschung und den Wirtschaftsstandort zu geben:

- Die Vernetzung der Angebote im intra- und extramuralen Bereich
- Die Nutzung der Digitalisierung sowohl bei Verwaltung als auch bei der Behandlung
- Die Nutzung des Gesundheitssektors als zukunftsweisende Wachstumsbranche.

Untersuchungsdesign und Fragestellung

Das Gesundheitswesen steht vor großen Umbrüchen und komplexen Herausforderungen. Die demografische Entwicklung und die steigende Lebenserwartung führen dazu, dass die Anzahl der Menschen, die medizinische Behandlungen brauchen und Bedarf an Pflege haben, für längere Zeit beständig weiter steigen wird. Laut Bevölkerungsprognose der Statistik Austria werden in Österreich im Jahr 2030 knapp 23 Prozent der Bevölkerung älter als 65 Jahre sein – aktuell sind es 18,6 Prozent.

Verbunden damit ist ein anhaltendes Wachstum der Ballungsräume bei gleichzeitigem Bevölkerungsrückgang in den ländlichen Gebieten. Auch Oberösterreich ist durch eine verstärkte demografische Verschiebung zugunsten der Zentralräume Linz und Wels bei einem weiter fortschreitenden Bevölkerungsrückgang im ländlichen Raum gekennzeichnet. Diese Entwicklungen werden in der Gesundheitsversorgung Ansätze erfordern, die auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinen: Es muss größer und gleichzeitig kleiner gedacht werden.

Vernetzung und Kooperationen zwischen Einrichtungen und Trägern, ja sogar über die Grenzen etwa von Sozial- und Gesundheitsbereich hinaus, könnten tragfähige Lösungen ermöglichen, die den sich verändernden Parametern in der Gesundheitsversorgung gerecht werden. Mit der „Zielsteuerung Gesundheit“ haben das Land Oberösterreich und die Sozialversicherung bereits Schritte in diese Richtung unternommen, um eine bedarfsorientierte Versorgung zu stärken.

Gleichzeitig kann jedoch nicht mehr in „one size fits all“-Kategorien gedacht werden. Das bedeutet, dass künftig auch kleinräumige, regionale Lösungsansätze entwickelt werden müssen, zudem gilt es, Synergien zu nutzen. Dafür wiederum ist es notwendig, die rechtlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass diese maßgeschneiderten Versorgungsmodelle erprobt und implementiert werden können – also wird eine Stärkung des Subsidiaritätsprinzips erforderlich sein, um diese komplexen Herausforderungen bewältigen zu können.

Digitalisierung und Automatisierung werden das Gesundheitswesen ebenso radikal verändern und erstmals die Möglichkeit eröffnen, dass große Teile der Versorgung ortsunabhängig werden. Gerade für Oberösterreich als Technologiestandort werden sich Chancen in den Bereichen Telemedizin, E-Health und Medizintechnik eröffnen. Nicht zuletzt gibt es mit der Medizinischen Fakultät einen neuen Player im Land, der Forschung und Versorgung vereint und als Anschlussstelle für weitere Zusammenarbeit im Krankenhausbereich dienen kann.

Vor diesen gleichzeitig und vernetzt ablaufenden Veränderungen müssen auch die Grundlagen der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich neu

überdacht werden – obwohl oder gerade weil die Versorgung derzeit auf hohem Niveau gut funktioniert und in manchen ihrer Aspekte sogar österreichweit als Vorbild gilt, etwa was die Gebarung der Gebietskrankenkasse oder die Kooperation der unterschiedlichen Spitalsträger betrifft.

Anlass zur Sorge gibt jedoch die Dynamik in einigen Teilen des Systems, vor allem bei der flächendeckenden Versorgung im niedergelassenen Bereich (Stichwort „Hausärztemangel“) sowie bei den Kosten für die öffentlichen Spitäler. Dass diese strukturellen Herausforderungen in einer Zeit auftreten, wo sich die Welt der Medizin und der Gesundheitsdienstleistungen weltweit im Umbruch befindet, kann als Chance begriffen werden: Der hausgemachte Reformbedarf und die durch den Fortschritt sowie die demografischen Veränderungen induzierten Veränderungen greifen ineinander und machen völlig neue Lösungen möglich.

Allerdings ist es nicht einfach, angesichts der vielfältigen Entwicklungen den Überblick zu behalten, zumal es sich um Prozesse von unterschiedlicher Geschwindigkeit handelt, die zum Teil noch völlig an den Anfängen stehen, wo sich also noch nicht abschätzen lässt, ob die Auswirkungen, die sie potenziell haben können, auch tatsächlich eintreten werden.

Für die Beobachtung und Bewertung solcher Entwicklungen hat sich das Instrument der Arena Analyse besonders bewährt. Die von Kovar & Partners entwickelte und regelmäßig angewandte Methode dient der Früherkennung von wichtigen Veränderungen zu einem Zeitpunkt. Die Arena Analyse richtet ihren Scheinwerfer auf sogenannte „emerging issues“, also Themen, die von der allgemeinen Öffentlichkeit noch nicht wahrgenommen, im Kreise von Insidern aber bereits diskutiert werden. Expertinnen und Experten stoßen in ihrem eigenen Fachgebiet naturgemäß als erste auf neue Probleme oder neue Ideen. Sie erkennen dort Veränderungen schon zu einem Zeitpunkt, an dem die damit verbundenen Probleme noch nicht eskaliert sind, weshalb sich außerhalb ihres Fachgebiets noch niemand diesen Fragen widmet. Dieses spezifische Fachwissen kann mithilfe geeigneter Befragungen zugänglich gemacht werden. Durch die Aufnahme einer ausreichend großen Anzahl von Expertinnen und Experten in das Panel der Befragten kann sichergestellt werden, dass kein wichtiges Thema übersehen wird.

Die Arena Analyse liefert also einerseits einen 360°-Rundumblick auf sich anbahnende Entwicklungen, andererseits frühzeitige Signale von bevorstehenden Veränderungen. Damit ermöglicht sie es den Entscheidungsträgern, also im vorliegenden Fall all jenen, die die Zukunft des Standorts Oberösterreich mitgestalten wollen, präventiv Maßnahmen zu ergreifen, um drohende Fehlentwicklungen zu verhindern.

Für die vorliegende Studie wurden vier aufeinander folgende Phasen der Analyse durchgeführt:

1. Im ersten Schritt wurde ein Panel von 94 Expertinnen und Experten aus allen relevanten Fachgebieten befragt (siehe Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Anhang).
2. Die Antworten wurden zu Gruppen geclustert, mit dem Ziel, die dahinter liegenden zentralen Faktoren für die Zukunftsfähigkeit des Standortes Oberösterreich zu finden. Diese sieben Faktoren bilden die Handlungsfelder, in denen Probleme auftreten können und wo Maßnahmen zur Sicherung greifen müssen.
3. Ein Workshop, der am 24. Oktober 2017 Linz stattfand, verfolgte vordringlich das Ziel, Empfehlungen für Handlungsoptionen zu den Handlungsfeldern zu erarbeiten.
4. Die Ergebnisse des Workshops wurden in einem vierten Schritt wieder in die Arena Analyse eingearbeitet.

Um einen möglichst offenen Umgang mit den auftretenden Themen sicherstellen zu können, wurde allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zugesagt, dass ihre Beiträge nur anonymisiert ausgewertet werden – dies gilt sowohl für die großteils schriftlichen Beiträge und mündlichen Interviews, als auch für Aussagen, die im Rahmen des Workshops gemacht wurden.

Bei allen kursiv gesetzten Passagen im vorliegenden Bericht handelt es sich um wörtliche Zitate in diesem Sinn.

1. Primärversorgung in Gefahr

In den heimischen Spitalsambulanzen bietet sich am Abend und an den Wochenenden seit Jahren dasselbe Bild: Neben echten Notfällen warten Patientinnen und Patienten mit einer mittelschweren Verköhlung oder leichten Schnittverletzung, die ins Spital gekommen sind, weil sie außerhalb des Krankenhauses keine entsprechende Versorgungsmöglichkeit vorfinden. Denn *„wenn es ein Problem gibt, wird die Rettung gerufen, die dann ein Spital anfährt. Etwas anderes gibt's ja nicht“*. Die Ansicht, dass dieser Zustand geändert werden muss, wird von allen Beteiligten im Gesundheitssystem ohne Einschränkung geteilt. Die Entlastung der Krankenhausambulanzen durch den extramuralen Bereich steht seit Jahren ganz oben in der Beliebtheitsskala aller gesundheitspolitischen Diskussionen.

Der Gang ins Krankenhaus, der für die Patientinnen und Patienten vielfach der einfachste und nicht selten der einzige Weg ist, stellt für das Gesundheitssystem die teuerste Variante dar. Die Lösung aus Sicht eines befragten Experten: *„Es muss ein ausreichendes Angebot an Primärversorgung geben, damit Patienten nicht gezwungen sind, auch mit geringeren Problemen gleich ins Spital zu gehen. 85% aller Fälle, die in der Primärversorgung anfallen, können auch dort behandelt und erledigt werden.“*

Genau diese Alternative zum Weg in die Spitalsambulanz sollen künftig neue extramurale Einrichtungen bieten, nämlich die im geltenden Zielsteuerungsvertrag zwischen Bund, Ländern und den Sozialversicherungsträgern verankerten Primary Health Care Center (PVE), mittlerweile auch auf neudeutsch Primärversorgungszentren (PVZ) genannt. In den PVE übernehmen multidisziplinäre Teams rund um einen oder mehrere Hausärzte die Versorgung der Patientinnen und Patienten, sie entlasten dadurch die überfüllten Ambulanzen in den Krankenhäusern und sollen den prognostizierten Hausärztemangel abfedern.

Laut Statistik Austria ist die Anzahl der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner zwar in den vergangenen Jahren gestiegen - von 13.219 im Jahr 2013 auf 14.275 im Jahr 2015. Dennoch zeichnet sich jetzt ab, dass es immer schwieriger wird, Hausarztstellen auf dem Land nach zu besetzen. Hinzu kommt, dass bis 2020 knapp 31 Prozent der Allgemeinmediziner das Pensionsalter erreichen werden, bis 2030 werden sogar knapp drei Viertel (74 Prozent) 65 Jahre alt sein.

Unterschiedliche Strukturen der Primärversorgung für Stadt und Land

Die neuen medizinischen Versorgungsformen können und müssen daher unterschiedlich ausgestaltet sein, schließlich existieren im urbanen Bereich andere Erfordernisse und Voraussetzungen als im ländlichen Raum. Sprich:

Es wird künftig vermutlich größere Primärversorgungszentren in den Städten und kleinere in den ländlichen Bereichen geben. *„Es müssen neue Möglichkeiten der Versorgung und der Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten geschaffen werden“*, meint ein Befragter. Österreichweit sollen bis 2020 jedenfalls rund 200 Millionen Euro in den Ausbau der Primärversorgung fließen.

Als mögliches Hindernis wird das überaus komplexe Finanzierungssystem im Gesundheitswesen genannt, das eine zielgerichtete Steuerung des Gesamtsystems unmöglich mache. *„Bedenklich dabei ist, dass neue (Mit)Finanzierungen entstehen, wie bspw. jene des Landes für die Primärversorgung, welche die Finanzierung und Steuerung weiter verkomplizieren.“*

In Oberösterreich gibt es aktuell zwei Primärversorgungs-Projekte: In den Primärversorgungszentren Enns und Marchtrenk arbeiten Ärztinnen und Ärzte mit Teams aus den Bereichen Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Ernährungswissenschaft und Psychotherapie ebenso wie mit Hebammen und Sozialarbeitern zusammen. Darüber hinaus bestehen Kooperationen mit Fachärzten und Krankenhäusern. Ein drittes PHC soll in Haslach entstehen. Ein befragter Experte sieht hingegen die PHC nicht als geeignetes Konzept für die heimische Primärversorgung: *„Man übernimmt Elemente aus anderen Gesundheitssystemen (Kanada, Skandinavien) und propft sie dem österreichischen auf. Beispiel PHC: Diese haben sich anderswo bewährt, passen aber nicht für Österreich.“*

In den Beiträgen zur Arena Analyse „Herausforderungen und Chancen im oberösterreichischen Gesundheitswesen“ wird die Frage, wie die Primärversorgung neu organisiert werden soll, jedenfalls als wichtiges Zukunftsthema gesehen. *„Der Ausbau der wohnortnahen Primärversorgung ist ein prioritäres gesundheitspolitisches Thema der nächsten Jahre“*, schreibt ein Teilnehmer. Ein anderer Experte geht davon aus, dass Primärversorgungszentren künftig *„das neue ‚Normal‘ in der Versorgung sein werden, Ordinationen wird es weiter geben, aber sie werden stärker vernetzt sein.“* Einer wohnortnahen medizinischen Versorgung wird also weiterhin hohe Bedeutung beigemessen, dabei könnten neue Strukturen entstehen, die *„ein Mittelding zwischen der Einzelordination und dem PHC darstellen: Untereinander vernetzte Ordinationen, die Daten austauschen und auch auf zusätzliche ambulante Berufe zugreifen können (Pflege, etc.).“*

Denn derzeit, so der kritische Befund, würde die Primärversorgung keinesfalls die aktuellen Erfordernisse erfüllen: *„Österreichs primäre Versorgungsebene entspricht weder in qualitativen Dimensionen (siehe dazu z. B. die hohen vermeidbaren Krankenhausaufenthalte, kaum Einbindung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, noch in der Service-dimension (z. B. die dominierende Struktur von Einzelpraxen mit eingeschränkten Öffnungszeiten) den heutigen Anforderungen“*.

1. Primärversorgung in Gefahr

Die Zukunft der primären Versorgung wird nach Ansicht der befragten Expertinnen und Experten in einer stärkeren Vernetzung und intensiveren Kooperation als es bisher der Fall war liegen – über Träger, Berufsgruppen und derzeitige Verwaltungsgrenzen hinaus. Als Chance für ein funktionierendes System wurde hervorgehoben, *„dass die Wertigkeit der funktionierenden abgestuften Versorgung erkannt wird und nicht nur ein bloßes schriftliches Bekenntnis darstellt. Volkswirtschaftlich und gesundheitspolitisch ist ein abgestuftes Versorgungsmodell gut und intelligent.“* Erwähnt wird in diesem Zusammenhang auch eine mögliche Verpflichtung für Wahlärzte, in einem bestimmten Ausmaß in Primärversorgungszentren mitzuarbeiten.

Es wird geschätzt, dass die modernen Primärversorgungszentren mindestens ein Drittel der klassischen Ordinationen ersetzen werden: *„Die Umsetzung wird politisch sicherlich fordernd und ist mit den Ärztekammern zu erarbeiten. Der Druck wird jedoch nicht von der Politik kommen, sondern von den Patienten, die solche Modelle klar präferieren werden – auch oder vielleicht sogar insbesondere im ländlichen Bereich.“* Allerdings brauche es noch eine Ergänzung der Rahmenbedingungen (z. B. Kommunalsteuerbefreiung bei Zukauf von Serviceleistungen). Insgesamt werde sich das System der Primärversorgung (niedergelassene Ärzte und in Zukunft mehr und mehr PVE) stärker von der Facharztversorgung (Secondary Care) trennen, prognostiziert ein Gesprächspartner: *„Damit einhergehend wird es zu einer Anbindung der Fachärzte an die Spitäler bzw. Integration der Fachärzte in die Krankenhäuser kommen.“*

Um die Patientenversorgung speziell im ambulanten Bereich aufrechtzuerhalten beziehungsweise zu verbessern, gilt es vermehrt Modelle der Kooperation zwischen den Spitälern und dem niedergelassenen Bereich zu entwickeln. *„Dazu müssen die beteiligten Parteien (Land, Krankenkassen, Ärztekammer, Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, ...) Lösungsmodelle zulassen, um die Ressourcen optimal nutzen zu können und dem Arztmangel in der Zukunft entgegenzuwirken.“*

Als Grundvoraussetzung für eine Lenkung der Patientinnen und Patienten innerhalb einer abgestuften, optimierten Versorgung werden klar definierte Versorgungsaufträge gefordert. *„Klare Zuständigkeiten in Bezug auf Versorgungsstufen, Fachbereiche, Gesundheitsberufe, definierte und evidenzbasierte Behandlungspfade, Angebotsstrukturen, die auch zuverlässig zugänglich sind, was aber diametral zu lieb gewonnenen österreichischen ‚Heiligen Kühen‘ steht, wo die absolute Freiheit sowohl für Patienten als auch für Ärzte das höchste Gut ist – auch wenn es zu schweren Fehlversorgungs- und Qualitätsproblemen führt.“* Ein anderer Teilnehmer meint: *„Es muss klar definiert werden, was niedergelassene Allgemeinmediziner und Fachärzte können und zwingend anbieten müssen“.*

Auch für Krankenhausambulanzen brauche es solche Versorgungsaufträge, wobei klarzustellen sei, dass Krankenhausambulanzen kein subsidiäres Angebot gegenüber dem niedergelassenen Bereich darstellen. *„Im Sinne des Best Point of Service (Qualität muss passen und Kosten gesamtökonomisch am günstigsten) ist die Krankenhausambulanz in vielen Bereichen die sinnvollste Anlaufstelle. Die Subsidiarität der Krankenhausambulanzen wird ja von den Rechtsträgern der Krankenhäuser und dem Land nur deshalb postuliert, weil ihnen die Honorierung bzw. die Finanzierung für Ambulanzleistungen zu niedrig ist.“* Vorgeschlagen wurden in diesem Zusammenhang auch Versorgungsregionen, die den tatsächlichen Einzugsgebieten der Patientinnen und Patienten entsprechen – auch bundesländerübergreifend, zum Beispiel *„der oberösterreichische Zentralraum plus der Bezirk Amstetten in Niederösterreich.“*

Kritisch bewertet ein Teilnehmer den Lösungsansatz einiger Krankenhäuser, in räumlicher Nähe vorgelagerte Zentren zu errichten, um den Patientenstrom bereits vor den überfüllten Ambulanzen zu steuern. *„Das ist eine Fehlentwicklung, die keine Lösung bringt. Wenn die Spitäler selbst diese Zentren betreiben, haben sie keine Gatekeeperfunktion mehr, weil erst recht wieder die volle Diagnostik bei jedem Patienten zur Anwendung kommt. Zugangsregeln oder Gatekeeping müssen dafür sorgen, dass Patienten immer zuerst in die Primärversorgung kommen.“*

Im Zusammenhang mit der Gatekeepingfunktion wurde Dänemark als mögliches Modell genannt. Dort zahlen Patientinnen und Patienten einen geringeren Sozialversicherungsbeitrag, wenn sie sich bereit erklären, nicht sofort eigenständig einen Facharzt oder ein Spital aufzusuchen, sondern sich immer zuerst an die Primärversorgung zu wenden. Gerade diese Lösung, nämlich „Gesundheitszentren“ im Umfeld der Krankenhäuser anzusiedeln, schlägt ein anderer Teilnehmer als gangbaren Weg vor: *„An beziehungsweise im Umfeld der Spitäler, aber nicht in der intramuralen Struktur angesiedelte ‚Gesundheitszentren‘ mit attraktiven Öffnungszeiten könnten eine Lösung darstellen; gegebenenfalls wären auch den Akutaufnahmen vorgelagerte ‚Triage-Ambulanzen‘ zur Kanalisierung der Patientenströme eine mögliche Lösung.“* Das sogenannte Manchester Triage System sieht Indikatoren vor, die anhand der Symptome eine Einschätzung der Dringlichkeit ermöglichen. Den Dringlichkeitsstufen sind zeitliche Rahmen zugeordnet, die beschreiben, wie rasch ein Patient von einem Arzt untersucht werden sollte.

Sorge vor zunehmendem Versorgungsengpass auf dem Land

Ein Modell wie das oben erwähnte mag als Lösung im städtischen Bereich oder im Zentralraum Linz und Wels vielleicht funktionieren. Doch ist damit das Problem der Erstversorgung in den ländlichen Regionen nicht gelöst. In mehreren Beiträgen wird daher auf die Gefahr vor einer zunehmenden Ausdünnung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

hingewiesen. *„Zentralisierung ist eine existenzielle Gefährdung der peripheren Gesundheitsversorgung. Werden Personal und Patienten von der Peripherie in den Zentralraum abgeworben, wird zumindest die Krankenhausversorgung nicht überleben können. Damit existiert kurzfristig nur noch der niedergelassene Bereich. Wenn diese Ärzte in Pension gehen, wird in der Peripherie kein Nachfolger mehr gefunden werden (da diese aktuell zumeist aus den Krankenhäusern kommen)“.* Folglich würde mittel- bis langfristig die komplette regionale Versorgung in Frage gestellt sein. *„Die extramurale Versorgung ist durch eine ausgeprägte Fehlverteilung (z. B. haus- und fachärztliche Versorgung in ländlichen Regionen, die im urbanen Bereich durch Ambulanzen und intramuralen Bereich kompensiert werden) geprägt“*, schreibt eine Teilnehmerin in ihrem Beitrag. Das Wahlarztsystem würde *„bessere Qualität suggerieren, die nicht nachgewiesen ist, offeriert schnelleren, serviceorientierten und spezialisierten/fachärztlichen Service/Zugang sowie führt zur Verschiebung der Finanzierung aus SV/Steuer-System zur privaten Finanzierung.“*

Als tragfähige Lösung wird unter anderem ein gemeinsames, abgestimmtes Zusammenwirken des extra- und intramuralen Bereiches genannt, um die Herausforderungen im Sinne einer sinnvollen wohnortnahen Versorgung zu bewältigen. *„Gegenteilige Konsequenz wäre langfristig eine Zentralisierung von Gesundheitsversorgung in allen Bereichen. Wenn der intramurale Bereich in der Region nicht versorgt ist, wird langfristig auch der extramurale Bereich noch größere Versorgungsprobleme aufweisen.“*

Weitere Vorschläge sehen eine Lösung in der Errichtung von Ambulanzzentren in den ländlichen Gebieten, die eine fachärztliche Versorgung rund um die Uhr bieten, *„unter Umständen statt erzwungener Aufrechterhaltung von einzelnen Spitälern“*, wie ein Teilnehmer schreibt. Unterstützt werden könnten diese Gesundheitszentren *„von Dorfschwestern, die den Versorgungsdruck aus den ‚landarztsarmen‘ Gemeinden nehmen würden.“*

Als künftiges Modell der Versorgung in den peripheren Regionen wird eine zweite Art von Primärversorgungszentren denkbar: Das PVE-Netzwerk. *„Ein PHC muss nicht zwingend in einem Gebäude, an einem Ort lokalisiert sein. Es ist auch möglich, räumlich verstreute lokale Einheiten zu bündeln, also organisatorisch und personell zu verschränken und so ein schlagkräftiges Versorgungs-Center zu bilden“*, lautet ein Expertenvorschlag.

Neues Berufsbild für Allgemeinmediziner

Um die Allgemeinmedizin für junge Ärztinnen und Ärzte wieder attraktiver zu machen und gezielt eine neue Hausarztgeneration aufzubauen, bedarf es eines neuen Berufsbildes und verbesserter

Arbeitsbedingungen. In einem Beitrag heißt es dazu: *„Die neue Primärversorgung mit größeren Einheiten oder Netzwerken soll die Arbeitssituation der AllgemeinmedizinerInnen attraktiver gestaltet werden (z.B. Teamarbeit). Durch die Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe findet der Patient/die Patientin ein umfangreiches Versorgungsangebot vor und durch die Schaffung größerer Einheiten können Service und Öffnungszeiten ausgeweitet werden.“*

Doch woran liegt es, dass immer weniger Jungmediziner als praktische Ärzte tätig sein wollen? Ein Teilnehmer ortet eine *„permanente öffentliche Abwertung dieses Berufes (extrem viel Arbeit, wenig Geld, Benachteiligung gegenüber Fachärzten usw.) – das bringt logischerweise keinen Ansturm junger Allgemeinmediziner.“* Abgesehen davon müsse Allgemeinmedizin bereits an den Medizinuniversitäten entsprechend aufgewertet werden; z.B. durch eine Professur für Allgemeinmedizin bzw. eine besondere Prominenz in der fortlaufenden Aus- und Fortbildung sowie durch einen Unterricht, in dem die für die spätere Berufsausübung notwendigen Fähigkeiten vermittelt werden. Auch ein anderer Interviewpartner für die Arena Analyse hebt die Bedeutung einer praxisnahen Ausbildung für Allgemeinmediziner hervor: *„Ein weiteres zu wenig breit diskutiertes Thema ist die Ausbildung der Ärzte (universitär, aber auch postgraduell), insbesondere im Bereich der Allgemeinmedizin. Fertig ausgebildete Ärzte haben oft nicht das gelernt, was sie in der Praxis wirklich an Kompetenzen, Fähigkeiten und insbesondere auch Fertigkeiten brauchen würden. Sie sind damit vielfach nicht in der Lage, eine umfassende Primärversorgung anzubieten.“*

Eine weitere Frage, die in den Beiträgen angesprochen wurde, lautet: Wie viele Allgemeinmediziner wird Oberösterreich in den nächsten Jahren überhaupt brauchen? *„Das wissen wir nicht, weil sich gleichzeitig die Versorgungsstrukturen ändern.“* Vermutlich werde der Bedarf unterschätzt, so die Antwort, *„denn ein gesundheitspolitisches Ziel lautet, Primärversorgung auszubauen, um Spitalshäufigkeit zu senken.“* Zudem würden sich immer mehr Allgemeinmediziner bewusst dafür entscheiden, *„keinen Kassenvertrag anzustreben, sondern als Wahlärzte zu arbeiten. Ein Kassenvertrag gilt als nicht attraktiv (was nur zum Teil berechtigt ist). Kassentarife sind so gestaltet, dass man ‚Masse machen‘ muss.“*

Ein befragter Experte sah in Effizienzsteigerungen die Möglichkeit, sowohl intra- als auch extramural mit weniger Arztstellen auszukommen. *„Die Nachbesetzungsproblematik in den Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich würde sich damit reduzieren. Ergänzend zu dieser Effizienzsteigerung können die Arbeitsbedingungen der Ärzte attraktiver werden, wobei dem Bürokratieabbau ein großer Stellenwert zukommt“,* lautet sein Fazit.

Nicht zuletzt wurde auch eine Aufstockung der intramuralen Ausbildungsplätze für Allgemeinmediziner gefordert. Diese, so ein Teilnehmer,

1. Primärversorgung in Gefahr

seien in den vergangenen Jahren teils stark zugunsten der Facharzt-ausbildung gekürzt worden. Zudem würde das Ärztearbeitszeitgesetz dazu beitragen, dass die Turnusärzte und –ärztinnen, weniger Wochenstunden im Krankenhaus und damit bei ihrer Ausbildung verbringen.

Auch die Schaffung von Teilzeitstellen wurde als Lösungsansatz genannt: *„Wir müssen überlegen, wie wir zum Beispiel Ärztinnen, die nicht Vollzeit arbeiten wollen, weil sie kleine Kinder haben, in das System eingliedern können“*, gibt eine Expertin zu bedenken.

2. Das Spital der Zukunft

In der österreichischen gesundheitspolitischen Diskussion liegt der Fokus sehr stark auf den Problemen des niedergelassenen Bereichs sowie auf der Frage, wie die Gesundheitsversorgung zwischen extra- und intramuralen Einrichtungen effektiv und effizient organisiert werden kann. Für Oberösterreich im Speziellen gilt das noch viel mehr, hier wurde ja unter anderem auch die Errichtung einer medizinischen Fakultät mit der Notwendigkeit begründet, dem Mangel an niedergelassenen Allgemeinärzten entgegenzuwirken.

Was dabei in den Hintergrund tritt, ist die Tatsache, dass auch die Spitäler selbst vor tiefgreifenden Umwälzungen stehen, ausgelöst durch den Fortschritt in der Medizin einerseits und andererseits durch die technologische Revolution in Digitalisierung und Automatisierung.

Spezialisierung, Arbeitsteilung und Kooperation

Nach übereinstimmender Meinung der Expertinnen und Experten wird der Typ des unspezifischen Basis-Krankenhauses, das alle Fächer in durchschnittlicher Qualität abdeckt, weitgehend verschwinden. Stattdessen werden sich die Spitäler mehr und mehr spezialisieren, indem sie entsprechend ihrer Stärken Schwerpunkte bilden. Die oberösterreichische Spitallandschaft der Zukunft wird nach dieser Einschätzung also eine Reihe von Krankenhäusern umfassen, die sich jeweils auf unterschiedliche Fächer spezialisiert haben, wobei eine gewisse Grundausstattung – interne Medizin, Grundversorgung bei Notfällen bzw. Erstversorgungsfällen – in jedem Haus vorhanden sein wird. *„Es muss nicht jede Leistung an jedem Ort angeboten werden“*, formuliert es ein Teilnehmer der Arena Analyse unverblümt.

Ein anderes Zitat dazu: *„Einer der großen Trends im Krankenhaus lautet ‚Kooperation und Spezialisierung‘. Spitzenmedizin kann sich nur entwickeln und das Niveau gehalten werden, wenn die Fallzahlen entsprechend hoch sind. In Zukunft wird es kaum noch Spitäler geben, die alles machen, sondern immer mehr Schwerpunkte und Spezialisierungen.“*

Auf die Gesundheitspolitik kommt eine neue Steuerungsaufgabe zu, nämlich dafür zu sorgen, dass in Summe alle Fächer im Bundesland (oder auch in entsprechender räumlicher Nähe in einem Nachbarbundesland) vertreten sind. Die Spezialisierung geht also mit einer neuen Form der Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern einher.

Diese Spezialisierung wird durch die steigenden Ansprüche infolge der Fortschritte in der Medizin mehr oder weniger erzwungen. Exzellenz in einem medizinischen Fach erfordert Spezialisierung auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte. Dazu gehört neben ständiger Weiterbildung auch die Möglichkeit, durch ausreichende Fallzahlen an Patientinnen und Patienten

ausreichend praktische Erfahrung aufzubauen. Immer mehr Spezialleistungen, so heißt es in einem Beitrag zur Arena Analyse, *„können nur in Spezialkrankenhäusern mit entsprechenden Fallzahlen erbracht werden“*. Die Spezialisierung dient der Qualität und wird zudem aus Kostengründen notwendig. Nur mehr die ganz großen (Universitäts-)Kliniken in den Großstädten werden imstande sein, alle Fächer anzubieten und dafür ausreichende Fallzahlen aufzubringen, um Top-Spezialisten und –Spezialistinnen in diesen Disziplinen halten zu können.

Ein Problem bei diesem Strukturwandel sehen die Teilnehmenden der Arena Analyse im Widerstand der Bevölkerung gegen das Abwandern von Spitalsabteilungen, an die sie sich gewöhnt hatten. Da dieser zu erwartende Widerstand aber nur auf einem Mangel aus Verständnis beruhe, werde hier umfassende und rechtzeitige Kommunikation gefragt sein: *„Es muss auch den Menschen klar vermittelt werden, dass es sich bei der Schwerpunktbildung an Krankenhausstandorten nicht um Einsparungen handelt, sondern dass das der Qualität dient.“*

Für kleinere Spitäler in weniger dicht besiedelten Regionen bietet die Schwerpunktbildung sogar eine Chance: Ein Krankenhaus, dessen Bestand gefährdet scheint, könnte sich mit einem entsprechenden Angebotsprofil neu positionieren: *„Die Schaffung von Schwerpunkten stärkt Anbieter in der Peripherie: Bisherige kleinere Standorte werden aufgewertet, wenn sie bestimmte Schwerpunkte erhalten.“* Ein Experte meint sogar: *„Für die Krankenhäuser in den Regionen sehe ich nur eine Chance, wenn sie sich spezialisieren.“*

Eine solche Spezialisierung muss nicht unbedingt High-End-Medizin bedeuten. Eine Expertin meint, dass gerade kleinere Spitäler eine derzeit bestehende Lücke zwischen der eigentlichen Behandlung und der Pflege schließen könnten: *„Eine Integration der Pflege ins bestehende Gesundheitssystem brächte eine bessere medizinische Betreuung in den Pflege-Einrichtungen unter Nutzung der Kapazität der bestehenden Spitäler. Vor allem kleinere Spitäler könnten so in der Region gehalten werden“* (Siehe dazu auch Kapitel 6).

Neben der Arbeitsteilung und der landesweiten Koordination erfordert die fortschreitende Spezialisierung der Krankenhäuser auch neue und intensiviertere Formen der Zusammenarbeit. Ein Experte formuliert: *„Die Spezialisierung bedingt auch mehr Kooperation, denn die Patienten müssen dorthin gebracht werden, wo es den jeweiligen Fächer-Schwerpunkt gibt.“* Daraus entstehen Herausforderungen für die jeweiligen Schnittstellen. Die Probleme, die derzeit an der Schnittstelle zwischen extra- und intramuraler Versorgung auftreten (Stichwort Doppelbefundungen, Stichwort Wartezeiten), müssen beim Transfer von Patientinnen und Patienten zwischen Spitälern vermieden werden. Die Expertinnen und Experten setzen hier ihre

Hoffnung in die Digitalisierung und ein zeitgemäßes Datenmanagement – wie unten näher beschrieben.

Kooperationen können weit über den wechselseitigen gesicherten Austausch von Patienten und Patientendaten hinausgehen. Mehrere Expertinnen und Experten erwarten, dass die Schwerpunktbildung von vornherein als Gemeinschaftsprojekt von mehreren Spitälern gemeinsam geplant wird: Ein gemeinsamer Entwicklungsplan koordiniert die jeweilige Spezialisierung, insgesamt entsteht so ein mehr oder weniger loser Spitalsverbund an mehreren Standorten, wobei durch die wechselseitige Abstimmung die Qualität aller Beteiligten gesteigert werden kann. Diese Art der Kooperation wird als Chance gesehen, für die gerade in Oberösterreich gute Voraussetzungen herrschen, denn von den Teilnehmenden der Arena Analyse wird dem Land weitgehend übereinstimmend *„gutes Kooperationsklima“* und *„hohe Innovationsbereitschaft“* attestiert.

Als gelungenes Beispiel einer bereits bestehenden Kooperation wurde *„die Entwicklung der gemeinsamen Tumorzentren-Strukturen“* genannt. Das von den drei Krankenhausbetreibern gespag, Elisabethinen und Vinzenz Gruppe getragene System *„könnte ein Best-Practice-Modell für andere Fächer und deren Kooperation darstellen.“*

Allerdings soll nicht unerwähnt bleiben, dass nicht von allen Teilnehmenden der Arena Analyse ein sachorientiertes Konsensklima unter den Anbietern von Gesundheitsleistungen in Oberösterreich diagnostiziert wird. Stellvertretend für mehrere meint einer der Experten: *„Zwischen den Krankenhäusern wurde gezielt ein Konkurrenzkampf aufgebaut. Auch zwischen den Facharztordinationen und den Spitalsabteilungen herrscht Konkurrenzstimmung. Deshalb gibt es zu wenig Kooperation.“*

Ein weiteres Risiko, das auf die oberösterreichischen Spitäler nach Ansicht der teilnehmenden Expertinnen und Experten zukommt: Genau wie der extramurale Bereich werden auch die Spitäler auf einen Engpass beim qualifizierten, gut ausgebildeten Personal zusteuern. Das Heranbilden von Nachwuchs hält mit den steigenden Anforderungen nicht ausreichend Schritt, zudem sind auch im Spital viele Arbeitsplätze nicht ausreichend attraktiv für Personen mit einer Qualifikation, wie sie die künftigen Aufgaben erfordern.

Als Mangel wird in diesem Zusammenhang auch mehrfach genannt, dass Ärztinnen und Ärzte viel Zeit mit administrativen Aufgaben verbringen. *„Die Bürokratie“* ist ein nicht unwesentlicher Grund, warum qualifizierte Mediziner, aber auch Top-Pflegekräfte, manche Arbeitsstellen in den Krankenhäusern als wenig verlockend einstufen.

Schließlich aber erwächst aus der zunehmenden Spezialisierung der Spitäler eine völlig neue Aufgabe für die Betreiber oder die verantwortlichen Geschäftsführer: *„Die Krankenhäuser müssen ein Image aufbauen, gleichsam zur Marke werden.“* Ihr jeweiliger Schwerpunkt kann dabei als

Aufhänger dienen, aber sie müssen auf jeden Fall für eine bestimmte Idee, ein bestimmtes Persönlichkeitsprofil stehen, denn nur so können sie im Wettbewerb um die besten Köpfe bestehen und zugleich bei den Patientinnen und Patienten auf Akzeptanz stoßen.

Vernetzung der Disziplinen

Das weiter oben gelobte Modell der Kooperation der oberösterreichischen Tumorzentren erhält noch aus einem zweiten Grund Lob: In diesen Zentren sind nämlich Tumorboards eingerichtet, also Arbeitsgruppen, in denen sich Fachärzte und –ärztinnen standort- und abteilungsübergreifend austauschen und beraten. Diese Art von interdisziplinärer Kooperation wird in den Spitälern in Zukunft stärker gefordert sein. Denn die immer weitergehende Spezialisierung hat auch einen gravierenden Nachteil: Sie verstärkt das Denken in Fächern oder – noch schlimmer – in Abteilungen und erschwert die Gesamtsicht auf die Patienten.

„Spezialisierung und Subspezialisierung schaffen höhere Qualität, aber erschweren die Zusammenarbeit“, formuliert ein Teilnehmer der Arena Analyse und fügt ein konkretes, wenngleich bewusst zugespitztes Beispiel an: *„Nehmen wir einen Patienten, der eine neue Hüfte braucht. Wenn die alte abgenützt wurde, ist er ein Fall für die Orthopädie. Wenn er gestürzt ist, ein Fall für die Unfallchirurgie. Warum eigentlich? Es ist doch immer der gleiche Eingriff.“* Ein anderer Beitrag beklagt: *„Die Zusammenarbeit der Fachabteilungen funktioniert nicht. Es gibt keine kollegiale Gesamtbeurteilung eines Patienten. Was fehlt, ist die symptomorientierte Vorgangsweise.“*

Für Patientinnen und Patienten mit unklaren Diagnosen oder mit Symptomen, die sich nicht eindeutig der einen oder anderen Abteilung zuordnen lassen, kann diese Situation mitunter zu langen Irrwegen führen, ehe sie beim richtigen Arzt landen. Zitat: *„Qualität in der Versorgung bedeutet auch Versorgung aus einem Guss: Vor allem schwerer oder mehrfach Erkrankte leiden an nicht klaren Zuständigkeiten, mangelhafter Kommunikation und Kooperation, fehlender Patientenorientierung und Fehlbehandlungen – wobei diese Probleme keineswegs nur an der Schnittstelle intra- zu extramuralem Bereich bestehen, sondern primär innerhalb der jeweiligen Logiken“.*

Deshalb, so ein anderer Experte, werde *„die Vernetzung der Disziplinen immer wichtiger. Sie wertet auch das Krankenhaus gegenüber dem extramuralen Bereich auf, denn nur das Spital kann die Vernetzung ohne großen Aufwand leisten.“*

Als Lösung wird von einigen Experten der Case Manager empfohlen, und zwar in einer Form, die nicht primär die Effizienz der Behandlungswege im Blickpunkt hat, sondern das Wohlbefinden der Patienten. Ein solcher Case

Manager wäre demnach eine Art Prozessbegleiter auf Seiten der Patienten, der *„die Fachleute koordiniert und für den der Patient im Mittelpunkt steht“*.

Jedenfalls wird von den Spitälern der Zukunft verlangt werden, dass sie *„die inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit verstärken. Sie müssen begreifen, dass es die enge und partnerschaftliche Kooperation verschiedenster medizinischer Fächer sowie der Medizin mit anderen Fachdisziplinen braucht, um Menschen nachhaltig helfen zu können. Je mehr Zusammenarbeit, desto mehr Gespräch ist nötig – und dafür braucht es Zeit“*.

Digitalisierung, Automatisierung

Die Cleveland Clinic in der gleichnamigen Großstadt in Ohio, USA, gehört zu den innovativsten Unternehmen im Gesundheitsbereich. Dort wird seit einiger Zeit eine „remote intensive care unit“ erprobt, also sozusagen eine Fern-Intensivstation: 150 Patienten, die in diversen kleineren Kranken- und Pflegeeinrichtungen in der Stadt und der umgebenden Region liegen, sind an Geräte angeschlossen, die ihre Daten an eine Zentrale melden, wo die eigentlichen Ärzte sitzen. Kameras erlauben dem Fachärzte-Team, jeden Patienten ständig auch direkt zu beobachten. Falls es nötig ist, können sie von ihrer Kommandozentrale aus die Dosierung einer Infusion verändern. Sie können eine Krankenschwester anweisen, dem Patienten ein anderes Medikament zu geben. Oder sie entschließen sich, falls ein größerer Eingriff nötig ist, einen entsprechenden Spezialisten hinzuschicken. 150 Intensivpatienten zu betreuen, wäre einem Team dieser Größe mit herkömmlichen Methoden nicht möglich.

Der Chef der Cleveland-Clinic-Gruppe Toby Cosgrove stellt sich das Spital der Zukunft wie den Tower eines Flughafens vor, oder vielleicht wie die Schaltzentrale der Linzer Stromwerke – jedenfalls beschreibt er seine Vision in einem Interview mit der Zeitschrift Economist so ähnlich: Ein Raum voller Bildschirme und Monitore zur Überwachung von Patienten, die in kleinen Pflegeeinrichtungen, in einem Hotelzimmer oder sogar daheim im Bett liegen. Wenn die Zentrale eingreift, weil die übermittelten Daten das erforderlich machen, dann kann das unter Umständen nur in Form eines Telefonanrufs erfolgen, um dem Patienten zu sagen, dass er als nächstes eine von den gelben Pillen nehmen soll. Es kann aber auch sein, dass ein LKW mit einem mobilen Operationscontainer losfährt, hinter dem Haus des Patienten parkt, worauf dieser sozusagen im eigenen Hinterhof unter sterilen Bedingungen, mit State-of-the-art-Ausrüstung und unter Mitwirkung eines chirurgischen Roboters behandelt und anschließend wieder ins eigene Bett verfrachtet wird.

Ob die Automatisierung im Gesundheitsbereich wirklich bis zum vollautomatischen, roboterbetriebenen „Internet-Spital“ gehen wird, bleibt abzuwarten. Sicher ist jedenfalls, dass die Digitalisierung sehr tief in die

gewohnten Abläufe eingreifen wird. Abseits aller Science-Fiction-Phantasien lassen sich drei Entwicklungen bereits absehen:

1. Ferndiagnosen und Fernbehandlungen werden zunehmen – vor allem im extramuralen Bereich, immer mehr aber auch im Krankenhaus.
2. Das Management und der Austausch von Patientendaten wird eine der Schlüsselfunktionen der medizinischen Versorgung werden.
3. Die Digitalisierung wird die Organisation von Krankenhäusern verbessern und vereinfachen – von kürzeren Wartezeiten bei Untersuchungen bis hin zu interdisziplinären Teambesprechungen via Videokonferenz

Zitat aus den Beiträgen zur Arena Analyse: *„Die Digitalisierung samt den damit verbundenen und künftig möglichen Innovationen können die Effizienz in der Gesundheitsversorgung steigern. Die elektronische Aufnahme, Wartezeitenmanagement, Videokonferenzen, Übermittlung, Verarbeitung und Interpretation von Gesundheitsdaten etc. ermöglichen uns und den Patienten in deren Behandlungsschritten einen breiteren, effektiveren und transparenteren Zugang.“* In einem anderen Beitrag wird betont, dass *„die Kombination aus der hohen Management-Kompetenz und Innovationskraft der Krankenhäuser und dem technischen Schwerpunkt der Johannes Kepler-Universität eine Voraussetzung bietet, um die Chancen der Digitalisierung nutzen zu können.“*

Der rasante Fortschritt in der Daten-Technologie hat einfache Möglichkeiten geschaffen, um Diagnosedaten an Patienten zu erheben und in Echtzeit zu übertragen. Schon ein simples Armband kann zum Beispiel Herzfrequenz, Blutdruck und Temperatur messen und ohne zusätzlichen technischen Aufwand via Mobiltelefon versenden. Von da ist es nur ein kleiner Schritt zur Fernanalyse von Körperflüssigkeiten wie Harn, Speichel oder sogar Blut. Immer mehr kleine tragbare Geräte werden es ermöglichen, den Gesundheitszustand von Patienten sehr genau zu messen, ohne ihn deshalb ins Labor schicken, stationär aufnehmen oder auch nur aus der Nähe sehen zu müssen. *„Dadurch werden die Kernprozesse transparent und das Management sowie die Ärzte werden laufend informiert, wie die Behandlungen laufen.“*

Einige Teilnehmende sehen deshalb schon das Zeitalter der Telemedizin heraufdämmern. *„Informations- und Kommunikationstechnologie kann räumliche Distanzen überwinden. Künftig könnten beispielsweise Sanitäter mit einer Kamera ausgestattet werden. Der diensthabende Notarzt kann so bis zu vier Einsätze gleichzeitig auf seinem Bildschirm mitverfolgen und Anweisungen geben (bereits im Probetrieb in Deutschland)“.*

Nutzbar sind alle diese Fortschritte aber nur dann, wenn all diese Daten auf sichere, fachlich zuverlässige und verantwortungsvolle Art gesammelt, ausgewertet und bei Bedarf weitergegeben werden. Dazu gibt es aber noch technische, organisatorische und rechtliche Hürden zu nehmen, wie die

Teilnehmenden der Arena Analyse festhalten: *„Im Gesundheitsbereich gibt es viele unstrukturierte Daten – wenn man diese gut nutzt, kann man Kosten sparen und gleichzeitig noch die Qualität heben. Einige Krankenhäuser in Oberösterreich haben schon viel in diese Richtung getan und ihre unterschiedlichen Datensysteme in einem Data Ware House strukturiert. Viele Daten können durch Text Mining-Programme gewonnen werden. Doch das bedeutet eine völlig neue Unternehmenskultur. Die Transparenz, die durch die Digitalisierung entsteht, ist für viele Mitarbeiter nicht leicht zu akzeptieren – die Arbeit wird beleuchtet. Dadurch fühlen sich manche unter Druck gesetzt.“*

„Big Data und Data Security werden zu wichtigen Themen im Gesundheitsbereich“, hält ein anderer Beitrag fest, *„daraus entsteht eine neue Dimension im Evidence Based Therapy Development.“* Ein Teilnehmer betonte die Wichtigkeit einer digitalen Strategie im Gesundheitsbereich. *„Gerade in Oberösterreich gibt es großes Potential mit der Medizinischen Universität und dem technologischen Schwerpunkt.“* Der große Umbruch, den die Digitalisierung im Gesundheitsbereich bringt, ist sicher die Auflösung der Ortsabhängigkeit. Hier müssen allerdings noch rechtliche Weichen gestellt werden, denn die medizinische Onlineberatung und Onlinebehandlung erfahren durch das gesetzliche Verbot der „Wanderpraxis“ und die Bestimmung des § 49 Abs. 2 Ärztegesetz in Österreich wesentliche Einschränkungen, sprich, es herrscht derzeit ein Fernbehandlungsverbot.

Doch die Digitalisierung liefert nicht nur Daten sondern auch „Hardware“. So wird die Anwendung von Operations-Robotern in den Medien bereits diskutiert, wobei es sich entgegen verbreiteten Missverständnissen nicht um Geräte handelt, die vollautomatisch operieren, sondern um solche, die Präzisionsschnitte genauer vornehmen können als die menschliche Hand und während des Eingriffs selbst laufend Messungen vornehmen. Gesteuert werden sie weiterhin von Chirurgen. Maschinen dieser Generation sind auch bereits im Einsatz, wie ein Arena-Analyse-Experte berichtet, *„überwiegend bei Herz-, Prostata- und orthopädischen Operationen. Der Chirurg operiert dabei den Patienten nur wenige Meter entfernt, meist im gleichen Raum, via Operationscomputer minimal-invasiv“.*

Die noch junge, aber sich rasant entwickelnde Technologie der 3-D-Drucker wird auch im Gesundheitsbereich neue Realitäten schaffen. 3-D-Drucker erzeugen mit einer Art Spritzgussverfahren nach Anweisungen eines Computerprogramms Gegenstände. Praktisch jedes Objekt, das aus Kunststoff gegossen werden kann, lässt sich so herstellen – zum Beispiel auch Prothesen oder künstliche Gelenke. Ein Experte der Arena Analyse meint dazu: *„Organe und Prothesen aus einem 3-D-Drucker erscheinen aus heutiger Sicht nicht mehr utopisch. Beispielsweise werden größere Teile der Hörhilfen heute schon mittels 3-D-Druckern ausgedruckt. Auch im Bereich von Augen- oder Knieprothesen kommen 3-D-Drucker mittlerweile schon zur*

2. Das Spital der Zukunft

Anwendung. 3-D-Drucke von Prothesen sind einerseits viel passgenauer und können in der Regel auch kostengünstiger und schneller hergestellt werden. Auch Organe könnten bei Funktionieren der Technik zukünftig aus einem 3-D-Drucker passgenau für den einzelnen Patienten entwickelt werden. Der 3-D-Druck lässt ungeahnte Möglichkeiten in der Medizin zu.“

3. Vernetzung und maßgeschneiderte Zusammenarbeit

Die Expertinnen und Experten, die an der Arena Analyse teilgenommen haben, waren sich darin einig, dass künftig eine verstärkte Zusammenarbeit und Vernetzung über die Grenzen der einzelnen Trägerschaften, Organisations- und Finanzierungsformen hinaus erforderlich sein wird. Neben den schwindenden Grenzen zwischen intramuralem und niedergelassenem Bereich werden die Schnittstellen zwischen den einzelnen Institutionen im Gesundheitswesen eine noch größere Rolle spielen. Um den künftigen Anforderungen und den sich wandelnden Rahmenbedingungen gerecht zu werden, ist also eine ganzheitliche Betrachtung des Gesundheitswesens notwendig, bei der der Patientennutzen im Vordergrund steht.

In Oberösterreich arbeiten das Land und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse seit dem Jahr 2013 im Rahmen der „Zielsteuerung Gesundheit“ bereits an übergreifenden Lösungen im Gesundheitswesen. Ziel ist die durchgängige Versorgung der Patientinnen und Patienten „aus einem Guss“. Dies ist aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten und Finanzierungsstrukturen eine mehr als komplexe Aufgabe. So liegt etwa die Finanzierung der Krankenhäuser beim Land, jene der niedergelassenen Ärzte bei den Sozialversicherungsträgern. Eine Teilnehmerin gibt in diesem Zusammenhang jedoch zu bedenken, dass *„die Finanzierung häufig an den unterschiedlichen Interessen scheitert und nicht an den Finanzierungsstrukturen.“*

In zahlreichen Beiträgen zur Arena Analyse wurden das gute Kooperationsklima und das hohe Niveau der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich hervorgehoben. Dieses Modell der Zusammenarbeit, das gut funktioniert, müsse allerdings auch gemeinsam verteidigt und ausgebaut werden, so der Wunsch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Es gelte daher den Innovationsvorsprung zu halten, gerade weil auch eine zunehmende Verengung des Gestaltungsspielraumes wahrgenommen wird.

Als Problem wird empfunden, dass seitens des Bundes häufig der Anspruch besteht, dass Lösungen stets für ganz Österreich gelten müssen. Dabei würden die Strukturen der medizinischen Versorgung sogar schon innerhalb Oberösterreichs an die unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten angepasst werden müssen. Die demografische Entwicklung, der zunehmende Unterschied zwischen urbanem und ländlichem Raum werden künftig also maßgeschneiderte regionale Versorgungsmodelle erforderlich machen. Denn, wie eine Teilnehmerin anmerkt, *„one size fits all funktioniert einfach nicht.“* Die derzeitige Struktur des Gesundheitssystems wird als zu unbeweglich beschrieben, was sich auf die Kreativität bei der Lösungsfindung auswirkt, wie ein Interviewpartner festhält: *„Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter denken gar nicht mehr innovativ, weil sie mit ihren Vorschlägen sofort an strukturelle Grenzen stoßen.“* Dabei ist gerade wichtig, dem Innovationspotential der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Spielraum zu geben, wie in der Studie „Der soziale Brutkasten. Wie gesellschaftliche Innovationen besser gelingen. Bedingungen der Entstehung, Umsetzung und Verbreitung am Beispiel des österreichischen Gesundheitssektors“ der Wirtschaftsuniversität Wien festgestellt wurde: „ImpulsgeberInnen für soziale Innovationen sind häufig Personen mit langjähriger Expertise im Handlungsfeld, die Systemmängel und Probleme erkennen und die Kompetenz haben, diese zu adressieren. Für Organisationen ist es daher empfehlenswert, solche Personen explizit zu fördern und ihnen Handlungsspielräume zu geben.“

Dementsprechend wird Zentralismus auch als Risiko für eine funktionierende Gesundheitsversorgung in der Zukunft bewertet - ein verstärktes Subsidiaritätsprinzip hingegen als große Chance, um die Herausforderungen zu meistern. *„Es muss die Möglichkeit für ein regionales Proto-Typing geben, um den Best Point of Service für die Patientinnen und Patienten bieten zu können“*. Gefragt ist also die Möglichkeit, Pilotversuche durchzuführen, Dinge auszuprobieren und auf diesem Weg neue (regionale) Verschränkungsmodelle zu entwickeln, die auch über Landesgrenzen hinweg gestaltet sein könnten und wo bei der Lösungsfindung durchaus auch die Patientinnen und Patienten eingebunden werden sollten. Ein Teilnehmer hat dazu die Schaffung eines Think Tank Oberösterreich für die Entwicklung zukunftsfähiger gesundheitspolitischer Strategien angeregt, ein anderer ist der Ansicht, dass es bereits viele Ideen und Vorschläge gibt, *„man muss auch mit dem Tun beginnen“*.

Krankenhäuser als Drehscheibe

Ein Szenario für die Zukunft des Gesundheitsbereichs lautet: Die Krankenhäuser werden als zentrale Drehscheibe der Gesundheitsversorgung an Bedeutung gewinnen. Einerseits was die Kooperation und die Schnittstellen mit anderen Bereichen betrifft, aber auch innerhalb der Spitäler werden die Abläufe neu organisiert werden. *„Das Spital wird in der Versorgung noch mehr Aufgaben übernehmen, obwohl das angeblich keiner will. Aber die Versorgung draußen wird immer schlechter. Es gibt immer weniger niedergelassene Ärzte, Hausärzte sowieso kaum mehr. Eine Lösung wäre, die Spitäler nach außen zu öffnen. Mobile Spitals-Teams könnten Patienten nach ihrer Entlassung draußen betreuen. In weiterer Folge könnten sie auch Versorgungsleistungen draußen übernehmen“*, beschrieb ein Interviewpartner eine mögliche Entwicklung.

Mit seiner hohen Dichte an Betten und der Vielfalt der Krankenhausträger nimmt Oberösterreich im Bundesvergleich eine Sonderstellung ein. *„Das hat zwei Seiten. Zum einen erscheint es, dass damit verbundene Umsetzungen in der Zukunft erschwert sind. Zum anderen ist es aber genau dadurch in der Vergangenheit gelungen Innovationen zu treiben“*, lautet der Befund eines Interviewpartners. So werden die Gründung des Ordensklinikums Linz durch die Barmherzigen Schwestern

und die Elisabethinen sowie die (bereits in Kapitel 2 angesprochene) spitalsübergreifende Kooperation der Barmherzigen Schwestern mit den Barmherzigen Brüdern in ausgewählten Schwerpunktbereichen als Beispiele dafür genannt, dass *„die oberösterreichischen Krankenhäuser und ihre Träger es geschafft haben, über Trägergrenzen hinaus zu denken und zu agieren“*. Auch wenn die Player im Spitalbereich bereits jetzt *„strategische und rechtlich eng verankerte Kooperationen in unterschiedlichen Formen eingehen, die zu möglichen Leistungsanpassungen führen bzw. in den jeweiligen Zielsetzungen so definiert sind“*, besteht hier durchaus noch Luft nach oben, betont ein Experte: *„Wir brauchen in Oberösterreich eine bessere Abstimmung der Leistungsbereiche zwischen den Krankenhäusern.“* Doch auch technische Voraussetzungen müssen geschaffen werden, so wurden nicht kompatible IT-Systeme zwischen den Krankenhäusern und Trägern als erschwerend für Kooperationen genannt.

Keine Trennung zwischen „Dinnen“ und „Draußen“

Ebenso große Bedeutung wird auch der verstärkten Zusammenarbeit zwischen den Spitälern und dem niedergelassenen Bereich beigemessen. Wenn es in Zeiten begrenzter Ressourcen Effizienzpotentiale gibt, *„dann zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Spitalsambulanzen“*.

Als Lösungsansatz wird eine *„optimierte Abstimmung der Leistungsangebote der Spitäler im Zentralraum Linz“*, eingefordert. *„Dazu sind Spezialisierungen (Hochleistungsmedizin) einerseits und die Entlastung der Ambulanzen durch Ausbau der Praxiszeiten der niedergelassen Fachärzte und Allgemeinmediziner unverzichtbar. Die (verständlichen) Sofort-Versorgt-Werden-Wollen-Haltungen der Patienten führen zum Ich-suche-eine-Spitalsambulanz-Automatismus.“* Solange die ambulanten Angebote in den Spitälern und jene der niedergelassenen Strukturen so bleiben wie sie sind, würde ein Verlagern der Patientenströme weg von den Krankenhäusern nicht gelingen.

Wie wichtig eine neue Ausrichtung des Zusammenwirkens und der Vernetzung zwischen extra- und intramuralem Bereich ist, wird in einem Beitrag unterstrichen: *„Die wohl größte Herausforderung aber auch Chance der nächsten Jahre sollte die Zusammenführung und einheitliche Betrachtung des niedergelassenen und des stationären/ambulanten Systems sein, die Ausgestaltung der Secondary Care (Facharztversorgung) muss ebenfalls gemeinsam mit den Krankenhäusern gedacht werden.“*

Das kann nach Ansicht eines Teilnehmers künftig auch eine gemeinsame Nutzung der Infrastruktur, etwa der Großgeräte, umfassen. *„Insbesondere bei Großgeräten in Krankenanstalten soll und wird eine Öffnung kommen. Teure Einrichtungen werden auch zu Zeiten zu nutzen sein, wo sie der Krankenhausbetrieb nicht benötigt. So könnten z. B. durchaus um 22 Uhr in*

einem CT in einem Krankenhaus Leistungen für extern erbracht werden. Ich behaupte, dass Großgeräte im niedergelassenen Bereich die fürs Gesamtsystem teuerste Variante darstellen. So gebe es zum Beispiel in Dänemark keine niedergelassenen Fachärzte und damit verbunden auch keine peripheren Großgeräte. „Dass Ambulanzleistungen in Krankenhäusern (angeblich) die teuerste Variante darstellen, stelle ich in einer Gesamtkostenbetrachtung somit in Frage“.

Passgenaue Schnittstellen

Nicht nur die Schnittstellen zwischen den Krankenhäusern und dem niedergelassenen Bereich müssen effizienter und durchlässiger gestaltet werden. Auch bei den Übergängen zum Sozialbereich, den Schulen und psychosozialen Einrichtungen werden in den kommenden Jahren mehr Flexibilität und verstärkte Kooperation notwendig sein. *„Die Trennung der beiden Sektoren (SV-finanziertes Gesundheitswesen und steuerfinanziertes Sozialsystem) stellt an sich schon eine erste fundamentale gesundheits- u. sozialpolitische Problematik dar“*, heißt es in einem Beitrag. Wo immer Anforderungen und Prozesse die Sektorgrenzen überschreiten, entstehen Systembrüche und Reibungsverluste – oder die Abstimmung misslingt völlig. Ein Experte beklagt deshalb *„fehlendes sachliches, zeitliches Ineinandergreifen medizinischer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgungsleistungen – unter anderem mit dem Effekt überdurchschnittlicher und vermeidbarer Aufnahmezeiten in Krankenhäusern beziehungsweise unnötiger Verweildauern in Krankenhäusern.“*

Ein Interviewpartner illustriert die Schwierigkeiten anhand eines Beispiels. Mädchen, die an einer Essstörung leiden, blieben bisher sehr lange im Krankenhaus, weil es kein extramurales Angebot gab. *„Das Problem dabei: Krankenhäuser werden aus dem Gesundheitsfonds und der Sozialversicherung finanziert, der extramurale Bereich aus dem Sozialfonds. Hier ist das Land Oberösterreich allerdings gerade dabei Lösungen zu schaffen.“*

Der Trend zu einer immer kürzeren Verweildauer der Patientinnen und Patienten in den Spitälern zeitigt jedoch an anderen Stellen des Gesundheitswesens und der Versorgung große Auswirkungen, etwa durch *„fehlende intensive nachklinische Betreuungseinrichtungen, Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus hat Effekte auf die extramurale Pflege“*. Eine bessere Verknüpfung der Überleitungspflege mit der Langzeitpflege wird daher als dringend notwendig erachtet (siehe dazu auch Kapitel 6).

4. Neue Medizinberufe

Früher einmal war die Arbeitswelt in Krankenhäusern, Ordinationen und Ambulanzen ziemlich übersichtlich: Es gab Ärzte einerseits und Krankenschwestern andererseits, die einen überwiegend männlich, die anderen schon von der Berufsbezeichnung her ausschließlich weiblich. Das hat sich gründlich geändert. Die Betreuung von Patientinnen und Patienten wird immer stärker arbeitsteilig und erzeugt Bedarf nach neuen Assistenz- und Spezialberufen. Erst recht lässt die hohe Nachfrage nach Dienstleistungen im Gesundheits- und Wellnessbereich immer neue Professionen entstehen. Ein Experte der Arena Analyse formuliert es so: *„Neben dem Wellnesstrend wird es einen klaren medizinisch / pflegerisch / therapeutischen Angebotstrend geben.“*

Allein die Liste der per Gesetz definierten medizinisch-technischen Dienste umfasst sieben mitgliederstarke Berufsgruppen, von den Biomedizinischen AnalytikerInnen bis zu den RadiologietechnologInnen. Die Landschaft der Gesundheitsberufe wird in Zukunft noch bunter werden, meinen die Experten der Arena Analyse, und diese Ausdifferenzierung wird nachhaltige Folgen für die Arbeitsteilung in der Patientenbehandlung nach sich ziehen.

Innovative Differenzierung oder Wildwuchs?

Nicht alle neuen Berufe werden als Bereicherung der Gesundheitsversorgung angesehen. Wie der Begriff „Wellness“ bereits andeutet, fällt so manches in den Bereich der Wohlfühl-Betreuung oder der Esoterik. Diese Angebote können zwar durchaus ihre Berechtigung haben und sollen in ihrer Wirkung auf die körperliche und seelische Zufriedenheit keineswegs unterschätzt werden. Doch kann man viele davon wohl nicht wirklich zum Gesundheitssystem in engeren Sinn zählen.

Eine Sonderstellung nimmt dabei die Alternativmedizin ein, die sich bewusst als Gegenmodell zur „technisierten Schulmedizin“ versteht, mit dem Ergebnis, dass manche dort angewendeten Methoden von der etablierten Medizinwissenschaft heftig kritisiert werden, andere wiederum durchaus Anerkennung finden. Auf Seiten der Patienten besteht eindeutig Nachfrage, stellt ein Experte fest: *„Die Alternativmedizin wird mehr werden, weil die Therapeuten dort den Menschen mehr Zuneigung schenken und auch Geist und Seele des Menschen mitbehandeln.“*

Die allgemein anerkannten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe lassen sich grob in drei Gruppen einteilen:

1. Technische Berufe, meist im Zusammenhang mit Diagnostik: Gemeint sind hier Kardiotechniker, Ultraschall-Techniker, Genetik-Berater, Medizintechnik und Biomedizintechnik und ähnliches mehr. Mit dem technischen Fortschritt in der Medizin wird die Zahl dieser

Berufe weiter zunehmen, meinen die Befragten der Arena Analyse, möglicherweise *„werden Berufe auftauchen, die wir uns noch gar nicht vorstellen können – vielleicht gibt es bald eigene Medizin-Mathematiker, die Algorithmen für die Auswertung von Gesundheitsdaten errechnen“*.

2. Ausübende von speziellen Therapien oder Pflegeleistungen: Viele dieser Berufe führen den Wortteil „-therapeut“ bereits im Namen. Neben schon länger etablierten Professionen wie Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie finden sich hier Atemtherapeuten, Podologen (Fußpflege und -gesundheit), Orthoptisten (Therapeuten für die Behandlung von Augenproblemen) und mehr.
3. Neue Assistenzberufe zur Entlastung und Unterstützung bei Tätigkeiten, die bisher überwiegend von Ärzten ausgeführt wurden: Hier reicht die Liste vom Anästhesietechnischen Assistenten über Funktionsdiagnostiker bis zum Mundhygieniker. Dazu kommen angelagerte Büroberufe, etwa in der medizinischen Dokumentation. *„Tiefgreifende Änderungen ergeben sich durch die vielen neuen und aufgewerteten Assistenzberufe“*, hält ein Experte fest: *„Viele Tätigkeiten, die derzeit von Ärzten gemacht werden, werden künftig von Assistenzberufen ausgeübt, etwa OP-Assistenten, Labor Assistenten oder Assistenten für administrative Tätigkeiten.“* Ein anderer Beitrag formuliert griffig: *„Fürs Hakenhalten im OP braucht man nicht unbedingt einen Arzt“*.

Die Aufzählung könnte übrigens noch durch Berufe im Management von Gesundheitseinrichtungen ergänzt werden, wo in der Regel keine medizinischen, sondern betriebswirtschaftliche Kenntnisse verlangt werden, aber ein gründliches Verständnis des Geschäftsgegenstands „Heilen und Pflegen“ trotzdem von Vorteil sein wird. Zudem gibt es auch neue ärztliche Berufsbilder und Fächer: Spezialisten für Neurogeriatrie, Gendermedizin, Präventionsmedizin oder Ernährungsmedizin sind ebenso relativ neuen Datums wie etwa Versicherungsmediziner.

Nicht alle diese neuen Professionen oder Spezialrichtungen werden sich tatsächlich zu dauerhaften Zweigen der Gesundheitsversorgung entwickeln, doch zeigt allein die Vielzahl, dass sich das Gesundheitswesen weiter ausdifferenziert, denn die neuen oder veränderten Berufe entspringen durchwegs der Praxis, entweder indem sie auf eine Nachfrage reagieren, oder indem umgekehrt neue Möglichkeiten und Fähigkeiten zu einem neuen Angebot führen.

Akademisierung und veränderte Rollenbilder

Mit dem Entstehen von immer mehr medizinischen Berufen geht auch eine Aufwertung der entsprechenden Ausbildungswege einher. Öffentlich diskutiert wird dabei die *„Akademisierung der Pflege“*, doch lässt sich auch bei anderen Berufen die *„ständige Anhebung der formalen wie auch der inhaltlichen Qualifikation“* beobachten, hält einer der Experten fest, der zugleich diese Entwicklung als Chance beurteilt: *„Wir müssen den Qualifikationsmix verbessern: Mehr Berufsgruppen sollen Zugang zum Patienten haben. Der Ärztemangel würde sich relativieren, wenn überlegt wird, welche Tätigkeiten von anderen qualifizierten Berufen übernommen werden können.“*

Hier sind beide Aspekte der Entwicklung angesprochen: Pflegerinnen und Pfleger können ebenso wie die Vertreter der zahlreichen Assistenten- und Therapeuten-Berufe viele bisher rein ärztliche Tätigkeiten übernehmen, falls sie die nötige Qualifikation vorweisen. Umgekehrt führt die Akademisierung (also der Erwerb höherer Qualifikationen) dazu, dass diese Berufe auch mehr Verantwortung einfordern und nicht länger ausschließlich als Hilfsdienst-Erbringer angesehen werden möchten.

Das wird auch passieren, meinen mehrere Teilnehmende der Arena Analyse übereinstimmend, denn zum einen bringen die Betroffenen das Können mit und zum anderen besteht Bedarf: *„Die Rolle der diplomierten Pflegekräfte wird sich ändern. Falls es diese Berufsgruppe schafft, den Ball an Möglichkeiten aufzunehmen, der durch das neue GuKG (das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Anm.) gegeben ist, wird sich die Pflege neu etablieren und viele jetzt von Ärzten ausgeführte Tätigkeiten im stationären und niedergelassenen Bereich übernehmen.“*

Standeskonflikte

Der Anspruch, ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen, stößt naturgemäß bei diesen auf Widerstand. Daraus werden Standeskonflikte entstehen, die zum Teil für Außenstehende unverständlich sein werden, zum Teil aber tatsächlich mit dem Tragen von Verantwortung zusammenhängen. Von Seiten der Pflege- und Therapie-Berufe wird der Konflikt als Abwehrkampf der Ärzte wahrgenommen, sie sehen darin ein *„Dominanzstreben von Berufsgruppen im Gesundheitswesen“*, wie es ein Teilnehmender der Arena Analyse formuliert. Tatsächlich handelt es sich nicht nur um die Interessen von Berufsständen, sondern auch um medizinische und rechtliche Fragen, die gründlich diskutiert werden müssen, falls es tatsächlich zu Änderungen der Aufgabenverteilung in der Therapie kommt – auch auf diesen Aspekt weisen Beiträge hin.

„Gesundheitsberufe mit starker Lobby punkten mehr als die, die keine Lobby haben oder nicht einmal als Gesundheitsberuf anerkannt sind, wie die

4. Neue Medizinberufe

SanitäterInnen“, beklagt ein anderer: „In Österreich ist historisch/kulturell etabliert, dass für viele Tätigkeiten ein ‚Arzt‘ herangezogen werden soll oder muss.“ Das zu ändern, würde zum einen ein Umdenken auch bei den Patienten erfordern, zum anderen eine Neubewertung der Rolle der „immer knapper werdenden Ressource Arzt“.

Profitieren kann das Gesundheitssystem dann, wenn an die Stelle dieser sich bereits abzeichnenden Verteilungskämpfe eine „*multiprofessionellere Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe*“ tritt.

5. Bereichsübergreifende Pflege

Beim Thema bedarfsorientierte Versorgung wird nach Ansicht mehrerer TeilnehmerInnen der Arena Analyse das Thema Pflege häufig unterbeleuchtet, und das obwohl laut Statistik Austria in Österreich alleine in den Krankenhäusern 2016 rund 54.000 diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie rund 9.600 PflegehelferInnen tätig waren. Weitere 20.000 Pflegerinnen und Pfleger arbeiteten in Alten- und Pflegeheimen und bei mobilen Pflegediensten, die kranke und alte Menschen zu Hause betreuen.

Auch im Pflegebereich gestaltet sich die Suche nach Nachwuchschwierig, besonders für Pflegeeinrichtungen – dies, obwohl eine hohe Arbeitsplatzsicherheit gegeben ist. Doch werden die Probleme, die durch den Mangel an ausgebildeten Pflegekräften hervorgerufen werden, in der öffentlichen und medialen Diskussion meist durch die prognostizierten Versorgungsengpässe durch den zu erwartenden Ärztemangel überdeckt. Verschärft wird die Situation im Pflegebereich durch die demografische Entwicklung, die dazu führen wird, dass es auch bei den Pflegekräften in rund zwei bis drei Jahren zu einer Pensionierungswelle kommen wird.

Dabei werden durch den oben beschriebenen demografischen Wandel und unsere alternde Gesellschaft *„Pflege und Betreuung wachsende Bedeutung erhalten: Sie werden unfinanzierbar, wenn wir sie nicht auf völlig neue Beine stellen“*, warnt ein Teilnehmer in seinem Beitrag. *„Der Bevölkerungsanteil der über 60-Jährigen wird in den nächsten Jahren noch ansteigen, dem gegenüber wird die Anzahl der im Erwerbsleben Stehenden weiter absinken. Durch die ständig steigenden und verbesserten Leistungen des Gesundheitssystems verändert sich auch das Verhältnis von Morbidität zu Mortalität. Dem zufolge entwickeln sich die Krankheitsbilder hin zu mehr chronischen Erkrankungen. Die Gesundheitsversorgung beeinflusst daher diesen demografisch bedingten Morbiditätswandel und führt zu einer Zunahme der pflegerischen Leistungen im hohen Alter.“* Die Menschen werden älter, aber in Österreich laut OECD nicht unbedingt gesund älter. Das bringt für die Pflegenden und das Gesundheitswesen neue Herausforderungen, wie etwa eine steigende Zahl der Demenzerkrankungen.

Mehrere Expertinnen und Experten fordern eine Integration der Pflegeeinrichtungen ins Gesundheitssystem: *„Pflegeheime werden als Einrichtungen der Sozialfürsorge gesehen. Sie sollten aber Gesundheitseinrichtungen sein.“* In Oberösterreich würden Menschen erst ab Pflegestufe 3 in Pflegeeinrichtungen aufgenommen, davor besteht Anspruch auf Pflege-Unterstützung daheim, der Durchschnitt liege bei Pflegestufe 5. *„Pflegeheime beherbergen also Menschen, die bereits hohen medizinischen Aufwand erfordern und statistisch gesehen nahe dem Ende ihres Lebens stehen. Diese Entwicklung verstärkt sich.“*

Zudem seien in den Pflegeheimen – im Gegensatz etwa zu Schweden – keine Ärzte rund um die Uhr anwesend. Ein Vorschlag lautet daher: *„Besser wäre es, Pflegeheime organisatorisch an Krankenhäuser anzubinden, sodass sie bei Facility Management, Personal und Administration eine Einheit bilden. Wenn ein alter Patient in der Nacht einen Hustenanfall hat, schickt man ihn ins Spital. Dort erhält er ein Medikament, dann schickt man ihn wieder zurück.“* Mit einer Integration der Pflege in den Gesundheitsbereich wird auch die Möglichkeit verbunden, bestehende kleinere Krankenhäuser in den Regionen zu halten, *„trotz Einsparungen und Schwerpunktbildung“*.

Laut Statistik Austria wird in Österreich mehr als die Hälfte der alten Menschen, die Pflegegeld beziehen, zu Hause von ihren Angehörigen betreut, und dies ohne professionelle Unterstützung. 16 Prozent werden in Pflegeeinrichtungen betreut, rund ein Drittel erhält Unterstützung von mobilen Pflegediensten. 2 Prozent erhalten eine Förderung für die 24-Stunden-Betreuung.

Doch gerade bei der 24-Stunden-Pflege zu Hause sehen die TeilnehmerInnen dringenden politischen Handlungsbedarf: *„Das ist eine sozialversicherungsrechtlich höchst problematische Konstruktion, ein rechtlicher Graubereich, der (noch) toleriert wird“*, heißt es in einem Beitrag, *„die Sozialversicherungen wissen: Wenn sie verlangen, dass diese 24-Stunden-Pflegekräfte vollzeitangestellt werden (was eigentlich nötig wäre), dann bricht das System zusammen und sie haben schlagartig 800 bis 1000 unbetreute Pflegefälle auf der Straße.“*

Hinzu kommt, dass die Wirtschaft in den osteuropäischen Ländern, aus denen die Pflegerinnen zum größten Teil kommen, wächst und diese in absehbarer Zeit in ihren Heimatländern Jobs finden und dadurch im österreichischen Pflegebereich nicht mehr zur Verfügung stehen werden.

Folgende Problemfelder wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in diesem Zusammenhang genannt:

- ▶ *„Der Unterstützungsbedarf (Beratung, Fallorganisation, Entlastungsangebote...) für pflegende Angehörige wird steigen, Dieser Bereich muss ausgebaut werden. Es fehlen bisher übersektorale Anlaufstellen für Fragen der Gesundheit und Pflege.“*
- ▶ *„Der hohe Anteil privater informeller Pflege wird sinken und einen Nachfragedruck sowohl auf formelle Pflege ausüben, sowohl im Krankenhausbereich als auch im Feld der Langzeit- u. Alterspflege.“*
- ▶ *„Es werden völlig neue - stärker in Selbstorganisation gebildete - Betreuungs- und Pflegeformen (private Mikro-Träger, Genossenschaften,...) entstehen, die Auswirkungen auf die derzeitigen Systemprozesse haben werden.“*
- ▶ *„Nachbarschaftshilfe muss ins System integriert werden: Akzeptanz und Wertschätzung für Personen, die das tun, vor allem aber Unterstützung (finanziell sowie organisatorisch).“*

Doch auch fehlende intensive nachklinische Betreuungseinrichtungen sowie die Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus haben Auswirkungen auf den extramuralen Pflegebereich und werden eine sektorenübergreifende Organisation notwendig machen. Gefordert wird eine *„bessere Verknüpfung der Überleitungspflege mit der Langzeitpflege (bedarfsgerechte integrierte Leistungsversorgung)“*. *Mitarbeiter aus dem Gesundheitssystem sollten die Möglichkeit erhalten, Menschen zu Hause zu betreuen und zu mobilisieren; das ist derzeit aus standes- und haftungsrechtlichen Gründen nicht möglich.“*

In der Langzeitpflege müssen nach Einschätzung der Teilnehmenden neue Strukturen geschaffen werden: *„Die steigende Anzahl von älter werdenden Menschen mit Behinderungen mit Pflegebedarf und zugleich speziellen Betreuungserfordernissen wird auch im Gesundheitswesen Vorkehrungen erfordern (Überforderung des klinischen Personals bei Special-Care-Problematiken, z.B. bei Krankenhausaufenthalten von Menschen mit geistigen und Mehrfachbehinderungen oder Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen).“* Ebenso ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach Hospizen steigen wird. Als wichtig wird auch die professionelle und unterstützende Betreuung der pflegenden Familienangehörigen gesehen: *„Es braucht einen verstärkten Ausbau der Familienhilfe als fixer Systembestandteil der Familiengesundheitspflege“,* lautet ein Beitrag.

6. Die Rolle der Medizinischen Fakultät Linz

Die Einrichtung einer Medizinischen Fakultät an der Johannes Kepler Universität Linz (JKU) im Herbst 2014 wird im Zusammenhang mit allen Fragen des oberösterreichischen Gesundheitswesens bis heute intensiv diskutiert. Die neue universitäre Ausbildungsstätte für Ärzte und Ärztinnen stieß damals auf heftigen Widerstand, sowohl von Seiten vieler Beteiligter im Gesundheitsbereich als auch von Seiten der übrigen österreichischen Universitäten.

Inzwischen hat sich bei vielen eine differenziertere Sichtweise durchgesetzt, vor allem in Oberösterreich selbst. Kritik an der Konstruktion gibt es immer noch, doch wurden in der vorliegenden Arena Analyse auch viele positive Aspekte und vor allem Erwartungen formuliert und die Medizinuni als Chance begriffen.

Chance und Risiko für das OÖ-Gesundheitswesen

Jene Expertinnen und Experten, die erwarten, dass die Linzer Med-Fakultät sich auch im wissenschaftlichen Bereich entwickeln wird, sehen darin eine große Chance für Oberösterreich insgesamt: *„Oberösterreich kann mit Hilfe der Johannes Kepler Universität, der IT-Fachhochschule Hagenberg und den gewerblichen Betrieben zum Silicon Valley des Gesundheitswesens werden.“* In einem anderen Beitrag wird ein Vorschlag zur Integration der MedUni gemacht: *„Wir müssen ein Forschungs- und Lehrnetzwerk in Oberösterreich entwickeln und die vorhandenen Kompetenzen an die Medizinische Fakultät anbinden.“* Denn es gelte, sich aktiv mit dem medizinischen Fortschritt auseinander zu setzen.

Selbst wo die Ziele nicht so hoch gesteckt werden, halten Experten fest: *„Das Keplerklinikum dient auch der Qualität – so wurde vor kurzem eine HNO-Professorin nach Deutschland berufen, ein Zeichen dafür, dass in der Lehre hohe Qualität vorhanden ist.“* Die Chance, die hier genutzt werden könnte, liegt vor allem in den Kooperationen, die zwischen der neuen Uni-Klinik und anderen Beteiligten im Gesundheitssystem möglich sind. *„Die MedUni hat durchwegs positive Auswirkungen“,* meint ein Experte, *„es gibt bereits Kooperationen mit anderen Krankenhausträgern – im öffentlichen wie im privaten Bereich.“* Ein anderer schreibt: *„Es bestehen Synergiemöglichkeiten zwischen der JKU und anderen Krankenhausbetreibern. Das heißt aber nicht, dass alles in der Uniklinik konzentriert werden muss. Kompetenzzentren sind auch durchaus anderswo möglich.“*

Die Chancen, die von den Expertinnen und Experten genannt werden, gehen durchwegs von einer Aufwertung der Uni-Klinik aus, von einer Entwicklung der Medizinischen Fakultät hin zu einer Einrichtung für Spitzenmedizin und Forschung. Genau hier sehen aber andere das größte Risiko, weil nämlich leicht ein universitär-klinischer-Komplex entstehen

könnte, der das Land überfordert. Die Medizinische Fakultät wird offensichtlich Geld brauchen, um den hohen Ansprüchen gerecht zu werden, und diese Budgetmittel fehlen anderswo im Gesundheitssystem, erst recht angesichts eines insgesamt auf Sparen ausgerichteten Landesbudgets: *„Dass der Aufbau der neuen Uni-Klinik sowohl Finanz- als auch Leistungsströme verändert, ist anzunehmen. Dies führt zwangsläufig zu einer noch stärkeren Verknappung der finanziellen Mittel für die Gesundheitsversorgung speziell in dezentralen Versorgungsregionen.“*

Ein ähnliches Zitat eines anderen Experten lautet: *„Eine Konzentration der Finanzmittel ausschließlich auf die neue Med Uni hätte massive negative Auswirkungen.“*

Instrument gegen den Ärztemangel

Die wichtigste positive Wirkung, die von der Medizinischen Fakultät erwartet wird, betrifft die Behebung des Mangels an niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen. Dies war auch eines der erklärten Ziele von Seiten der Landespolitik. Die Fakultät setzt in ihrem Curriculum bewusst einen Schwerpunkt auf die Ausbildung von Allgemeinmediziner*innen und legt auch Wert auf die Aufwertung dieser Richtung gegenüber den Facharzt-Disziplinen.

„Die MedUni wird dazu beitragen, dass die oberösterreichischen Ärzte vermehrt im Land bleiben“, ist denn auch ein Experte überzeugt. Ein anderer meint: *„Die Medizin-Uni ist für den Standort OÖ sicher vorteilhaft und soll die medizinische Versorgung auch durch die Ausbildungsseite stützen.“*

Da der Mangel an niedergelassenen Allgemeinärzten, wie im ersten Kapitel bereits ausgeführt, unter anderem mit der mangelnden Attraktivität dieser Berufslaufbahn zusammenhängt, hat sich die Linzer MedUni gezielt die Aufgabe gestellt, den Allgemeinmediziner den Fachärzten im Image gleichzustellen. Zitat: *„Die MedUni Linz hat den Schwerpunkt Allgemeinmedizin im Curriculum verankert, während andere MedUnis die Ausbildung von Allgemeinärzten zugunsten von Spezialisierung und wissenschaftlicher Forschung zurückstellen. Linz arbeitet daran, dass Allgemeinmedizin als gleichwertiges Fach angesehen und aufgewertet wird.“*

Allerdings liegt es auf der Hand, dass diese Maßnahmen nicht über Nacht wirken: *„Die MedUni Linz bringt Verbesserungen, aber nur langfristig. Es wird einige Jahre dauern, bis ausreichend viele Absolvent*innen von der Linzer Fakultät kommen. Zudem wissen wir nicht, wie viele davon tatsächlich als Allgemeinärzte in OÖ tätig sein werden.“*

Genau hier setzen auch die Skeptiker mit ihrer Kritik an: So wünschenswert es sein mag, wenn eine medizinische Universität Allgemeinärzte nicht länger als Mediziner zweiter Klasse behandelt, sondern als Vertreter einer

wichtigen Querschnitts-Disziplin – so wenig glauben sie, dass damit allein die mangelnde Attraktivität des Berufs ausgeglichen werden kann. Ein Zitat stellvertretend für mehrere: *„Es ist illusorisch, dass man mit einer Uni-Fakultät den Ärztemangel lösen kann. Wenn der Beruf zu wenig attraktiv ist, dann kann das nicht dadurch kompensiert werden, dass man mehr Studierende anlockt. Eine medizinische Fakultät ist keine Schraubenfabrik, man kann nicht einfach auf Knopfdruck mehr produzieren.“*

Ein anderer Experte ergänzt: *„Im niedergelassenen Bereich will unter den gegenwärtigen Bedingungen niemand arbeiten. Eine Idee wäre, Studierenden Unterstützung für das Studium zu gewähren, wenn sie sich verpflichten, in den niedergelassenen Bereich zu gehen.“*

Kritik am Zustandekommen und an der Konstruktion

Die Haltung eines großen Teils der Teilnehmenden an der Arena Analyse zur Medizinischen Fakultät an der Kepler-Universität ließe sich in einem Satz zusammenfassen, der ungefähr lautet *„Wir hätten sie nicht gebraucht, aber sie hat auch ihr Gutes“*. In allen kritischen Statements wird betont, dass es politischer Wunsch der Landesregierung und entsprechender politischer Druck waren, die zu ihrer Errichtung geführt haben und nicht irgendeine Bedarfsprüfung oder ein Wunsch von Seiten der Universität.

Kritisiert werden jedenfalls die Kosten, die sie verursacht und die zum Teil über das Gesundheitsbudget aufgebracht werden müssen. *„Was die Kosten betrifft, bin ich mir nicht so sicher, ob wir die MedUni gebraucht haben“*, heißt es in einem Beitrag. Ein anderer bemängelt, dass durch die Linzer Fakultät die vorhandenen Mittel für medizinische Lehre und Forschung in Österreich zusätzlich aufgesplittert werden: *„Für ernsthafte Forschung ist die Fakultät zu klein. Es gibt zu wenig Budget und zu wenig Möglichkeiten. Eine Bündelung der Kräfte an den etablierten Uni-Standorten wäre sinnvoller gewesen, als dieses Prestigeprojekt zu realisieren.“*

Schließlich macht den Expertinnen und Experten auch Sorgen, dass eine Medizinische Fakultät natürlich eine Uni-Klinik benötigt, an der zum einen die praktische Ausbildung und zum anderen allfällige Forschungsarbeiten durchgeführt werden können. In Linz wurden dafür drei bestehende Krankenanstalten organisatorisch verschränkt, nämlich das AKH Linz, die Landesnervenklinik Wagner-Jauregg und die Landes-Frauen- und Kinderklinik. Sie erhalten dadurch über ihre bestehende Versorgungsaufgabe hinaus auch Bedeutung im universitären Bereich. Dadurch verändert sich auch die OÖ Spitalslandschaft insgesamt. Einige Aspekte dieser Veränderungen lösten bei den Expertinnen und Experten Befürchtungen aus: *„Das Gesundheitssystem speziell in Oberösterreich ist sehr krankenhaushastig“*, heißt es in einem Beitrag, *„im Besonderen die Konkurrenzsituation im Großraum Linz zwischen Kepler Universitätsklinikum und dem neuen Ordensklinikum wird unserer Einschätzung nach in den nächsten Jahren*

möglicherweise zu Konflikten und erheblichen Diskussionen – auch medial – führen.“

Dem gegenüber wird die Aufwertung der Spitzenmedizin durch ein Universitätsklinikum als positiv hervorgehoben, von der auch die Schwerpunktspitäler in den Regionen profitieren: *„Es wird notwendig sein, dass es einerseits Zentren für Spitzenmedizinische Leistung und auch Forschung gibt. Um die spitzenmedizinischen Leistungen in den Zentren kapazitätsmäßig erbringen zu können, ist allerdings eine Stärkung und enge Zusammenarbeit der Zentren mit den dezentralen Schwerpunktspitälern in noch größeren Umfang notwendig.“*

Ein anderer formuliert den Wunsch, dass das Universitätsklinikum *„gleichsam eine Kompetenzadresse für die Versorgung“* darstellen sollte.

7. Eine Frage der Strukturen

Die Analysen und Beobachtungen der Teilnehmenden an der Arena Analyse landen früher oder später fast immer an einem Punkt: Das oberösterreichische Gesundheitssystem ist – wie das österreichische insgesamt – sehr komplex. Es gibt mehrere zentrale Entscheidungsträger mit unterschiedlichen Interessen und mehrere Ströme der Finanzierung.

Gesundheitsleistungen werden überwiegend von den Krankenkassen bezahlt, die sich ihrerseits über Beiträge der Versicherten finanzieren. Die Leistungen der Spitäler werden zum Teil ebenfalls über Entgelte von den Krankenkassen abgedeckt, zum anderen Teil aber aus dem Landes- und dem Bundesbudget, wobei sich auch diese Gelder wieder auf unterschiedliche Finanzierungsströme mit unterschiedlichen Entscheidungsträgern aufteilen.

Jeder der Player in diesem System ist nur für seinen eigenen Bereich verantwortlich und auch nur dort tatsächlich imstande, verbindlich über die Verwendung von Mitteln zu verfügen. Als Instrument zur Abstimmung dieser isolierten Entscheidungen dient der Landesgesundheitsfonds, in dessen Rahmen die OÖ Gesundheitsplattform sowie die OÖ Landeszielsteuerungskommission Entscheidungen treffen.

Trotz dieser aufwändigen institutionalisierten Koordination werden von den einzelnen Akteuren immer wieder Entscheidungen getroffen, die aus deren eigener Sicht sinnvoll und rational sein mögen, für das Gesamtsystem aber nachteilige Folgen haben können. Ein simples Beispiel: Wenn die Krankenkassen aus Einsparungsgründen Leistungen einschränken (zum Beispiel durch Deckelung) oder Vertragsstellen nicht nachbesetzen, dann suchen die Patienten vermehrt die Krankenhausambulanzen auf – den Einsparungen im Rechnungskreislauf Krankenkassen / extramuraler Sektor stehen somit wahrscheinliche Mehrkosten im Rechnungskreislauf Spitalsfinanzierung gegenüber. Umgekehrt gilt natürlich: Wenn das oft formulierte Ziel der Gesundheitspolitik, Leistungen vom Spital in den extramuralen Sektor zu verlagern, konsequent umgesetzt wird, dann wird dies zu höherem Finanzbedarf im Teilsystem des kassenfinanzierten niedergelassenen Bereichs führen. Falls es zutrifft, dass eine Aufwertung des extramuralen Sektors das Gesamtsystem effizienter macht (was unter Ökonomen umstritten ist, aber das herrschende Paradigma der Gesundheitspolitik darstellt), dann gehen die Einsparungen, die global erzielt werden, jedenfalls zu Lasten eines der Beteiligten.

Solche Interdependenzen erschweren die Steuerung und noch mehr die Weiterentwicklung des Systems. Notwendige Anpassungen können nur mühsam vorgenommen werden, weil jeder Eingriff in die bestehenden Strukturen sehr vielfältige Folgen nach sich zieht und daher jeder Reformvorschlag ein komplexes Geflecht an Auswirkungen berücksichtigen muss.

Viele Teilnehmende an der Arena Analyse werten denn auch die Tatsache, dass die bestehenden Strukturen erstens unübersichtlich und zweitens stark veränderungsresistent sind, als Schwäche des Systems. In einem Beitrag heißt es unverblümt: *„Der Kompetenzwirrwarr stellt das größte Risiko für die Gesundheitsversorgung dar“.*

Dies deshalb, weil Anpassungsbedarf sehr wohl gegeben wäre. Nach Ansicht der Expertinnen und Experten werden zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Systems sowohl Steuerungsmaßnahmen als auch grundlegende Veränderungen nötig sein. Zitat: *„Ziel muss es sein, strukturelle Veränderungen voranzutreiben und das Gesundheits- und Sozialversicherungssystem insgesamt möglichst effizient, fair und nachhaltig zu gestalten.“*

Dieser Reformbedarf ist unter den Beteiligten des Systems weitgehend unbestritten: *„Die Probleme werden bereits allgemein erkannt und auch öffentlich diskutiert. Aber es gibt noch keine überzeugenden politischen Ansätze, um sie zu überwinden.“* Daraus entsteht eine paradoxe Situation, die von mehreren Experten aufgezeigt wird: Allen ist bewusst, dass das bestehende System nicht ausreichend effizient und jedenfalls nicht nachhaltig gestaltet ist. Zugleich sind aber alle der Meinung, dass eine wirklich tiefgreifende Systemkorrektur nicht durchzusetzen sein wird. Die Akteure im Gesundheitswesen sind, etwas überspitzt formuliert, Gefangene ihrer eigenen Strukturen.

„Ich sehe ein großes Risiko darin, dass die Rahmenbedingungen seitens der Politik und der Entscheidungsträger nicht rechtzeitig angepasst werden“, fürchtet daher einer der Teilnehmenden. Ein anderer urteilt: *„Das Gesundheitssystem zeigt schon längere Zeit wenig Veränderungsbereitschaft. Dies beruht zum einen auf der (verfassungsrechtlichen) Kompetenzvielfalt, zum anderen zeigen praktisch alle Beteiligten wenig Bereitschaft, selbst in den Bereichen, wo sie Veränderungen veranlassen könnten, diese auch zuzulassen oder zu betreiben. Demnach haben wir wenig Hoffnung auf grundlegende Weiterentwicklungsschritte; partielle Veränderungen waren bislang vorrangig von der Finanzierungslage des Spitalsbereichs und deren mittelfristiger Entwicklung getrieben.“*

Finanzierung

Beim Geld besteht denn auch der größte Handlungsbedarf. Die Arena Analyse Expertinnen und Experten kritisieren weitgehend übereinstimmend die bestehende Trennung in zwei Welten: einen niedergelassenen Bereich, der über die Krankenkassen aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert wird auf der einen Seite, und zum anderen das Universum der stationären Einrichtungen, bei denen der größere Teil der Kosten aus allgemeinen Budgetmitteln und somit aus Steuern gedeckt wird. *„Die duale Finanzierung*

ist ein Hindernis für jede bessere Koordination zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich“, formuliert ein Teilnehmer stellvertretend für viele. Der Grund dafür liegt in den oben beschriebenen divergierenden Interessen der Beteiligten. „Das Finanzierungsgeflecht verunmöglicht eine zielgerichtete Steuerung des Gesamtsystems“, meint ein Teilnehmer, „solange die finanziellen Interessen auseinanderlaufen, können auch Landesfonds und Zielsteuerungskommissionen keine wirksame Gesamtsteuerung bewirken.“

Dabei ist die hier gewählte Darstellung von zwei Regelkreisen ohnehin noch vereinfacht. Und das System wird mit jeder neuen Anforderung noch komplizierter: *„Es werden immer noch mehr Finanzierungen und Mitfinanzierungen entstehen, wie beispielsweise die des Landes für Primärversorgungszentren oder die von Gemeinden für niedergelassene Ordinationen. Sie verkomplizieren die Steuerung noch weiter.“*

Die „Steuerung der Patientenströme“ sollte aber in den Augen der Arena-Analyse-Experten hohe Priorität haben. Denn dass eine solche Steuerung im bestehenden Finanzierungssystem schwer möglich ist, wird von den Experten und Expertinnen unter die Kategorie *„Hohes Risiko für die Gesundheitsversorgung“* eingestuft. Dies deshalb, weil das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren finanziell unter Druck kommen wird (mehr dazu unten im Abschnitt „Neue Herausforderungen“). Der steigende Geldbedarf wird den Ruf nach effizienteren Strukturen verstärken.

Die Teilnehmer der Arena Analyse verweisen darauf, dass mittlerweile mehrere detaillierte Studien vorliegen, in denen Potenziale zur Hebung der Effizienz konkret aufgelistet werden. Genannt werden unter anderem eine Studie des Instituts für Höhere Studien im Auftrag der Industriellenvereinigung¹ sowie die vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger in Auftrag gegebene Studie „Review of Austria’s Social Insurance and Healthcare System“².

Wenigstens die Maßnahmen, die von IHS und anderen Instituten in den von offiziellen Stellen beauftragten Studien vorgeschlagenen werden, sollten auch umgesetzt werden, fordern die Experten der Arena Analyse. Deren Vorschläge betreffen nicht nur die kostengünstigere Leistungserbringung, sondern auch eine gezielte Nachfragesteuerung. Leistungen sollen nach dem Prinzip *„so viel wie nötig, so wenig wie*

¹ „Die Zukunft der sozialen Krankenversicherung – Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich“, siehe <http://www.ihs.ac.at/publications/lib/IHSPR6941212.pdf>

² https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/1/5/CH3582/CMS1503569861947/seite_1135-1393_austria_socialinsurancereview_combinedvolumes.pdf

möglich“ erbracht werden. Dazu, so ein Experte, „muss dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger ein größeres Pouvoir eingeräumt werden. Nach dem Prinzip der einnahmenorientierten Ausgaben sind die Kosten im System zu dämpfen, zumal wir letztlich auch im Gesundheitsbereich nicht mehr ausgeben als einnehmen können. Statt Beitragserhöhungen in den Raum zu stellen, verlange ich mittelfristig eine Senkung der Krankenversicherungsbeiträge. Prämien und Bonussysteme würden einen Anreiz darstellen, mehr auf die eigene Gesundheit zu achten und ein Stück weit auch Eigenverantwortung wahrzunehmen.“

Doch trotz aller Dämpfungsmaßnahmen und aller Effizienzsteigerung wird sich der Mehrbedarf nicht zur Gänze wegrationalisieren lassen. Vielmehr wird es nötig sein, zur Deckung des steigenden Bedarfs mehr Mittel ins System einzubringen. Das aber wird politisch nur dann realistisch sein, wenn ausreichend transparente Strukturen geschaffen werden, denn weder höhere Sozialversicherungsbeiträge noch höhere Steuern oder Selbstbehalte für die Versicherten sind ohne Widerstände durchsetzbar.

Wenn es aber nicht gelingt, die Gesamtmittel zu erhöhen, drohen Kürzungen bei den Leistungen. *„Risiko der Rücknahme von Gesundheitsleistungen; Risiko der Verdoppelung der Sozialversicherungsbeiträge und Selbstbehalte“*, notiert einer der Teilnehmer. Ein anderer ist sogar überzeugt, dass Kürzungen auf jeden Fall kommen werden: *„In den nächsten fünf Jahren wird die medizinische Versorgung in OÖ nicht mehr im jetzt gewohnten Ausmaß aufrechterhalten werden können. Das Land OÖ hat nicht die finanzielle Kraft, das alleine zu stemmen. Daher sehe ich die Chance erst dann, wenn man wirklich auf Kosten der Gesundheit der Bevölkerung mit dem Rücken zur Wand steht.“*

Die Arena-Analyse-Experten schlagen eine radikale Lösung als Ausweg vor: Alle Gelder für das Gesundheitssystem sollen zentral gebündelt und alle Leistungen aus einer Hand abgegolten werden: *„Wenn man ein System effizient führen will, dann müssen die Steuerung und der finanzielle Topf gemeinsam verwaltet werden“*. Die Expertinnen und Experten lassen dabei die Frage offen, wo diese zentrale Steuerung angesiedelt sein soll – ob es also einheitliche Landes- oder Bundestöpfe geben soll oder eine ausgelagerte Agentur nach Vorbild des britischen National Health Service.

Klar ist lediglich, dass Steuerung und Finanzierung Hand in Hand gehen. Sinnvoll steuern kann nur der, der auch über die Allokation der Finanzmittel entscheidet. Aus diesem Grund soll in einem ersten Schritt wenigstens die Zahl der Krankenkassen verringert werden: *„Das Finanzierungssystem gehört aus einem Topf gespeist und die Zahl der Sozialversicherungsträger deutlich gekürzt. Es wird nicht reichen, dass man wiederum nur Löcher stopft, um hier kurzfristig Probleme zu lösen.“*

Hingegen bietet *„die Finanzierung aus einer Hand die Chance für eine transparente Steuerung des zweckmäßigen Einsatzes der gewidmeten*

Mittel. Leistungen sollen dort erbracht werden, wo sie am effizientesten und günstigsten erbracht werden können“, meint ein Experte, und ein anderer fügt hinzu, dass nur ein gemeinsamer Geldtopf die Beteiligten dazu bringen kann, an einem Strang zu ziehen: „Wenn es die Finanzierung aus einer Hand gäbe und die derzeitigen ‚Gegner‘ zusammenrücken müssten, könnte das System effizienter und kostengünstiger gestaltet werden.“

Demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt

Die Erwartung, dass die Gesundheitsversorgung in Zukunft auch bei höherer Effizienz mehr Geld kosten wird, leitet sich aus zwei Beobachtungen ab: Zum einen erhöht die demografische Entwicklung den Bedarf an Gesundheitsleistungen. Die Menschen leben länger, dadurch verlängert sich auch jene Lebensphase, wo sie mehr an medizinischer Betreuung brauchen. Zum andern wirkt der medizinische Fortschritt als ständiger Kostentreiber. Immer neue Therapien werden möglich und daher von den Patienten und Patientinnen auch eingefordert. Neue und bessere Diagnoseverfahren erfordern aufwändigere Geräte (längst haben CT und MRT das herkömmliche Röntgen als Standardmethode verdrängt). Laufend kommen neue Medikamente auf den Markt, die teuer, aber auch hochwirksam sind.

Die demografische Entwicklung verschiebt zwar viele der typischen Alterskrankheiten nach oben – die letzten Lebensjahre, in denen der Bedarf an medizinischer Betreuung typischerweise sehr hoch ist, treten heute erst nach 80 oder nach 90 ein statt nach 70, wie es noch vor ein paar Jahrzehnten der Fall war. Doch gilt der Befund, dass die Menschen bei längerer Lebenserwartung auch länger jung bleiben, nicht linear. Schäden am Bewegungsapparat, die zum Beispiel künstliche Hüftgelenke oder Knieoperationen bedingen, haben zugenommen, Ähnliches gilt für Herzoperationen. Ein Experte hält fest: *„Die Altersmedizin wird einerseits durch die wachsende Lebenserwartung der Menschen speziell in Europa und andererseits durch die demographische Zunahme der Generation 60+ eine hohe Bedeutung gewinnen. Dadurch ist ein wesentlicher Anstieg von Krankheiten wie Krebs, Alzheimer, Demenz sowie des Bewegungsapparates, der Herz-Kreislauf-Organen und vor allem chronische Krankheiten zu erwarten. Außerdem werden sich auch der Bedarf an nachfolgender Versorgungsstufen wie Pflegeheime, Rehakliniken, usw. wesentlich erhöhen und verstärken.“* Er vermisst die dem Problem angemessene Aufmerksamkeit von Seiten der Entscheidungsträger: *„Besonders bei diesem Thema der Altersmedizin nehme ich wahr, dass die Politik den Kopf aufgrund der aktuellen finanziellen Situation in den Sand steckt, obwohl absehbar ist, dass dies zu einer wesentlichen Kostenexplosion führen wird.“*

Der demografische Wandel lässt nicht nur jene Altersgruppe anwachsen, die statistisch am häufigsten zum Arzt geht, sondern verkleinert auch die Schar der Nettozahler im System: *„Da die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aufgrund des Älterwerdens steigt, gleichzeitig die Anzahl der*

Beitragszahler aber sinken wird, muss die Gesundheitspolitik in OÖ nachhaltiger werden“. Dieser Teilnehmer meint zudem, *„auch eine Fortsetzung der unkontrollierten Zuwanderung stellt ein großes Risiko für den Sozialstaat und das Gesundheitssystem dar“*, was aber nicht von allen Experten so gesehen wird, denn die Zuwanderung dreht ja in Summe die Alterspyramide wieder etwas um. Es hängt davon ab, ob Zuwanderer rasch ins Arbeitsleben integriert werden können. Wenn das der Fall ist, dann fällt ihr Saldo für das Sozialsystem positiv aus.

Wenn es nicht gelingt, das System rechtzeitig an den erhöhten Bedarf durch den demografischen Wandel anzupassen, drohen Kürzungen, fürchtet ein Experte: *„Die Finanzierung der gesamten Gesundheits- und Krankenversorgung wird durch die steigende Lebenserwartung zunehmend schwieriger. Das Risiko sehe ich darin, dass irgendwann der Sparstift angesetzt wird und ab einem gewissen Alter nur mehr der Selbstzahler die gut medizinische Behandlung erhält.“*

Das beste Mittel, um zu verhindern, dass mit steigendem Durchschnittsalter der Bevölkerung der Bedarf an Gesundheitsleistungen explodiert, lautet natürlich: Die Menschen sollen länger gesund bleiben. Dafür sind sie in hohem Maße selbst verantwortlich, weshalb auch die meisten Expertinnen und Experten dafür plädieren, die *„Selbstverantwortung der Menschen zu stärken“* und *„die Gesundheitskompetenz zu verbessern.“*

Das Verbessern der Gesundheitskompetenz erfordert Aufklärung – hier sind die Schulen besonders gefordert. Ein Experte meint zudem man könnte auch *„die Apotheken in Präventionsmaßnahmen und konkret zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz nutzen (strukturiert und honoriert).“*

Darüber hinaus hängt es nicht unwesentlich von den konkreten Lebensbedingungen ab, ob es jemandem möglich ist, sich im Alltag gesund zu verhalten, gesund zu ernähren, ausreichend Bewegung im Tagesablauf unterzubringen, etc. Sehr viele dieser Lebensumstände können politisch gestaltet werden. Einige Teilnehmer sagen deshalb voraus, dass die Gesundheitsförderung als übergeordnetes Ziel in der Politik künftig eine wichtige Rolle einnehmen wird: *„Es gibt einen Paradigmenwechsel: Von der Bekämpfung der Krankheit zur Förderung der Gesundheit“.*

Der mittlerweile in der Literatur etablierte Begriff für dieses Prinzip lautet *„Health in all Policies“*, auf Deutsch so viel wie *„Gesundheit in allen Politikbereichen“*. Dahinter steht die Erkenntnis, dass Entscheidungen mit weitreichenden Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit sehr oft nicht in die Kompetenz des Gesundheitsressorts fallen, sondern anderswo gefällt werden. Wenn es zum Beispiel in Wohnsiedlungen ausreichend Platz gibt, wo Kinder sich bewegen können, wenn in den Schulen ausreichend Sport betrieben wird, wenn die Verpflegung in Schul- und Betriebskantinen nach modernen ernährungswissenschaftlichen Prinzipien erfolgt – dann wirken

sich solche Bedingungen statistisch deutlich auf die spätere Zahl der Herz-Kreislaufkrankungen und der Probleme mit dem Haltungsapparat aus, auch die Häufigkeit von Diabetes wird wohl sinken.

Bewegung bei Erwachsenen hängt ebenfalls stark von äußeren Möglichkeiten ab. Werden Städte so gebaut, dass ein Anreiz (oder die Notwendigkeit) entsteht, dauernd das Auto zu benutzen, oder ist es ausreichend attraktiv, Wege zu Fuß oder mit dem Rad zu machen? Erfahrungen zeigen, dass Menschen tatsächlich das Rad benutzen, wenn es nicht übermäßig anstrengend und gefährlich ist. Allein dieses Mehr an Bewegung wird sich in der Gesamtstatistik deutlich auf die Gesundheit auswirken.

Nach dieser Logik sollte die Politik in Bereichen wie Verkehr und Transport, Landwirtschaft, Wohnen, öffentliche Sicherheit, Bildung und noch mehr stets mit dem Blick auf Gesundheitsziele gestaltet werden. Genau dies fordert ein Experte, er verlangt einen *„Paradigmenwechsel zu einem Health-In-All-Policies-Ansatz. Gesundheit entsteht und wird verhindert in vielen unterschiedlichen politischen Sektoren (z. B. Finanzpolitik, Verkehrspolitik, Wirtschaftspolitik, ...), und nicht nur im Gesundheitssektor. Diesem Umstand muss in den nächsten Jahren Rechnung getragen werden und alle Politikbereiche müssen sich ihrer Verantwortung, die sie für die Gesundheit der Bevölkerung haben, bewusst werden“*.

Gegen die Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt gibt es kein Mittel, er stellt vielmehr eine der gegebenen Rahmenbedingungen des Systems dar. *„Die medizinische Forschung und Entwicklung ist rasant schnell. Neue Therapien sind um ein Vielfaches teurer als alte. In vielen Bereichen wird gleichzeitig Neues entwickelt.“* Zwar trifft es zu, dass nicht alle neuen Therapien teurer sind als die alten, manchmal wird die Behandlung durch den Fortschritt auch einfacher und billiger. Dafür aber kommen völlig neue Therapien hinzu, nicht selten für Krankheiten und Schäden, die davor als unheilbar galten und somit einfach hingenommen wurden. Eine kaputte Hüfte führte etwa noch in den 1980er-Jahren dazu, dass die betroffene Person für den Rest ihres Lebens hinkte und mit den Schmerzen beim Gehen leben lernen musste. Heute ist eine entsprechende Operation zum Einsetzen einer Endoprothese ein Standard-Eingriff, der hunderte Male im Jahr stattfindet.

In naher Zukunft wird wohl bei der Behandlung von typischen Alterskrankheiten wie Demenz, Prostatakrebs oder Parkinson mit Fortschritten zu rechnen sein.

Steuern der Nachfrage

Im Zusammenhang mit der Finanzierung wurde von den Experten immer wieder betont, dass die Steuerung der Nachfrage von zentraler Wichtigkeit für das Funktionieren des Gesundheitssystems sein wird. Gemeint ist damit

in erster Linie die Kanalisierung der Patientenströme zu den jeweils kostengünstigsten Leistungserbringern. Wer nur ein Mittel gegen Schnupfen braucht, soll mit der Apotheke sein Auslangen finden, bei hohem Fieber ist die Ordination des Hausarztes die richtige Anlaufstelle, und so weiter. Ins Spital kommen nur die schweren Fälle, bei denen dies ein Gatekeeper (der Hausarzt oder ein Facharzt) für nötig hält.

Doch sehen einige Teilnehmende neben dieser Effizienz-Steuerung noch die Möglichkeit der Mengensteuerung: Kosten-Nutzen-Überlegungen entscheiden nicht nur, wo eine Leistung erbracht wird, sondern ob die Patienten sie überhaupt kriegen. Dieses Prinzip, dass nicht jeder alles erhält, gilt in der österreichischen Gesundheitspolitik (anders als etwa in Großbritannien) als verpönt. In der Praxis wird es aber in unterschiedlichen Varianten sehr wohl eingesetzt, heißt es in mehreren Beiträgen. Zum Beispiel durch die Versorgungsstruktur mit extramuralen Einrichtungen: Ob in einem konkreten Fall ein Arzt in Anspruch genommen wird, hängt sehr oft davon ab, ob es einen in der Nähe gibt. Tatsächlich zeigt die Statistik, dass – vereinfacht gesagt – die Menschen mehr Gesundheitsleistungen konsumieren, wenn mehr davon angeboten wird.

Die Experten erwarten deshalb, dass in Zukunft „indirekte Rationierungen“ im Gesundheitssystem zunehmen werden: *„Schon jetzt schlägt sich der Versorgungsmangel in langen Wartezeiten nieder, beim Facharzt wartet man Monate auf einen Termin, in der Spitalsambulanz sitzt man stundenlang, bis man drankommt.“* Auch *„Altersgrenzen für Operationen“* werden befürchtet. In einem anderen Beitrag heißt es: *„Der zunehmende Kostendruck wird zu Leistungskürzungen führen.“*

Selbst wenn es nicht zu expliziten Rationierungen kommt, also zur Ablehnung von medizinisch sinnvollen Leistungen aus reinen Kosten-Nutzen-Gründen, werden lange Wartezeiten oder ein mühsamer Weg von der Primärversorgung über den Facharzt ins Krankenhaus zu einem Ausweichen der Patienten führen. Entweder räumlich, nämlich in die Ballungsräume, wo entsprechende Leistungen leichter verfügbar sind. Oder in den privaten Sektor: Die *„Ausweitung der privaten Medizin“* durch die *„Zunahme von Privatpatienten mit entsprechenden Zusatzversicherungen“* wird ebenfalls von der Arena-Analyse-Experten vorhergesagt. Die Sorge vor der vielfach beschworenen *„Zwei-Klassen-Medizin“* findet sich in vielen Beiträgen. Um sie zu verhindern, müsse das Angebot der öffentlichen Gesundheitsversorgung mit dem Bedarf Schritt halten.

Eigen- und Gruppeninteressen

„Es gibt viele Player im System, von den Trägern über die öffentlichen Finanziere bis zu den Standesvertretern, die primär ihre Interessenlagen kommunizieren und daher an einer umfassenden Information der Patienten wenig interessiert sind. Das führt dazu, dass das System für die Bürgerinnen

und Bürger wenig transparent ist.“ In diesem Zitat aus der Arena Analyse nimmt einer der Experten einen besonders oft kritisierten Aspekt des Gesundheitssystems aufs Korn: Die beteiligten Akteure sind nicht nur Gefangene der Strukturen, sie haben sehr oft gar nicht das Ziel, das Gesamtsystem zu verbessern. Es geht ihnen mitunter nicht einmal um die Interessen der Patienten, so der Vorwurf, sondern ausschließlich um die ihrer eigenen Organisation.

„Da es keine zentrale Steuerung gibt, bestimmen standespolitische Interessen der einzelnen Gruppen im Gesundheitswesen sehr stark die Gesundheitspolitik“, schreibt ein Experte. Ein anderer beklagt die „Macht- und Einflussinteressen, die finanziellen sowie Reputationsinteressen der relevanten Stakeholder und der Gruppen, die durch sie vertreten werden.“ Diese Eigeninteressen bewirken „standpunktbezogene Sichtweisen der jeweiligen Experten in diesen Organisationen“.

Am häufigsten richtet sich dieser Vorwurf gegen die Krankenkassen einerseits und gegen die Ärztekammer andererseits. Zitat: *„Teile der Interessenvertretung der Ärzteschaft haben sich völlig aus der – auch staatlich übertragenen – Mitverantwortung für die Versorgung der Bevölkerung verabschiedet und betreiben reine Klientelpolitik.“*

In einem anderen Beitrag heißt es: *„Konflikte resultieren oft aus den unterschiedlichen Standpunkten bei den unterschiedlichen Interessengruppierungen (Ärzte, Krankenkassen und Spitalsbetreiber). Die Vielzahl der Interessen muss koordiniert werden, zur effizienteren und besseren Behandlung des Patienten.“* Ein weiterer Beitrag macht dieses Beharren auf den Eigeninteressen für die mangelnde Reformbereitschaft des Systems verantwortlich: *„Die Konflikte bzw. die Probleme sind hausgemacht. Die unterschiedlichen Anbieter im Gesundheitswesen, wie z.B. die Spitals-eigentümer, Gebietskrankenkasse bzw. Sozialversicherungsträger und Ärztekammer, haben unterschiedliche Interessen. Sie sind nicht in der Lage, sich an einem runden Tisch auf ein Konzept zu einigen.“*

Ein Masterplan Gesundheit

Ein Gesamtkonzept, das alle Aspekte berücksichtigt und die divergenten Teilsysteme unter einen Hut bringt, wird von den Expertinnen und Experten dringend empfohlen. Die komplexen Probleme des Systems erfordern einen „Masterplan Gesundheit“. Dabei sollen nicht so sehr die bestehenden Strukturen angepasst, sondern vielmehr von einer Null-Basis weg die Versorgung neu geplant werden: *„Zuerst ist eine österreichweite Bedarfsanalyse zu machen, was ja ansatzweise derzeit schon geschieht. Anschließend sind die wirksamsten und kostengünstigsten Versorgungsinstrumente zu eruieren, wobei permanent eine entsprechende Evaluierung stattzufinden hat. Für die notwendigen Veränderungsschritte wird es einen breiten Konsens brauchen: Wie bei der bisher nicht umgesetzten Bundes-*

staatsreform sollten beim Thema Gesundheit Politiker gemeinsam mit Experten abseits der Parteipolitik die entsprechenden Pflöcke einschlagen und bei der Bevölkerung um Verständnis werben. Diese Akzeptanz zu erhalten ist realistisch, da die Negativ-Szenarien bei Stillstand letztlich existenzbedrohend sind.“

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Wenn das gesundheitspolitische Ziel eine nachhaltig gute Versorgung in allen Regionen Oberösterreichs ist, die zudem positive Auswirkungen auf die wissenschaftliche Forschung und die technologischen Entwicklungen im Land hat, dann ergeben sich im Wesentlichen drei Schwerpunkte, die gesetzt werden sollten:

- ▶ Die Vernetzung der Angebote zwischen intra- und extramuralem Bereich
- ▶ Die Nutzung der Digitalisierung sowohl bei Verwaltung als auch bei der Behandlung
- ▶ Die Nutzung des Gesundheitssektors als zukunftsweisende Wachstumsbranche

Aus dem Gesamtbild der Arena Analyse lassen sich die folgenden Empfehlungen für die Weiterentwicklung des oberösterreichischen Gesundheitswesens im Detail ableiten.

1. Primärversorgung: Optionen offenhalten

Der Aufbau der neuen Strukturen in der Primärversorgung braucht Zeit. Evolutionäre Anpassung verspricht mehr Erfolg als ein radikaler Bruch. Es ist zu früh, das Modell „Hausarzt“ für überholt zu erklären, ebenso aber handelt es sich bei vielen Einwänden gegen Zentren oder Konglomerate der Primärversorgung um Befürchtungen, nicht um tatsächliche negative Erfahrungen. Die Empfehlung lautet daher, alle Optionen offen zu halten, um eine rasche Lernkurve auf dem Weg zu einem verbesserten extramuralen Sektor zu ermöglichen – womit gemeint ist, dass Irrtümer erkannt werden und entsprechend reagiert werden kann. Vieles spricht dafür, dass der niedergelassene Bereich der Jahre 2022plus ein buntes Bild bieten wird, wo sehr wohl wieder junge Allgemeinärzte in Einzelpraxen ordinieren, wahrscheinlich im Verbund mit mehreren anderen, wo es aber ebenso PHC gibt, die sich von Tageskliniken kaum noch unterscheiden. Dazwischen können sich unzählige Mischformen aller denkbaren Größen und Behandlungskapazitäten entwickeln. Die größte Chance auf eine patientengerechte und effiziente Primärversorgung hat Oberösterreich dann, wenn die politischen und finanziellen Rahmenbedingungen all diese bunte Vielfalt zulässt.

2. Die Spitäler brauchen mehr Freiräume

Im Zuge der gesundheitspolitischen Diskussion sind Oberösterreichs Spitäler in den letzten Jahren von allen Seiten unter Druck geraten. Die steigenden Kosten sind Gegenstand ständiger Kritik. Das Krankenanstalten-

Arbeitszeitgesetz hat die Einkommensmöglichkeiten vor allem für jüngere Ärzte beschnitten. Von Seiten der Politik und der Gesundheitsökonomie wird beständig verlangt, dass sie aus Gründen der Effizienz möglichst wenig Patienten aufnehmen, sondern sie in den extramuralen Bereich schicken sollen. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an medizinische Qualität und die Anforderungen an Dokumentation und die Einhaltung von Behandlungsrichtlinien, beides wird von den Ärztinnen und Ärzten als bürokratische Belastung wahrgenommen.

Von mehreren Expertinnen und Experten der Arena Analyse wird deshalb ganz allgemein eine „Entbürokratisierung“ der Spitäler gefordert. Dahinter steht vielfach der Wunsch, von Verwaltungsarbeit entlastet zu werden, weshalb die Forderung differenziert betrachtet werden muss, denn Maßnahmen, die im weiteren Sinn unter Administration fallen, wie umfassende Dokumentation und umfassende Qualitätskontrollen, werden eher zunehmen, dasselbe gilt für strenge Vorgaben der Finanzgebarung. Was aber nötig sein wird, sind Systeme, die es den Beschäftigten im Spital möglich machen, ohne großen zeitlichen Aufwand mit diesen Anforderungen umzugehen. Hier wird die Digitalisierung ebenso Abhilfe schaffen wie das Entstehen neuer Berufe in der administrativen Begleitung der Behandlung.

Die Forderung richtet sich aber sinngemäß auch an Gesetzgeber, Behörden und Finanzverantwortliche: Regeln müssen so gestaltet werden, dass sie auf der Seite der Betroffenen mit geringstmöglichem Aufwand eingehalten werden können. Und was nicht zwingend geregelt werden muss, das soll auch nicht in Paragraphen gezwängt werden.

3. Grenzen überwinden, Netzwerke schaffen

Wie ein roter Faden zieht sich durch nahezu alle Beiträge der Expertinnen und Experten der Gedanke der verstärkten Zusammenarbeit. Der bestehende Zustand wird durchwegs als unbefriedigend empfunden, vor allem die deutliche organisatorische und finanzielle Trennung zwischen intra- und extramuralem Bereich. Die fortschreitende Spezialisierung der Medizin wird die *„über die Jahre zustande gekommene Fragmentierung und Spezialisierung einzelner Bereiche“* noch verstärken, die Gesundheitsversorgung wird in noch höherem Maße arbeitsteilig und verlangt daher ein umso größeres Maß an Kooperation. Deshalb sollte das oberösterreichische Gesundheitswesen in den Aufbau und Ausbau der (ohnehin bereits vorhandenen) *„Kultur der Kooperation“* investieren.

Die kurzfristige Lösung wird im Aufbau von Netzwerken bestehen – ob daraus später neue organisatorische Einheiten werden, wenn die bestehende Trennung auch formal aufgehoben wird, sollte zunächst eine

sekundäre Frage sein. Entscheidend ist, ob die Zusammenarbeit funktioniert, nicht die Organisationsform auf dem Papier.

Ziel der Vernetzung sollte es sein, *„die Interessen der Patienten vor die Interessen der Organisationen zu stellen“*: Die Verantwortung für die Gesundheit muss von allen Beteiligten als gemeinsame Verantwortung begriffen werden. Ein weiteres Ziel kann die *„Nutzung von Ressourcen über bestehende Grenzen hinweg“* sein. Die Vernetzung sollte von den jeweils obersten verantwortlichen Gremien – also vor allem der Landespolitik und der Sozialversicherung – gefördert und unterstützt werden, sie muss aber horizontal gewollt und geschaffen werden, also von den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitssystem gelebt werden.

4. Die Menschen im Mittelpunkt

In der gesundheitspolitischen Diskussion ist sehr viel von Steuerung und Strukturen die Rede. Darüber wird leicht vergessen, dass die Medizin eine Branche ist, in der es primär um die Zuwendung von Menschen zu Menschen geht. Die Besinnung auf diesen vergessenen Aspekt wird in einem Teil der Beiträge zur Arena Analyse mit Nachdruck eingefordert: Die Behandlung von Krankheiten beinhaltet immer auch enge zwischenmenschliche Kommunikation, erfordert Zuwendung und Vertrauen.

Zwei Gruppen von Menschen müssen daher bei der Konzeption jedes Gesundheitssystems im Mittelpunkt stehen: auf der einen Seite die Ärzte, Ärztinnen und die Pflegenden, auf der anderen Seite die Patientinnen und Patienten.

Es ist daher kein gutes Zeichen, wenn Kenner des oberösterreichischen Gesundheitssystems von Frustration und Entmutigung unter den in Spitälern, Ambulatorien und Ordinationen Tätigen berichten. Als Auftrag verstanden, bedeutet dieser Befund, dass die Motivation der in der Medizin Tätigen ein wichtiges Anliegen sein muss. Es gilt, wieder Aufbruchsstimmung zu verbreiten. Dafür ist es freilich auch nötig, reale Probleme zu lösen.

Die Patientinnen und Patienten haben ein Recht darauf, dass sie im Zentrum aller Überlegungen stehen. Bei allen Fragen nach Reformen muss die Richtschnur lauten: Nützt die Veränderung den Patienten – die Auswirkungen auf eine bestimmte Organisation kommt erst an zweiter Stelle.

Dass die Patienten im Mittelpunkt stehen, bedeutet allerdings auch, dass ihnen höheres Maß an Selbstverantwortung abverlangt wird. Künftige Gesundheitssysteme werden die Eigenverantwortung der Menschen stärker in den Mittelpunkt stellen. Auch für diese Eigenverantwortung muss die Politik die nötigen Rahmenbedingungen schaffen: Bildung und Gesundheitserziehung, Aufklärung, die Förderung von Selbsthilfegruppen, aber auch konkrete Maßnahmen wie Schulungen von pflegenden Angehörigen.

Auch die Schaffung von Anreizsystemen (geringere Versicherungsbeiträge bei Erfüllung von Gesundheitsparametern) wird künftig stärker diskutiert werden.

5. Gesundheit ist ein Wirtschaftsfaktor und eine Wachstumsbranche

Die Debatte um die Reform des Gesundheitssystems kreist vorwiegend um Finanzierung, Kosten und Einsparungen. Dabei wird übersehen, dass die Gesundheitsbranche ein Wirtschaftszweig von hoher Wertschöpfung und mit vielen hochqualifizierten Arbeitsplätzen ist und zudem Jahr für Jahr kräftig wächst. Zwar dürfe die Medizin nicht völlig einer ökonomischen Betrachtungsweise unterworfen werden, vielmehr müssen Investitionen immer das Ziel verfolgen, nachhaltige Werte für die Patienten und Patientinnen zu schaffen.

Doch wäre es ebenso falsch, das Gesundheitssystem nur unter dem Aspekt der Kosten zu sehen. Die politische Diskussion der Vergangenheit, die – österreichweit – einseitig als Spar-Diskussion geführt wurde, hat in der Öffentlichkeit den Eindruck hinterlassen, als ginge es bei der Gesundheit immer nur um Ausgaben und „Budgetlöcher“. Dass diesen Ausgaben auch Wertschöpfung gegenübersteht, geriet dabei in Vergessenheit.

Investitionen in den Gesundheitssektor stellen jedoch eine Chance für Oberösterreich dar. Das gilt insbesondere für die Forschung, die ja nicht nur die medizinische Forschung im engeren Sinn umfasst, sondern auch die wissenschaftliche Arbeit im Pharma-Bereich und die Entwicklungsarbeit an neuen digitalisierten Geräten und Anwendungen in der Medizin.

Zwischen der Johannes-Kepler-Universität, der Fachhochschule Hagenberg und mehreren Unternehmen besteht bereits ein Forschungs-Netzwerk. Wenn diese Kooperationen weiter ausgebaut werden und hier weiter investiert wird, kommt das nicht nur dem Gesundheitssystem, sondern dem Land insgesamt zugute. Eine Teilnehmerin der Arena Analyse bringt diesen Gedanken sehr pointiert zum Ausdruck: *„Die OÖ Wirtschaft profitiert direkt und indirekt von einem funktionierenden Gesundheitssystem, weshalb dieses meiner Meinung viel mehr als bisher als wichtiger Wirtschaftsfaktor präsentiert werden soll.“*

Teilnehmerinnen, Teilnehmer und Danksagung

Wir danken den Expertinnen und Experten, die sich mit ihrem Fachwissen und ihrer profunden Kenntnis des oberösterreichischen Gesundheitssystems für Beiträge, Interviews und die Teilnahme am Workshop zur Verfügung gestellt haben, für ihr Engagement und die hohe Qualität der zum Teil sehr umfangreichen Beiträge.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in alphabetischer Reihenfolge:

Mag. pharm. Monika Aichberger, Vizepräsidentin der Österreichischen Apothekerkammer, Landesgeschäftsstelle Oberösterreich

Dr. Walter Aichinger, Präsident des Oberösterreichischen Rotes Kreuz

Mag. Elke Anast, stellvertretende Direktorin des Oberösterreichischen Landesrechnungshofs

Dr. Albert Arzt, OÖ. Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge

Dr. Helwig Aubauer, Bereichsleiter Arbeit & Soziales, Industriellenvereinigung Oberösterreich

Mag. Franz Michael Auinger, Geschäftsführer bei inoVato Strategische Personal- und Organisationsarbeit GmbH

Direktor Mag. Peter Ausweger, Gesamtleiter Konventhospital Barmherzige Brüder Linz

MMag. Wolfgang Bayer, Geschäftsführer Wolfgang Bayer Beratung GmbH

Prim. Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Böhler, Vorstand der Klinik für Orthopädie, Kepler Universitätsklinikum

Martha Böhm, MSc, Direktorin des Ausbildungszentrums am Med Campus V, Kepler Universitätsklinikum GmbH

Direktor Dr. Walter Bremberger, Wirtschaftskammer Oberösterreich

Mag. Adelheid Bruckmüller, Geschäftsführerin bei IBG – Institut für Bildung im Gesundheitsdienst GmbH

Gerhard Durstberger, Amt der oö. Landesregierung, Zielsteuerung Gesundheit

Dr. Sahba Enayati, Kardiologe und Internist in Wels

Wolfgang Feichtenschlager, Trainer, Berater, Coach, Linz

Mag. Martin Felhofer, Abt des Stiftes Schlägl

DGKP Daniela Feregyhazy-Astecker, Einsatzleitung Hospiz Wels und Mobile Palliative Care Wels. Grieskirchen. Eferding

Mag. Dr. Christiane Frauscher, Finanzdirektorin Land Oberösterreich

Mag. Birgit Fritz, Vorstand Patientenmanagement, Pflegedirektorin des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H.

Sr. Angelika Garstenauer, Generaloberin der Kongregation der Franziskanerinnen Vöcklabrunn

Dr. Michael Girschikofsky, Ärztlicher KH Direktor und stv. Abteilungsleiter der I. Interne Abteilung, Ordensklinikum Linz GmbH

Gerhard Gebetsberger, Verwaltungsdirektor des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H.

Mag. Marina Gottwald, Stellvertretende Vorsitzende des OÖ Landesverbandes für Psychotherapie (OÖLP)

Direktor Wolfgang Greil, Landesgeschäftsführer Wirtschaftsbund Oberösterreich

KommR Manfred Grubauer, Geschäftsführer der Messemanagement Linz GmbH

Dir. Stv. Thomas Haider, Raiffeisenlandesbank Oberösterreich Aktiengesellschaft

DI Dr. Joachim Haindl-Grutsch, Geschäftsführer Industriellenvereinigung Oberösterreich

Günter W. Hager, Geschäftsführer von „Das Josef“ Restaurant, Linz

Dr. Gerhard Halmerbauer, Studiengangleiter Prozessmanagement Gesundheit, Prozessmanagement und Business Intelligence an der FH OÖ, Fakultät für Management, Steyr

Mag. Jakob Hochgerner, Büroleiter Gesundheitslandesrätin Mag. Christine Haberlander

Doris Hofer, Pflegedirektorin im Konventhospital der Barmherzigen Brüder Linz

Dr. August Höglinger, Coach und Autor, Linz

Dr. Johannes Huber, MBA, Ärztlicher Direktor und Vorstand Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H.

Mag. Doris Hummer, Präsidentin Wirtschaftskammer Oberösterreich

Erwin Jobst, EOS-Berater bei CGM Clinical Österreich GmbH

Mag. Raimund Kaplinger, Geschäftsführer Elisabeth v. Thüringen GmbH

Mag. (FH) Franz Kastner, Geschäftsführer, Verwaltungsdirektor HK-SKA Bad Ischl Betriebs-GmbH, Bad Ischl

Franz Kehrer, MAS, Direktor Caritas Linz

Mag. Franz Kiesl, Ressortdirektor Vertragspartner der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK)

MMag. Walter Kneidinger, Verwaltungsdirektor Barmherzige Schwestern, Ordensklinikum Linz GmbH

Judith Kopp, Geschäftsführende Obfrau der MOKI - OÖ. Mobile Kinderkrankenpflege

MMag. Gernot Koren, Geschäftsführer pro mente Oberösterreich

Generaloberin Sr. Cordula Kreinecker, Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz v. Paul

FH-Prof. Dr. Johannes Kriegel, Professor für Gesundheits- und Krankenhauslogistik, Prozessökonomie, Dienstleistungsmanagement im Gesundheitswesen, Versorgungsforschung an der FH OÖ, Fakultät für Gesundheit und Soziales, Linz

Christoph Lagemann, Institutsleiter am Institut Suchtprävention

Prim. Univ-Prof. Dr. Christian Lampl, Ärztlicher Direktor im Ordensklinikum Linz GmbH, Barmherzige Schwestern

Mag. Willy Lehmann, Geschäftsführer Willy Lehmann Markenagentur

Sr. Barbara Lehner, Generaloberin Konvent der Elisabethinen Linz-Wien

Dr. Christoph Leitl, Präsident der Wirtschaftskammer Österreich

Mag. Josef Leitner, Meditationsleiter, Unternehmens- und Lebensberater, St. Martin/Mühlkreis

Oberin Sr. Sighard Leitner, Barmherzige Schwestern Elmborg

Regina Mairinger, DGKP, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, Bereichsleitung Chirurgie/Endoskopie

Dr. Bernhard Marckhgott, MIM, Leiter Public Affairs und Vorstandsbüro, Raiffeisenlandesbank Oberösterreich AG

Albert Maringer, Obmann Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Direktor Mag. Thomas Märzinger, stellvertretender Landesgeschäftsleiter Rotes Kreuz Oberösterreich

Dr. Harald Mayer, Obmann Bundeskurie Niedergelassene Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer

Mag. DDr. Oskar Meggeneder, Obmann der Selbsthilfe Oberösterreich

Mag. Dr. Michael Pagani, Direktor Vinzentinum, Standort-Studiengangleiter FH-Bachelorstudienstandort Gesundheits- und Krankenpflege

Dr. Ing. Friedrich Pammer, Direktor des Oberösterreichischen Landesrechnungshofs

Mag. Markus Peböck, Geschäftsführer Institut für Gesundheitsplanung, Linz

Mag. Georg Platzer, Geschäftsführer der Ramsauer & Stürmer Consulting GmbH

Elisabeth Pollhammer, MBA, Direktorin Akademie_SanktVinzStiftung

Dr. Wolfgang Popp, Krankenhaus der Barherzigen Schwestern Linz, Ausbildungsärztevertretung

Mag. Gerhard Posch, Geschäftsführer der Kreuzschwestern Europa Mitte GmbH

KommR Laurenz Pöttinger, Obmann-Stv. OÖ Gebietskrankenkasse

Dr. Josef Probst, Generaldirektor Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Mag. Ing. Gerald Punzhuber, Wirtschaftsprüfer und Steuerberater KPMG Alpen-Treuhand GmbH Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft

Prof. (FH) Dr. Anton Konrad Riedl, FH OÖ, Fakultät für Gesundheit und Soziales Linz

Univ.-Prof. Dr. theol. Michael Rosenberger, Institutsvorstand und Professor der Moralthologie, Katholische Privat-Universität Linz

Dr. Martina Rosenmayr-Khoshideh, Bereich Arbeit und Soziales bei der Industriellenvereinigung Oberösterreich

Mag. Christiane Roser, Abteilungsleitung SLS im Referat Krankenhaus-Seelsorge im Pastoralamt der Diözese Linz

Diözesanbischof Dr. Manfred Scheuer, Diözese Linz

Mag. Harald Schmadlbauer, Leiter des Direktionsbüros und der Kommunikation bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

Reinhard Schmidt, MSc MAS, Pflegedirektor Rotes Kreuz Oberösterreich

MMag. Michael Schneider, Geschäftsbereichsleiter Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Geschäftsbereich Gesundheitseinrichtungen

Prof. Univ. Doz. Dr. Werner Schöny, Geschäftsführer pro mente Oberösterreich

Mag. Herbert Schustereder, Caritas Linz

Dr.in Claudia Schwarz, Geschäftsführerin Academia Superior

Rosa Schwarzbauer, Pflegedirektorin Ordensklinikum Linz GmbH,
Barmherzige Schwestern

Barbara Spindelbalker, Projektleiterin, Mitglied im Kompetenzbereich
Gesundheit u. Soziales im Oberösterreichischen Landesrechnungshof

Dr. Matthias Stöger, Direktor der Abteilung Gesundheit im Land
Oberösterreich, Direktion Soziales und Gesundheit

DI Jörg Stögmüller, Architekt, Linz

Gerhard Straßer, Landesgeschäftsführer des AMS - Landesgeschäftsstelle
Oberösterreich

Dr. Josef Striegl, Regionalbüroleiter bei der SVB Oberösterreich

Dipl. KH-BW Gabriele Sturmlechner, Kaufmännische Direktorin des
Klinikum Schallerbacherhof

Dr. Christoph Szep, Partner bei Haslinger / Nagele & Partner Rechtsanwälte
GmbH

Mag. Thomas Veitschegger, Präsident der Österreichischen
Apothekerkammer, Landesgeschäftsstelle Oberösterreich

Dipl. KH-BW Mag. Rudolf Wagner, Kaufmännischer Direktor
Landeskrankenhaus Freistadt

Mag. Dr. Fritz Weilharter, Geschäftsführer bei Gstach + Weilharter
Prozessberatung

Mag. Dr. Josef Weißl, Vorstandsdirektor der Oberbank AG

Mag.a Dr.in Andrea Wesenauer, Direktorin der Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse

Mag. Christoph Wiesner, Leiter der WKO-Ried

Dipl. KH-BW Stefan Zeilinger, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern
Ried, Personalleitung

Dr. Christoph Zulehner, Geschäftsführer bei seGes Health Care Consulting

Kovar & Partners GmbH

Dorotheergasse 7, 1010 Wien, Österreich

T: +43 1 522 9220

office@publicaffairs.cc, www.publicaffairs.cc