

ANFRAGE

des Abgeordneten **Dworak**

an Herrn LHStv. Mag. Wolfgang Sobotka

betreffend Landeskrankenhaus Thermenregion Mödling

Gemäß § 35 des NÖ Krankenanstaltengesetzes ist die Landesregierung verpflichtet, unter Bedachtnahme auf den Landes-Krankenanstaltenplan, Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen in Niederösterreich entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Die Anstaltspflege gilt auch durch die Errichtung und den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten durch andere Rechtsträger als das Land Niederösterreich als sichergestellt. Die Anstaltspflege gilt auch als sichergestellt, wenn die medizinische Versorgung durch Kooperationsformen mehrerer Krankenanstalten gewährleistet ist. Für Personen, die im Grenzgebiet zu einem anderen Land wohnen, ist die Anstaltspflege auch dadurch sichergestellt, dass diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten des benachbarten Landes aufgenommen werden.

Je nach den örtlichen Verhältnissen ist für 50.000 bis 90.000 Bewohner eine Standardkrankenanstalt und für 250.000 bis 300.000 Bewohner eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten. Bei Vorliegen besonderer topographischer oder verkehrsmäßiger Verhältnisse können diese Zahlen sowohl unter, als auch überschritten werden; jedenfalls aber ist in jedem Landesviertel eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten.

Durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der öffentlichen Krankenanstalten ist nach Maßgabe eines sachbezogenen Raumordnungsprogrammes sicherzustellen, dass für anstaltsbedürftige Personen, insbesondere für unabweisbare Kranke, eine zureichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse vorhanden ist.

Den Bettenberechnungen in Niederösterreich liegen ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit) konforme Leistungsangebotsplanungen zu Grunde. Das

heißt, dass die Zahl der Betten nicht aus irgendwelchen Hochrechnungen von bestehenden Betten erstellt wird, sondern dahinter Leistungen nach dem LKF-Modell (Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung) stehen, die entsprechend der ÖSG-Prognosen im Einzugsgebiet zu erwarten sind; also auf Leistungen basiert, die nach bisherigen Erfahrungen zur Versorgung der Bewohner eines definierten Einzugsgebietes nötig werden.

Werden weniger als die aus den Berechnungen entstehenden Betten vorgehalten, dann ist die Erbringung der Leistungen in den prognostizierten Quantitäten nicht möglich, und Patienten müssen an andere Standorte ausweichen.

Die Umlenkung der Patientenströme erfolgt so, dass Standorte entweder „übergehende“ Ambulanzen haben und so die Patienten selbst, um Wartezeiten zu vermeiden, an andere Standorte ausweichen, oder aber zunehmend verträstet werden müssen, da keine Betten vorhanden sind und so die Zuweiser bereits von sich aus Patienten an andere KH überweisen.

Durch eine Unterdimensionierung wird zudem die Attraktivität des Standorts für Ärzte geringer, sodass es tendenziell zu einer negativen Selektion kommen kann, die dann noch verstärkt wird, wenn das Krankenhaus klein ist und so der Ruf einer Abteilung von einzelnen oder wenigen abhängt. Das verstärkt auch die „Abwanderung“ von Patienten. Für das Krankenhaus selbst ist eine zu geringe Dimensionierung ein erhebliches Organisationsproblem, da im Gegensatz zu Häusern, die eine bedarfsgerechte oder sogar zu große Ausstattung haben, leichter über Verweildauer und „unnötige Aufnahmen“ ihre Auslastung steuern können. Unterdimensionierte Krankenhäuser hingegen müssen darauf achten, die Betten so schnell wie möglich frei zu bekommen, weil es sonst zu wenig Puffer für Akut-Aufnahmen gibt. Anders ausgedrückt, kann ein unterdimensioniertes Krankenhaus paradoxer Weise sogar eine niedrigere Auslastung ausweisen, als Krankenhäuser, die überdimensioniert sind und über eine virtuelle Auslastung ihre Existenz rechtfertigen wollen.

Jedes Krankenhaus betreut eine bestimmte Region, die als Einzugsgebiet bezeichnet wird. Dabei bestimmt der Patient in der Regel selbst, wohin er geht. Grundvoraussetzung, dass der Patient ein Krankenhaus aufsucht, ist jedoch ein Angebot durch das Krankenhaus. Die meisten Menschen suchen von sich aus das nächste Krankenhaus aus. Diese Wohnortnähe ist ein sehr wichtiges Argument.

Die Versorgungsplanung steht immer im Spannungsfeld „Wohnortnähe-Qualität“. Da Qualität im Zusammenhang mit Menge und Erfahrung steht, und so nicht hinter jedem Busch ein Krankenhaus stehen kann, muss man versuchen, so wohnortnah wie möglich zu bleiben, ohne dabei inakzeptable Qualitätsverluste zu riskieren. Deswegen können für kleine Einzugsgebiete auch nur Basis-Angebote in so genannten Standardkrankenhäusern angeboten werden. Kleinere Fächer müssen zentralisiert werden. Je kleiner ein Einzugsgebiet ist, desto weniger kann man daher die kleinen Fächer abdecken und muss Patienten weiterschicken. In diesem Fall kann man daher die Patienten, die nicht mit einem Angebot bedacht werden können, auch nicht zum Einzugsgebiet rechnen. Einzugsgebiete werden daher für jedes einzelne Fach extra zu bewerten sein.

Die Versorgung der Patienten ist daher nur sicher zu stellen, wenn es der potentiellen Nachfrage entsprechend ein qualitätsvolles Angebot gibt. In der Versorgungsplanung gibt es den Ausdruck Versorgungsquote. Bei 100% VQ würde man für alle Einwohner in allen Fächern ein Angebot vorhalten. Wenn man aber beispielsweise wegen zu kleiner Nachfrage in einem Einzugsgebiet bestimmte Fächer, z.B. Augenheilkunde nicht vorhalten kann, aber bekannt ist, dass etwa 4% der Aufnahmen durch Augen-Patienten erzeugt werden, sinkt die VQ um jene 4% auf 96%. Die VQ wird weiters verändert, wenn sie auf ein Einzugsgebiet bezogen ist, dass durch politische oder planungstechnische Grenzen definiert ist, die nicht den natürlichen Patientenströmen folgen. Anders ausgedrückt: für einen NÖ Patienten, der nahe an der Grenze zu Wien wohnt, kann es sein, dass ein Wiener KH näher, als ein NÖ KH ist. Er wohnt daher im natürlichen Einzugsgebiet des Wiener KH. Wenn man die VQ für NÖ in NÖ berechnen will und virtuell die Grenzen schließt, dann „überschätzt“ man das Einzugsgebiet um diese Patienten, die sich eben nicht an Landesgrenzen halten werden. Daher werden Einzugsgebiete nach offenen und geschlossenen Grenzen definiert. Die eine Grenze nimmt nur die Erreichbarkeit als Maß (der Patient wird daher dem nächstgelegenen KH zugerechnet, unabhängig ob irgendwelche Grenzen bestehen), die andere politische Entscheidungen über Grenzen.

Für das KH Mödling hat das besonders starken Einfluss. Würden die Grenzen nach Wien (virtuell) geschlossen, wäre das Einzugsgebiet ca. 180.000, bei (real) „offenen“ Grenzen 120.000 Einwohner groß. Ca. 60.000 Einwohner (33% der Einwohner)

werden also „nach Wien“ verloren gehen. Oder noch einmal anders ausgedrückt: für eine 100%ige VQ des natürlichen Einzugsgebietes würde, bezogen auf das Einzugsgebiet bei geschlossenen Bundesländergrenzen, nur für etwa 70% der Bevölkerung ein Angebot gemacht werden müssen.

Bei der Annahme der wohnortnahen Versorgung und den damit verbundenen bundeslandunabhängigen Patientenströmen und unter Annahme, dass 100% der Fälle wohnortnah behandelt werden (kein Patient soll wegen fehlender Kapazitäten abgewiesen werden und so gezwungen sein, zum übernächsten KH zu fahren), entsteht über ganz NÖ eine VQ (Niederösterreicher in NÖ KH) von 83%. Das heißt, dass die wohnortnächsten Krankenhäuser für 83 von 100 Niederösterreichern in NÖ stehen. Für 27 sind Krankenhäusern außerhalb NÖ näher, die meisten davon in Wien.

Betrachtet man bestehende Krankenhäuser, dann stellen diese wegen fehlender wissenschaftlicher Bedarfsprüfung in der Regel entweder Über- oder Unterangebote zur Verfügung. Im Falle von Überangeboten ist eine erhöhte Krankenhaushäufigkeit (KHH) als Ausdruck einer angebotsinduzierten Nachfrage zu beobachten. Dort, wo ein Unterangebot besteht, sinkt die Krankenhaushäufigkeit zumeist bis zu einem gewissen Punkt ab, ab dann (hier spielen viele andere Steuerungsmechanismen hinein, wie z.B. das Honorarsystem der Kassen oder das Finanzierungssystem der Spitalsambulanzen) beginnen Patienten in die übernächsten und daher nicht mehr wohnortnahen Krankenhäuser auszuweichen. Nimmt man die so erzeugten Patientenströme als Grundlage der Planung, dann plant man also Über- und Unterangebote mit, die sicherlich nicht im Sinne der Versorgung der Bevölkerung sind. Bei der Annahme der Beibehaltung der Patientenströme (Patienten müssen bei fehlenden Kapazitäten abgewiesen werden und so gezwungen sein, zum übernächsten KH zu fahren, bei Überkapazitäten ist eine aktive Patienten-Akquisition anzunehmen) und den damit verbundenen bundeslandunabhängigen Patientenströmen, entsteht über ganz NÖ eine Versorgungsquote von 73%. Das bedeutet, dass nur 73 von 100 Niederösterreichern in einem niederösterreichischen Krankenhaus versorgt werden. Vergleicht man diese Zahl mit den oben genannten 83%, dann erkennt man, dass wegen fehlendem wohnortnahen Angebot 10% ($83 - 73 = 10$) der NÖ Patienten (bewusst oder unbewusst) in ein anderes Bundesland „abgeschoben“ werden. Insbesondere im Weinviertel und dem Industrieviertel

werden wegen mangelnder Kapazitäten Patienten überproportional nach Wien umgeleitet. Im Industrieviertel wurden, lt. ÖSG, 2007 etwa 87.000 Industrieviertler stationär aufgenommen. Betrachtet man die Aufnahmen aller Industrieviertler in allen Krankenhäusern Österreichs findet man ca. 147.000 Aufnahmen. Damit werden nur 58 % der regionalen Bevölkerung regional versorgt. Die VQ, bezogen auf die Industrieviertler, die im Industrieviertel versorgt wurden, beträgt also nur 58 %. Interessanterweise würden nach ÖSG-konformen Planungen im Industrieviertel 2007 über 160.000 Aufnahmen zu erwarten gewesen sein. Da allerdings nur 150.000 Aufnahmen registriert wurden, kann man davon ausgehen, dass die KHH des Industrieviertels nur bei höchstens 93% des Bundesdurchschnitts (alters- und geschlechtsstandardisiert) liegt (lt. ÖSG sind es sogar nur 90%)!

Nominell würden im natürlichen Einzugsgebiet von Baden - Mödling 2012 bei geschlossenen Grenzen 320.000, bei offenen Grenzen ca. 265.000 Einwohner leben.

Allerdings beträgt die VQ im Industrieviertel nur 58 % und man muss annehmen, dass der Großteil der in andere Bundesländer wandernden Patienten aus Baden - Mödling kommt, sodass man bei Beibehaltung der Patientenströme mit einem max. Einzugsgebiet von 180.000 Einwohner rechnen kann.

Sollte man sich also damit zufrieden geben, dass vermutlich fast die Hälfte aller Einwohner rund um Baden - Mödling woanders, und nicht wohnortnah versorgt wird, kann man nur Krankenhäuser für 180.000 Einwohner bauen. Teilt man diese auf zwei Standorte auf, dann sinkt die Zahl der Patienten so tief, dass im Grunde nur zwei kleine Standard-KH übrig bleiben können. Da nun Mödling näher zu Wien liegt und von der Abwanderung der Patienten stärker betroffen sein wird als Baden, kann man den Schluss ziehen, dass die vorliegenden Konzepte der Landesregierung das berücksichtigen und daher Baden besser ausstatten als Mödling.

Anderenfalls, wenn man also das Prinzip der Wohnortnähe als Grundlage der Planung nimmt, entsteht ein gänzlich anderes Bild.

Wie oben beschrieben, leben im natürlichen Einzugsgebiet des Standortes Mödling bei nach Wien offenen Grenzen im Jahr 2012 etwa 125.000 Einwohner. Das ist doppelt so groß wie das vermutlich zugestandene Einzugsgebiet. Für Baden würde

ein Einzugsgebiet von etwa 140.000 Einwohnern bestehen. Zusammen würden beide also eine Größe erreichen, die, wenn man sich auf einen Standort geeinigt hätte, bereits ein Schwerpunktkrankenhaus – konform mit dem NÖ-KAG – gerechtfertigt hätte. Dass es zur Zwei-Standort-Politik gekommen ist wird maßgeblich mit Wohnortnähe argumentiert, die jedoch genau genommen wegen der fehlenden Größe und dem damit verbundenen eingeschränkten Fächerspektrum weniger erfüllt werden kann.

Aufbauend auf dem Gesagten und einer ÖSG-konformen Leistungsangebotsplanung ergibt sich für den Standort Mödling 2012 folgendes Bild:

- In einem Einzugsgebiet von 125.000 Einwohnern ist mit etwa 40.000 Aufnahmen aus allen Fächern zu rechnen, für deren Versorgung etwa 750 Betten nötig wären.
- Wenn man jene Patienten in jenen Fächern abzieht, die deswegen nicht versorgt werden können, weil für so ein kleines Einzugsgebiet nicht ausreichend Nachfrage besteht um ein entsprechendes Angebot zu machen (z.B. Pulmologie, Herzchirurgie, Neurochirurgie etc) wäre mit einer Patientenzahl von etwa 33.000 Patienten zu rechnen, die wohnortnah versorgt werden könnten, wenn in Mödling etwa 500 Betten nach einem bedarfsorientierten Bettenschlüssel vorgehalten würden. Voraussetzung dafür ist jedoch ein MR. 7.000 Patienten müssten an Zentren weitergeleitet werden.
- Mit dem von der Landesregierung vorgestellten Konzept können nur etwa 19.000 Patienten behandelt werden. 21.000 Patienten müssen demnach in andere KH weitergeleitet werden.
- Das vorliegende Konzept für Baden lässt es wegen zu geringer Kapazitäten nicht zu, dass jene Patienten, die nicht durch den Standort Mödling versorgt werden können, in Baden versorgt werden. (Die Größe von Baden wird kaum ausreichen, das eigene, ca. 140.000 Einwohner große, Versorgungsgebiet zu betreuen). Das Argument, Baden würde das Einzugsgebiet von Mödling mitversorgen können, ist daher nicht möglich.

- Wenn man die Daten auf die physisch im Einzugsgebiet lebenden Personen umrechnet, können am Standort Mödling nur mehr für max. 38% der Bevölkerung wohnortnahe Leistungen erbracht werden. Diese Zahl wird weiter sinken, wenn die Bevölkerung wächst, da das Krankenhaus ja nicht mitwachsen kann.

Der Gefertigte stellt daher an Herrn LHStv. Mag. Wolfgang Sobotka folgende

A n f r a g e :

- 1) Mit welchem Einzugsgebiet wurde für den Standort Mödling gerechnet bzw. welche Patienten aus welcher Region sollen durch das Krankenhaus Mödling versorgt werden?
- 2) Gibt es eine Darstellung der heutigen Patientenströme aus dem Einzugsgebiet Mödling nach Wien in andere NÖ Versorgungsregionen und innerhalb der Versorgungsregion Industrieviertel, und wie sollen diese Ströme verändert werden?
- 3) Wurde bei der Planung berücksichtigt, dass das Einzugsgebiet des Standortes Mödling zu den am stärksten wachsenden Regionen Österreichs gehört und ab 2030 mit einer Einwohnerzahl von 200.000 Niederösterreichern zu rechnen ist?
- 4) Den vorliegenden Vorschlägen entsprechend wird in den Grundversorgungsfächern (Innere Medizin, Chirurgie) ein Angebot angedacht, das (aufbauend auf einer ÖSG-konformen Leistungsangebotsplanung) nur für etwa 40 bis 80 tausend Einwohner ausreicht. Das bedeutet, dass wegen fehlender Kapazitäten noch mehr Patienten als heute in weiter entfernte Krankenhäuser ausweichen müssen. Wurde mit Wien über diese geplante Verdrängung gesprochen und sind die Patienten, die hinkünftig wegen fehlender Kapazitäten sowohl in Mödling, als

auch Baden nach Wien ausweichen müssen, verbindlich im RSG Wien verankert?

- 5) Und wenn nicht, wohin sollen diese Patienten dann ausweichen?
- 6) Wurde bei den Planungen für Mödling berücksichtigt, dass am Standort Lainz in Wien eine Bettenreduktion vorgesehen ist?
- 7) Wo sollen die NÖ-Patienten aus dem Einzugsgebiet Mödling, die heute nach Lainz ausweichen, dann versorgt werden?
- 8) Wurden Logistikkonzepte für die Sekundärtransporte Richtung Wien und Wr. Neustadt, die durch das eingeschränkte Leistungsspektrum am Standort Mödling nötig werden, erstellt?
- 9) Wurden die Kosten für weitere Anfahrtswege der Primärtransporte berücksichtigt und sind diese mit den Krankenkassen akkordiert?
- 10) Sind generell die zusätzlichen Logistikkosten erhoben worden und ist deren Finanzierung gesichert?
- 11) Entsprechend einer ÖSG-konformen Leistungsangebotsplanung, bei der das gesamte tagesklinische Angebot ausgeschöpft wird, reicht das geplante stationäre Angebot der Inneren Medizin (116 Betten) nur aus um etwa 67.000 Einwohner zu versorgen. Im Einzugsgebiet leben aber 180 Tausend Niederösterreicher. Für welche Teile des Einzugsgebietes sind daher welche Krankenhäuser zuständig und wie erklärt man den über 100.000 NiederösterreicherInnen im Einzugsgebiet des KH Mödling, dass sie kein wohnortnahes Angebot vorfinden werden?
- 12) Da die Kardiologische Versorgung für das Einzugsgebiet Baden-Mödling und damit für ein Einzugsgebiet von 265.000 Einwohner sichergestellt werden soll, sind alleine für kardiologische Patienten mindestens 56 Betten zu reservieren; bleiben für die „Routine-Interne“ nur 60 Betten übrig. Diese 60 Betten würden nur

für ein Einzugsgebiet von 40.000 Einwohnern ausreichen. Im Einzugsgebiet leben aber 180 Tausend Niederösterreicher. Welche Leistungsreduktion ist in Mödling vorgesehen und für welche Leistungen und Teile des Einzugsgebietes sind welche Krankenhäuser zuständig und wie erklärt man den 140.000 NiederösterreicherInnen im Einzugsgebiet des KH Mödling, dass sie kein wohnortnahes Angebot vorfinden werden?

- 13) Entsprechend einer ÖSG-konformen Leistungsangebotsplanung, bei der das gesamte tagesklinische Angebot ausgeschöpft wird, reicht das geplante stationäre Angebot der operativen Fächer (102 Betten) nur aus, um etwa 76.000 Einwohner zu versorgen. Im Einzugsgebiet leben jedoch etwa 180 Tausend Niederösterreicher. Für welche Teile des Einzugsgebietes sind daher welche Krankenhäuser zuständig und wie erklärt man den über 100.000 regionalen Einwohnern im Einzugsgebiet des KH Mödling, dass sie kein wohnortnahes Angebot vorfinden werden?
- 14) Entsprechend einer ÖSG - konformen Leistungsangebotsplanung, bei der das gesamte tagesklinische Angebot ausgeschöpft wird, reicht das geplante stationäre Angebot der Kinderheilkunde (30 Betten) nur aus, um etwa 130.000 Einwohner zu versorgen. Da jedoch Mödling auch das Einzugsgebiet von Baden übernehmen soll, beträgt das Einzugsgebiet 320.000 Einwohner. Für welche Teile des Einzugsgebietes sind daher welche Krankenhäuser zuständig und wie erklärt man den fast 200.000 regionalen Einwohnern im Einzugsgebiet, dass sie kein wohnortnahes Angebot vorfinden werden?
- 15) Entsprechend einer ÖSG-konformen Leistungsangebotsplanung, bei der das gesamte tagesklinische Angebot ausgeschöpft wird, reicht das geplante stationäre Angebot der Augenheilkunde (10 Betten) nur aus, um etwa 130.000 Einwohner zu versorgen. Da jedoch Mödling auch das Einzugsgebiet von Baden übernehmen soll, beträgt das Einzugsgebiet 320.000 Einwohner. Für welche Teile des Einzugsgebietes sind daher welche Krankenhäuser zuständig und wie erklärt man den fast 200.000 regionalen Einwohnern im Einzugsgebiet, dass sie kein wohnortnahes Angebot vorfinden werden?

- 16) Entsprechend einer ÖSG-konformen Leistungsangebotsplanung, bei der das gesamte tagesklinische Angebot ausgeschöpft wird, sind für die neurologische Versorgung (ohne Phase C-Rehabilitation) des Industrieviertels 147 Betten (davon 114 Normalpflegebereich, 21 B-Phase-Betten und 12 Stroke Unit- Betten) nötig. Da nur Wiener Neustadt über eine Akut-Neurologie verfügen soll, würden für die meisten Patienten aus dem Einzugsgebiet Mödling Wiener Spitäler näher liegen. Wurden mit Wien geeignete Schlaganfall-Konzepte entwickelt, die die Krankentransporte zur nächsten Stroke Unit so kurz wie möglich halten?
- 17) Kann die Schlaganfallversorgung trotz weiter Anfahrtswege auf verkehrsreichen Strassen und über eine Bundeslandgrenze hinweg als gesichert gelten?
- 18) Wurden die Schlaganfallpatienten aus dem Einzugsgebiet Mödling verbindlich im RSG Wien verankert?