

Stenographischer Bericht

Enquete Landtag Steiermark

„Chirurgiereform 2009“

XV. Gesetzgebungsperiode – 20. Mai 2009

Beginn der Enquete: 10.05 Uhr

Präsident: Hohes Haus!

Ich eröffne hiermit die Enquete des Landtages Steiermark in der XV. Legislaturperiode zum Thema „Chirurgiereform 2009“.

Ich begrüße alle Erschienenen, im Besonderen

- für die Mitglieder der Steiermärkischen Landesregierung Herrn Landesrat Mag. Helmut Hirt,
- die Abgeordneten zum Landtag Steiermark sowie
- die Referentinnen und Referenten in der Reihenfolge der gehaltenen Referate:
 - ao. Univ.- Prof. Dr. Petra KOHLBERGER,
 - Dir. Herbert ANGERER,
 - Dr. Helmuth AMSÜSS,
 - Univ.-Prof. Dr. Karlheinz TSCHELISSNIGG,
 - Dr. Hans PETRITSCH,
 - Dr. Ernest PICHLBAUER,
 - da der Zug Verspätung hat, befindet er sich noch bei der Anreise, Herr Prof. Dr.med. Gert MUHR,
 - Dr. Michaela MORITZ,
 - Dr. Walter Michael STROBL,
- die Vertreterinnen und Vertreter von Pro LKH Bad Aussee,
- Vertreterinnen und Vertreter von Pro LKH Mürzzuschlag,
- die Vorstandsdirektoren der KAGes,
- die PatientInnen- und Pflegeombudsfrau,
- die Geschäftsführer der Gesundheitsplattform,
- Vertreterinnen und Vertreter des Rechnungshofes Wien und des Landesrechnungshofes,
- die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der seitens des Klubs nominierten Personen mit Rederecht sowie

- alle bisher noch nicht genannten anwesenden Damen und Herren. Und jetzt können Sie einen Applaus spenden, wenn Sie das möchten. (*Beifall*)

Meine sehr verehrten hochgeschätzten Damen und Herren. Eine Reform des Spitalswesens ist immer eine sensible Angelegenheit. Daher ist es in diesem Fall besonders wichtig, die Grundlagen für die Entscheidung über die künftige Gestaltung dieser Organisationen sorgfältig zu erheben und zu analysieren. Es ist aber auch wichtig, alle Betroffenen, allen voran die Bürgerinnen und Bürger in den betroffenen Regionen umfassend zu informieren und Ihnen die Möglichkeit zu bieten, ihre Meinung zu den Reformvorschlägen zu artikulieren. Aus diesem Grund hat der Landtag Steiermark am 21. April dieses Jahres den Entschluss gefasst, eine Enquete zum Thema abzuhalten, bei der namhafte Experten aus dem In- und Ausland zu Wort kommen werden. Die heutige Enquete umfasst folgende Themenbereiche rund um die Chirurgiereform 2009:

- LHK Bad Aussee Neu und LKH Mürzzuschlag Neu,
- DAS Herzensanliegen einer steirischen Region,
- Umorganisation der Chirurgie in Mürzzuschlag,
- Gesundheitspolitik als Antwort auf die sich ändernden Spezialisierungen im Fach Chirurgie,
- Chirurgische Grundversorgung aus Sicht des niedergelassenen Allgemeinmediziners,
- Chirurgie ist nicht wie Radfahren,
- Umstrukturierung statt Schließung – die bessere Alternative,
- Das Fach Chirurgie aus Sicht der Qualitätssicherung und Planung und
- Aktuelle Entwicklungen zum Stellenwert operativer Fächer in den ländlichen Regionen.

Meine Damen und Herren, die Enquete ist gemäß § 72 Abs. 6 der Geschäftsordnung 2005 öffentlich. Sie ist die 8. Enquete in der laufenden XV. Gesetzgebungsperiode. Zwecks Vorbereitung der heutigen Enquete wurde im Ausschuss für Gesundheit und Sport am 10.3.2009 ein Unterausschuss mit Vertreterinnen und Vertreter aller Fraktionen eingerichtet. Für die neun Referate ist eine Redezeit von jeweils 15 Minuten vorgesehen. Ich ersuche alle Damen und Herren, sich an diese vereinbarte Redezeit unter allen Umständen zu halten, weil es sehr viele Reden geben wird. Im Anschluss an das Referat von Herrn Dr. Walter Michael Strobl lade ich Sie zu einem Mittagsempfang in den Rittersaal ein, der sich hier links hinten befindet. Nach der Mittagspause findet eine allgemeine Diskussion statt. Im Anschluss an diese erfolgt das jeweilige Statement des jeweiligen Gesundheitsprechers oder – sprecherin jeder Fraktion der im Landtag vertretenen Parteien. Bei der Diskussion nach der Mittagspause steht dem Gesundheitslandesrat, den nominierten Abgeordneten zum Landtag Steiermark, den Referentinnen und Referenten sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die von den eingeladenen Organisationen entsandt bzw. von den Landtagsklubs nominiert wurden beschlussgemäß ein Rederecht zu. Ich ersuche jene Damen und Herren, die von ihrem Rederecht Gebrauch machen wollen, das in der Sitzungsunterlage enthaltene Formular auszufüllen und beim Direktor des Landtages Steiermark es abzugeben, der an meiner Rechten sitzt. Ich weise darauf hin, dass allen oben erwähnten Personen eine Redezeit von je 5 Minuten zusteht. Meine Damen und

Herren, unsere Geschäftsordnung sieht im Zuschauerraum keinerlei Beifallskundgebungen vor, weder in diese noch in die andere Richtung. Ich ersuche die Damen und Herren, weil das ein Bestandteil unserer Geschäftsordnung ist, sich unter allen Umständen daran zu halten. Wenn das nämlich nicht so wäre, müsste ich die Enquete unterbrechen und und und – wir haben halt hier unsere Vorgaben und ich ersuche im Interesse aller Beteiligten, sich an diese Geschäftsordnungsbestimmung verlässlich zu halten.

Wir kommen nun zum

1. Referat zum Thema „LKH Bad Aussee Neu und LKH Mürzzuschlag Neu“ von Frau ao. Univ.-Prof. Dr. Petra Kohlberger.

Frau Univ.-Prof. Petra Kohlberger ist Fachärztin sowie Habilitation in Fach für Gynäkologie und Geburtshilfe, Zusatzausbildung für gynäkologische Onkologie, weitere Funktionen wie zum Beispiel Leiterin der kinder- und jugendgynäkologischen Ambulanz im AKH Wien, Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Medizinvorständin der KAGes. Frau Professor ich ersuche Sie um Ihre Ausführungen. Ihre Redezeit beträgt 15 Minuten.

Ao. Univ.-Prof.Dr. Petra Kohlberger: Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren!

Herzlichen Dank, dass Sie mir heute die Gelegenheit geben, hier im Rahmen dieser Enquete die Planungen und Pläne der KAGes für das Krankenhaus Bad Aussee Neu und das Krankenhaus Mürzzuschlag Neu hier zu präsentieren. In den letzten Monaten hatte ich die Gelegenheit, die Häuser Bad Aussee und Mürzzuschlag zu besuchen, mit den Mitarbeitern, mit den medizinisch letztverantwortlichen Primärärzten, mit den ärztlichen Direktoren zu sprechen und die Sorgen und Nöte, Wünsche, Zukunftsängste aber auch Zukunftshoffnungen erzählt zu bekommen. Ich hatte aber auch in den letzten Monaten die Gelegenheit, die Historie aufzuarbeiten. Die Historie einer sehr emotionalen politischen Diskussion aber auch die Historie von Chirurgiereformen, die bereits von anderen Landeskrankenhäusern in der Steiermark erfolgreich absolviert wurden. Bei meinen Recherchen und bei meinen Gesprächen ist mir jedoch etwas aufgefallen, nämlich dass bei allen politischen Differenzen und politischen Debatten etwas in den Hintergrund getreten– die Sachlichkeit. Und ich bedanke mich jetzt hier im Rahmen der Enquete, dass wir die Sachlichkeit an erste Stelle stellen dürfen. Lassen Sie mich mit den Konzepten, mit den Planungen für das Krankenhaus Bad Aussee Neu beginnen. Der Rechnungshofbericht des Bundesrechnungshofes hat eine wesentliche Feststellung getroffen. Diese wesentliche Feststellung heißt, dass die Vollversorgung in Form eines eigenständigen Primariates für den Neubau des Krankenhauses Bad Aussee nicht gegeben ist und nicht zweckmäßig ist. Mit diesen Vorgaben und diesen Berichten des Rechnungshofes hat einerseits die KAGes die Aufgabe, diesen Bericht zur Kenntnis zu nehmen und andererseits hat die KAGes aber

auch die Aufgabe, die chirurgische Versorgung in der Region Bad Aussee für die Bevölkerung sicherzustellen. Diese Festlegung, kein eigenständiges Primariat jedoch aber eine chirurgische Versorgung für die Region sicherzustellen, bringt uns nur zu einer Lösung und diese Lösung heißt, Synergien zu finden im Bezirk Liezen. Hier haben wir Projekte und Konzepte entworfen, dass es nur durch Zusammenarbeit von zwei Krankenhäusern im Bezirk es gelingen wird Synergien zu finden, um einerseits die chirurgische Versorgung sicherzustellen und andererseits auch die Aussagen des Bundesrechnungshofes notwendiger Weise zu gewichten. Aber lassen Sie mich jetzt zu den Eckpunkten und zu den Kernpunkten kommen, die ja in einer Neugestaltung, in einer Neukonzeption von Krankenhäusern an oberster Stelle sind. Das ist einerseits die personelle Ausstattung des Krankenhauses und andererseits die räumliche Ausstattung, die Rahmenbedingungen. Bezüglich der personellen Ausstattung ist in den Planungen der KAGes folgendes Dienstmannschaft 24 Stunden im Krankenhaus Bad Aussee Neu vorgesehen: internistische Versorgung, chirurgische Versorgung 24 Stunden. Turnusarztversorgung, ein Anästhesist, der die Schmerzambulanz, die bereits von der Bevölkerung im Raum Bad Aussee sehr gut angenommen worden ist und auch vor allem von den niedergelassenen Kollegen, niedergelassenen Fachärzten im Raum Bad Aussee sehr gut angenommen wird und Herr Dr. Petritsch wird ja in einem seiner nächsten Referate hier auch noch genau darauf eingehen. Die Versorgung rund um die Uhr mit einer Ambulanz und diplomierten OP-Krankenschwester, eines Pflegehelfers und selbstverständlich wie auch jetzt, im Krankenhaus Bad Aussee Neu ein Notarzt. Es wird auch in den Konzepten der KAGes für die integrierte ambulante Facharztversorgung andere fachspezifische Fächer und Fachärzte vor Ort geben, die die Versorgung sicherstellen. Und hier war ein Gespräch mit den niedergelassenen praktischen Ärzten in der Region sehr hilfreich und ich hoffe auch, dass der Herr Dr. Petritsch in seinem Referat darauf eingeht und wir für die Region evaluiert haben, was brauchen die Menschen in Bad Aussee. Und was sie vordringlich brauchen, das ist eine ambulante Facharztversorgung, auch in anderen Gebieten. Vor allem im Gebiet, wir haben uns hier sozusagen auf einige Fächer geeinigt, die besonders im Vordergrund stehen, das ist einerseits ein Augenarzt, das ist ein Hautarzt, aber das ist auch für bestimmte Fragen ein Kinderarzt. Die zweiten Eckpunkte für die Versorgung des Krankenhaus Bad Aussee Neu sind die räumlichen Rahmenbedingungen. Und ich möchte mich hier im Rahmen dieser Enquete, um auch die Zeit nicht übermäßig zu beanspruchen hier, alleinig auf die chirurgische Versorgung im Landeskrankenhaus Bad Aussee Neu konzentrieren. Es wird einen Untersuchungs- und Behandlungsraum geben, einen sogenannten normalen Ambulanzraum, einen Wundversorgungsraum, wo Wunden in Lokalanästhesie kleine Operationen durchgeführt werden können, einen Gipsraum für die konservative Versorgung aller unfallchirurgischen Notfälle, einen Schockraum der auch Not-OP-tauglich ist. Hier möchte ich besonders betonen, dass es jetzt im Krankenhaus Bad Aussee und ich meine, im alten Krankenhaus Bad Aussee im Gegensatz zum neuen Krankenhaus in Bad Aussee, diesen Schockraum gar nicht gibt. Ein Röntgen, das zusätzlich noch erweitert wird um die diagnostische Methode einer Computertomografie, eines CT.

Das Landeskrankenhaus Mürzzuschlag Neu, hier ist die Sachlage, besonders was den Rechnungshofbericht betrifft, eine ganz andere als in Bad Aussee. Ganz anders insofern, da die Struktur im Landeskrankenhaus Mürzzuschlag Neu bereits mit der Besetzung von Herrn Primarius Schrittwieser 2005/2006 so festgesetzt wurde, dass die chirurgische Versorgung in der Region Nord-Ost durch die medizinische Letztverantwortung des Primarius für Chirurgie für die Landeskrankenhäuser Mürzzuschlag, aber auch Bruck a.d.Mur, in einer Hand liegen, und somit dieses Synergiepotential in der Region hervorragend ausgeschöpft wird. Nach Rücksprache mit allen Mitarbeitern, mit den medizinischen letztverantwortlichen Primärärzten, aber auch dem ärztlichen Direktor im Landeskrankenhaus Mürzzuschlag, bin ich zu der Überzeugung gekommen, dass diese Funktion, diese Synergiefindung in der Region, schon seit Primarius Schrittwiesers Amtsantritt, hervorragend funktioniert. Im Landeskrankenhaus Mürzzuschlag Neu planen wir keinen Neubau so wie in Bad Aussee, sondern wir planen einen Zubau. Hier ist von unserem Architekten ein grafisches Abbild, wie ungefähr dieser Zubau aussehen wird. Die Inhalte dieses Zubaus beinhalten folgende Einrichtungen: Einerseits wird in diesem Zubau eine Erweiterung der Akut-Geriatrie und Remobilisationsstation im Zubau gewährleistet, andererseits auch die Zusammenführung der Physiotherapie im geplanten Zubau und, was vor allem wichtig ist, ein Palliativ-Stützpunkt und ein mobiles Palliativteam, das es bis jetzt am Standort Mürzzuschlag noch nicht gibt.

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Wir haben ein gemeinsames Ziel und dieses gemeinsame Ziel heißt eine medizinische Versorgung „State of the Art“ für die gesamte Steiermark. Wir haben alle unsere Aufgaben gemacht. Die Ärzte, das medizinisch-pflegerische Personal, alle Mitarbeiter in den Krankenanstalten tragen tagtäglich dazu bei, diese medizinische Versorgung „State of the Art“ für die Patienten im Rahmen der Diagnostik und der Behandlung der Menschen sicherzustellen. Und wir, KAGes, haben auch unsere Aufgaben gemacht. Wir haben unsere Aufgaben gemacht in dem wir die Planung der Struktur, die Planung der Infrastruktur für eine medizinische Versorgung „State of the Art“ für Rahmenbedingungen geschaffen haben, damit die Mitarbeiter und die Bevölkerung dieses Ziel, dieses gemeinsame Ziel, verfolgen können. Als Medizinvorständin der KAGes und als Ärztin garantiere ich Ihnen, dass die Pläne der KAGes, die hier präsentiert werden und wie sie auch vollzogen werden und umgesetzt werden, diese medizinische Versorgung „State of the Art“, für die Bevölkerung in der Region Bad Aussee und für die Bevölkerung in der Region Mürzzuschlag gewährleistet ist. Vielen herzlichen Dank. (Beifall)

Präsident: Ich danke Frau Universitätsprofessorin für das Statement.

Wir kommen zum

2. Referat mit dem Thema „DAS (!) Herzensanliegen einer steirischen Region“ von Herrn Dir. Herbert Angerer.

Er ist Direktor sowie Vorstandsvorsitzender der Volksbank Bad Aussee und Sprecher des Forums PRO LKH Bad Aussee. Ich ersuche Sie, Herr Direktor.

Dir. Herbert Angerer: Sehr geehrter Herr Präsident, geschätzte Damen und Herren!

Mein Referat steht unter dem Motto „DAS (!) Herzensanliegen einer steirischen Region“, nämlich der Region Ausseerland Salzkammergut und eine Einstellung von uns Ausseern drückt sich in einem Zitat von Winston Churchill der sagte: „Never, never, never, never give up.“ Weil wir das als Ausseer getan haben in den letzten Jahren, darum haben wir die Enquete und darum kämpfen wir nach wie vor für unsere Chirurgie. Ich möchte in meinem Referat auf sechs Kernpunkte eingehen. Punkt 1, Regierungsbeschluss vom September 2005. Die ganze Story hat im Februar 2005 begonnen. Damals waren wir im Ausseerland durch heftigste Schneefälle von der Umwelt abgeschnitten. Pötschen zu, Klachau zu. Damals gab es die Gründung des Forums – Sie sehen das auf dem nächsten Bild. 800 Leute im Ausseer Kurhaus, meine Damen und Herren, mit dem einen Wunsch, Erhalt der Chirurgie in Bad Aussee. Wir haben dann 23.000 Unterschriften gesammelt, X Verhandlungen geführt, ein Leistungspaket mit den Professoren Mischinger und Feckl festgelegt. Ich möchte darauf hinweisen, dieses Leistungspaket war damals schon ein Kompromiss. Es war überhaupt nicht so, dass wir in den letzten Jahren von einer Vollchirurgie in Bad Aussee reden, weil Onkologie, Krebsoperationen und sonstige schwierige Operationen ohnehin in Schwerpunkthäusern durchgeführt werden müssen. Es gab auch damals einen einstimmigen Regierungsbeschluss. Im Jänner 2009 erfahren wir, Landesrat Hirt will die Chirurgie in Bad Aussee schließen. Ich habe damals zwei Emails an ihn geschrieben. Keine Antwort von ihm erhalten. Auch vor einigen Wochen versucht mit ihm in Kontakt zu treten. Lieber Helmut, du hast dich wieder nicht gemeldet, aber das gehört vielleicht zu deiner Taktik. Wir haben uns als Ausseer damals gefragt, sind denn Regierungsversprechen überhaupt noch etwas wert? Oder sind sie überhaupt nur Schall und Rauch? Wir Ausseer haben damals den Eindruck gehabt, man will über uns drüber fahren. Wir haben es als sozial kalt empfunden. Ich glaube, lieber Helmut Hirt, ihr müsst eure Politik ändern. Wenn nicht, dann bin ich so etwas von überzeugt, die Menschen vor Ort, der einfache Bürger, der Wähler wird sich das nicht gefallen lassen, wenn man nur so über ihn drüber fährt. Ein Zitat von Dr. Kranawetter, praktischer Arzt in Bad Aussee. „Als Hausarzt kenne ich die vielen Ängste und Sorgen meiner Patienten, fühlen sie sich doch ...“ – sollen die Politiker gut anhören – „... von den verantwortlichen Politikern ausgenützt, hintergangen und im Stich gelassen.“ So, meine Damen und Herren, fühlt das der einfache Bürger. Punkt 2, die Fallzahlen. Immer wieder wurde behauptet von Landesrat Hirt und KAGes, die Qualität in der Ausseer Chirurgie ist nicht okay. Ich möchte hier noch einmal ausdrücklich festhalten. 200 Operationen machen unsere Chirurgen im Landeskrankenhaus Bad Aussee. In Graz z.B. von 10.000 Operationen 100 Chirurgen, sind im Durchschnitt 100 Eingriffe. Gibt auch sicher viele die unter 100 liegen. Also noch einmal, halten wir fest, die Ausseer Chirurgen operieren jährlich doppelt so viel wie in Zentren. Ich möchte also dieses

Argument – ich bin es schon so leid, muss ich sagen, dieses Argument, die Ausseer können nicht g'scheit operieren, weil es ihnen an Fallzahlen fehlt – nicht mehr hören.

Dann gibt es Expertenmeinungen, die eindeutig aussagen, dass die Fallzahlen nicht die Bedeutung haben, wie viele es meinen. Felix Ruhl z.B.: „Man kann nachweisen, dass Kliniken ihre Patienten hervorragend operieren, obwohl die Fallzahlen eher gering sind. Dr. Franck, Medizin: „Kein monokausaler Zusammenhang zwischen Stückzahl und Qualität.“ Dr. Lob vom Ärztetag in Deutschland: „Die Mindestmengen haben zum Ziel, jene Krankenhäuser auszumerzen, die nicht ins Konzept passen.“ Meine Damen und Herren, genau das fühlen wir Ausseer. Wir finden uns total wieder in solchen Zitaten. Aussee passt dem Landesrat, der KAGes. nicht mehr ins Konzept und mit der Qualitätsdiskussion, Mengenzahl will man das Haus ausmerzen. Weiteres Zitat: „Einführung von Mindestmengen kann die Versorgung von Patienten einschränken. Lange Anfahrtswege, Patienten können gefährdet werden.“ Nicht nur, dass permanent behauptet wird, dass wir schlechte Arbeit leisten, es wird auch Misstrauen geschürt. Misstrauen, das uns alle in einen bürokratischen Rechtfertigungswahn treibt. So komme ich mir auch schon vor. Die Spitzen der Krankenhäuser – Landesrat, KAGes. – sagen: Die Qualität reicht nicht in Aussee. Wir – ab und zu komme ich mir wie ein Trottel vor, muss ich ehrlich sagen – sind in einem Rechtfertigungswahn. Ständig müssen wir sagen, wir operieren gut, wir machen gute Arbeit ... und und und. Ein Zitat, das nicht hier steht, aber auch von einem Experten stammt: In der Medizin heißt es, nicht nur Übung macht den Meister. Freilich braucht es Übung. Aber es heißt auch: „Klein und fein“ und „Klasse statt Masse“. Das sind auch wichtige Werte. Auch die Ausseer Ärzte bescheinigen einwandfreie Qualität der Ausseer Chirurgie, Patienten sind hoch zufrieden. Dr. Rinnhofer von Tauplitz, sie sagt: „Zur Heilung tragen nicht nur Spitzenchirurgen bei, sondern – hier bitte ich die Chirurgen um Entschuldigung, aber es ist so – vor allem auch das Umfeld.“ Das sich aufgehoben fühlen, rundum versorgt werden, die Schwestern haben Zeit für den Patienten, Verwandte und Bekannte kommen zu Besuch. Weiters sagt sie: „Ich bekenne mich natürlich zur richtigen Spitzenmedizin. Aber ich wehre mich gegen eine Demontage aller sinnvollen kleinen Strukturen, die nur sehr geringes Einsparpotential haben aber viel zerstören, was bisher Sinn machte.“

Lieber Herr Landesrat, in einer Antwort an die Bergrettung schreibst du, du willst die beste medizinische Versorgung für die Ausseer. Entschuldige, was soll das? – die Chirurgie in Bad Aussee mit nämlich Leitspital in Rottenmann. Die Chirurgie in Bad Aussee ist keinen Deut schlechter als die in Rottenmann. Rottenmann ist auch ein kleines Spital und letztlich brauchen wir 1 Stunde länger oder im Winter, bei widrigen Verhältnissen 1 ½ Stunden länger, bis wir am OP-Tisch in Rottenmann liegen. Das ist keine Verbesserung, Herr Landesrat, das ist eindeutig eine Verschlechterung.

Nächster Punkt, unsere geografische Randlage: Wir haben einen weiten Weg nach Rottenmann – sie sehen das, Aussee da links oben, einsam und verlassen.

Herr Dr. Pichlbauer, Referat oder Interview kürzlich von Ihnen, wie haben Sie das so lustig genannt? Wie war das? „Man kann nicht hinter jedem Busch ein Spital bauen.“ Übrigens, heute können Sie ein

paar so „Buschleute“, „Buschmänner und –frauen“ aus dem Ausseer-Land kennen lernen. Im Übrigen ist unser Gebiet da oben ..., unser „Buschvolk“ in Aussee – wir behaupten, wir sind eine der schönsten Regionen Mitteleuropas. Wir gehen auf 1 Million Nächtigungen zu und wir sind sicher ein etwas eigenwilliges Volk. Wir haben einen Gesundheitspark. Und was mir oft, Herr Dr. Pichlbauer, bei Gesundheitsökonomien fehlt: Manchmal habe ich den Eindruck, da regieren nur Rechenstift und Reißbrett. Natürlich gehört das dazu, aber es fehlt, dass der Mensch in den Mittelpunkt der Überlegungen rückt. Das fehlt mir überhaupt auch in der Gesundheitspolitik, lieber Helmut Hirt. Die Menschlichkeit, soziale Fürsorge, Wärme – ich muss sagen, „Buschvölker“ wie wir, die haben einfach gerne, wenn man sie etwas fürsorglich und gut behandelt.

Aber ich muss zurück zu den Fakten: Sehen Sie einige Fotos vom heurigen Winter – Grundsee, Schneemauern höher als ein Auto; dann Schneemauern so hoch bis zur Dachrinne eines Hauses; dann – ein bisschen schwer zu sehen – das ist übrigens nicht auf einem Berg, das ist der Weg von Altaussee zum Loser im heurigen Winter, wo es 7 Wochen geschneit hat, wo 7 Wochen praktisch der Hubschrauber nicht fliegen konnte, wo der Pötschen immer wieder von kreuz- und querstehenden LKWs gesperrt war und wir bei solchen Verhältnissen vom Loser ..., Helmut Hirt, ich glaube nicht einmal in 1 ½ Stunden sind wir vom Loser in Rottenmann bei solchen Verhältnissen. Das heißt die Wegnahme der Chirurgie bedeutet für unsere Region ein hohes Risiko sowohl für die Bevölkerung wie auch für die Gäste.

Laut Primar Dr. Jelinek gibt es von den 800 Operationen jährlich 20 bis 30, meine Damen und Herren, mit „Akutoperation nötig sonst Lebensgefahr“ und weitere 120 bis 130 Operationen auch mit der Indikation Akutoperation, sonst Gefahr von Folgeschäden.

Ich frage Sie, lieber Helmut Hirt, KAGes. Geschäftsführer Dr. Leodolter, Fartek, Dr. Kohlberger, Sie meine Damen und Herren als Politiker: Wer übernimmt die Verantwortung? 20 bis 30 Fälle, wo Akutoperation nötig ist sonst Lebensgefahr? Wer übernimmt die Verantwortung, wenn der eine oder andere stirbt? Wir haben Todesfälle. Wer tut das? Ich möchte an Sie appellieren, geschätzte Damen und Herren: Wenn Sie Ihren Job ernst nehmen, wenn Ihnen Menschen – besonders in unserer „Buschregion“ Aussee – etwas wert sind, dann müssen Sie bei Ihrer Entscheidung die periphere Lage, diese Nordstaulage, mit berücksichtigen. Das müssen Sie tun.

Nächster Punkt: Man dünnt periphere Regionen aus – Obersteiermark ist medizinisch unterversorgt. In den Zentren haben wir Wartezeiten, hunderte von Wartelisten, Patienten die da stehen: Max Meier, Franz Huber ... und und und. In den peripheren Regionen dünnt man die Krankenhaus aus, man „blutet sie aus“. Ich spreche da von der 3-fachen win-win-win-Situation: Durch Kooperation von Zentrum mit Peripherie könnten die Patienten in der Steiermark schneller operiert werden, die Zentren könnten ihre Wartelisten abbauen und wir in der Peripherie könnten eine Grundaustlastung haben und die Chirurgie für die Region erhalten. Wir sind nicht gegen Zentren, Herr Prof. Dr. Tscheliessnigg, wir brauchen die Zentren für die Spitzenmedizin und die Forschung. Aber wir brauchen auch die peripheren Häuser für die Versorgung der ländlichen Bevölkerung. Und auch Ihnen, wir sind sehr

dankbar für Ihre Spitzenleistungen – Transplantationen, aber, Herr Professor, es würde auch Ihnen gut anstehen, wenn Sie periphere Häuser leben ließen, kooperieren, schauen, dass die auch ihre Arbeit machen können. Es würde hohe soziale Kompetenz ausstrahlen.

Nächster Punkt: Die ganze Region Aussee und Salzkammergut steht geschlossen hinter der Chirurgie, seit 50 Jahren gibt es kein emotionaleres Thema. Wiederhole: 23.000 Unterschriften, 1.000 Menschen bei einer Demo im Kurpark, 700 Menschen vor der Grazer Burg, 1.200 Menschen – Herr Dr. Leodolter und Herr Fartek – waren in Bad Aussee. Es ist eine Demo-Veranstaltung geworden, das Kurhaus ist „übergegangen, aus allen Nähten geplatzt“, 6 Gemeinden des Ausseerlandes – Altaussee, Bad Aussee, Grundlsee, Pichl-Kainisch, Mitterndorf, Tauplitz – einstimmige Resolutionen für den Erhalt der Chirurgie, 17 Ärzte haben da eine Petition unterzeichnet, 19 Feuerwehren haben eine Petition unterzeichnet, 4 Bergrettungen. Ich frage Sie, meine Damen und Herren, was braucht es denn noch? Sollen wir auf den Knien herunterrutschen nach Graz, dass wir endlich Gehör finden? Teilweise haben wir den Eindruck, ihr verstopft eure Ohren vor unseren Anliegen.

Letzter Punkt, Zukunftsmodell für Bad Aussee: 8 Mediziner wären bereit, ein Modell zu erarbeiten, Kooperation mit der Uni-Klinik Graz, Prof. Dr. Seckl hat das angeboten, steht schon im Regierungsbeschluss. Er hat 700/800 Wartefälle, monatelange Wartezeiten. Aus der ganzen Steiermark könnte ein Chirurg nach Aussee kommen und die Obersteirer in Aussee operieren. Belegärzte wollen kommen, wir könnten uns auf Orthopädie spezialisieren – das Fach der Zukunft. Dr. Strobl, er referiert heute, will in Aussee operieren. Wir haben ein Signal von Gmunden: Die haben schon im Jänner orthopädische Wartezeiten für Operationen bis ins Jahr 2010 gehabt. Dort sagt mir der zuständige Arzt, er könnte in 1, 2 Jahren 10, 20 Betten füllen im Ausseer Krankenhaus für orthopädische Operationen füllen. Aber, meine Damen und Herren, lieber Helmut Hirt, liebe Vorstände der KAGes., wenn wir ein Modell entwickeln wollen, brauchen wir das uneingeschränkte „Für“ von euch, die Unterstützung für die Ausseer Chirurgie, sonst geht es nicht, solch ein Modell zu entwickeln. Aber dann könnten wir eine kleine, feine Chirurgie im LKH Bad Aussee in diesem Gesundheitspark errichten. Und ich sage Ihnen, schon vor 50 Jahren haben die Ausseer 500.000 Schilling bezahlt, damit das Land von der Krankenkasse das Krankenhaus kaufen konnte. Auch heute sind die Ausseer wieder bereit, wir sammeln Geld, wenn zu wenig im Landesbudget vorhanden ist. Wir werden Geld sammeln und das Projekt unterstützen, damit wir unsere Chirurgie erhalten können. Abschließend meine Damen und Herren, ich bitte Sie nochmals: Rücken Sie doch den Menschen, soziale Wärme und Fürsorge und Menschlichkeit in den Mittelpunkt Ihrer Gesundheitspolitik. Wollt nicht einfach nur drüberauschen über die Bevölkerung, hört doch bitte – ich sage es noch einmal, Helmut Hirt – bitte hört auf das eindringliche, massive Anliegen einer ganzen Region. Damit danke ich für die Aufmerksamkeit, danke, dass ich hier reden durfte. (*Beifall*)

Präsident: Meine Damen und Herren im Zuschauerraum: Ich habe die Geschäftsordnung dieses Hauses nicht erfunden, bin aber dafür verantwortlich, dass ich dafür Sorge, dass sie eingehalten wird

und ich verstehe auch, dass man für etwas sein kann und dass man gegen etwas sein kann und dass man dringliche Anliegen hat. Aber ich bitte Sie noch einmal, von Beifallskundgebungen oder Missfallenskundgebungen im Zuschauerraum abzusehen. Das ist bei jeder Landtagssitzung so und auch bei der Enquete und ich denke mir, wir wollen ja alle was erreichen. Alle haben heute die Möglichkeit, ihre Argumente vorzubringen, auszutauschen, aber wir verzögern das Ganze, wenn wir uns nicht an die Spielregeln halten. Und ich bitte Sie jetzt, das nächste Mal davon abzusehen, ansonsten werde ich gezwungen – wie ich schon vorhin gesagt habe – diese Sitzung zu unterbrechen, mit den Verantwortlichen zu beraten, das können wir uns alle gemeinsam sparen, wenn wir uns an die Spielregeln halten. Ich bitte Sie daher darum, das auch zu tun. Es dient nicht der Sache, niemanden, weder pro noch kontra.

Nun kommen wir zum

3. Referat zum Thema „Umorganisation der Chirurgie in Mürzzuschlag“ von Herrn Dr. Helmuth Amsüss.

Er war Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie und Primar im LKH Mariazell sowie LKH Mürzzuschlag. Ich ersuche Sie, Herr Primarius, bitte. Ihre Redezeit beträgt ebenfalls 15 Minuten.

Dr. Helmuth Amsüss: Sehr geehrter Herr Präsident, Herr Landesrat, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete zum Steirischen Landtag, meine Damen und Herren, die an dieser Enquete hier teilnehmen!

Mein Vorredner hat bereits sehr eloquent die Probleme dargestellt, die unsere beiden Häuser etwa gleich betreffen. Ich beneide ihn allerdings um die regionale Unterstützung, die wir in diesem Ausmaße nicht bekommen. Sie werden sich vielleicht auch wundern, dass ich jetzt Pro Krankenhaus Mürzzuschlag rede, wo doch in den Zeitungen zu lesen stand, dass ich dieser Reduktion zugestimmt hätte. Ja, das stimmt, diese Reduktion war ein Kompromiss, die Alternative war damals schon der Wille, die Chirurgie zu sperren, und um wenigstens den Schaden zu begrenzen, kamen diese Unterschriften zustande. Es schien uns einfach das geringere Übel zu sein. Es stand seit Jahren im Raum, dass diese Chirurgie komplett geschlossen werden könnte. Nach der Liquidierung der Geburtshilfe noch unter meinem Vorgänger wurde immer wieder von der Liquidierung dieser Chirurgie gesprochen. Die Bevölkerungsentwicklung, die weitgehende Verbesserung der medikamentösen Therapien, zunehmende invasive Methoden der Gastroenterologie und Radiologie und weitere Faktoren haben überall zu einem Rückgang der chirurgischen Eingriffe geführt. Wir stehen ja in Mürzzuschlag nicht alleine da, ich glaube, das werden auch meine Nachredner noch bestätigen. Die Fallzahlen der Chirurgen gehen zurück, ich erinnere nur an die Magenchirurgie, die praktisch kaum mehr existiert. Es ist nicht zu leugnen, dass deshalb auch in unserem Sektor, bestehend aus Bruck; Mürzzuschlag, Leoben, Mariazell nicht mehr Platz für 4 chirurgische Abteilungen sein

kann. Aber anstatt mit einem Blick auf die Landkarte die erforderlichen Strukturen mittels rationaler Planung anzupassen, wurde die strukturelle Logik sichtlich anderen Interessen geopfert. Anstatt im Zentralraum – das sind also die Sünden von vor 30 Jahren – anstatt im Zentralraum Bruck, Leoben eine Art Klinik zu errichten, die alles kann, wurde ein ungesunder Dualismus Bruck- Leoben geschaffen und Mürzzuschlag blieb damit auf der Strecke. Ich möchte hier - weil auch Prof. Muhr unter uns sitzt – als Beispiel die Unfallchirurgie erwähnen, die im Krankenhaus Bruck geschaffen wurde. Eine umfassende Unfallchirurgie, die wirklich alle Patienten behandeln kann, braucht andere Fächer, kleine Fächer wie HNO, Ophthalmologie, Neurochirurgie... - die Verletzungen sind nicht auf Knochen oder Bäuche beschränkt! Im vorliegenden Fall sind einige diese Fächer in Leoben untergebracht, während die Unfallchirurgie sich in Bruck befindet, was die Möglichkeiten einer raschen Therapie einschränkt.

Was wird sonst noch argumentiert? Die Kosten. Wenn ich Mürzzuschlag hernehme, betragen sie 1,2 % der Gesamtausgaben der KAGes.

Zu den Fallzahlen möchte ich auch noch eine Kleinigkeit sagen: Man kann die Qualität eines Hauses, einer Abteilung nicht nur an den Fallzahlen aufhängen. Es müsste das, was in jedem Haus geleistet wird, evaluiert werden. Dazu bräuchte man eine EDV- unterstützte medizinische Dokumentation. Wir hatten vor einiger Zeit um Unterstützung in der EDV gebeten, um unsere konservativen und operativen Therapien, Komplikationen und Fehler besser festhalten zu können. Wir haben diese nicht bekommen. Mit dem vorliegenden Verrechnungscode kann man aber weder Qualität nachweisen noch Qualitätsvergleiche anstellen. Bestrebungen zur Qualitätskontrolle sind ja schon sehr alt, beinahe 100 Jahre. Es liegt mir hier die Festschrift „100 Jahre Unfallchirurgie in Österreich“ vor in der Lorenz Böhler zitiert wird mit seinen Grundprinzipien der Knochen- und Unfallbehandlung. Und darin steht folgender Satz, der nur zu unterstreichen ist: „Ein weiteres Grundprinzip ist aber auch eine standardisierte, lückenlose Dokumentation aller erhobenen Befunde und Behandlungen, des Verlaufes und vor allem eine nicht beschönigende Ergebnisqualitätskontrolle anhand derer die Behandlungsstandards laufend verbessert werden.“ Diese Möglichkeit ist nicht gegeben, man redet nur von Fallzahlen, ich weiß nicht, ob ein Pianist durch unendliches Üben letztendlich dann noch besser wird als ein anderer, der zwar weniger übt, aber seinem Spiel mehr Ausdruck verleihen kann. Fallzahlen sind natürlich Laien und Gesundheitsökonomien etwas Geläufiges, das versteht irgendwie jeder, sind aber sicher nicht geeignet zur Qualitätskontrolle. Boshafterweise könnte man sagen: „Gott sei Dank hat mancher Chirurg nur geringe Fallzahlen.“

Jetzt zu der Frage: Wie funktioniert die reduzierte Chirurgie in Mürzzuschlag? Was 2004 unterschrieben wurde, gilt heute nur mit Einschränkungen, nachdem jetzt weitere Reduktionen und Umstrukturierungen geplant sind. Wir wären sehr zufrieden, würde der Kompromiss, der 2004 ausgehandelt wurde, halten. Die Anfahrtswege nach Bruck sind lang. Eine Abmachung besagt, dass bei Überfüllung der Abteilung in Bruck Patienten nach Mürzzuschlag verlegt, dort behandelt und auch operiert werden können. In der Zwischenzeit hat sich das eher zu einer Einbahn Richtung Bruck

entwickelt, auch die Mürz fließt natürlich stromabwärts. Weiters geht es auch um Patientenkontrollen. Röntgenkontrollen dauern eigentlich vom Zeitaufwand sehr kurz, sie könnten durchaus in Mürzzuschlag durchgeführt werden. Es gibt hier einen Facharzt für Unfallchirurgie vor Ort und außerdem besteht die Möglichkeit der Teleradiologie, wodurch jeder einzelne Problempatient auch mit den zuständigen Fachärzten in Bruck besprochen werden könnte.

Damals waren mit uns die Krankenhäuser Voitsberg und Fürstenfeld von der geplanten Chirurgiereform betroffen. Ich stelle hier die Frage, wie weit ist man in diesen Häusern gegangen? Ist dort die Chirurgie ähnlich so unter Druck und vor dem endgültigen Aus?

Es gibt, als Beispiele, viele konkrete Fälle, die eine meiner Nachrednerinnen noch im Rahmen der Diskussion bringen wird, die die Zufriedenheit, das Vertrauen der Patienten in die zuständigen Institutionen stark erschüttern. Es nimmt nicht Wunder, dass vielerorts der Ruf nach einer vollständigen Chirurgie, wie sie vor 2005 bestand, wieder ertönt. Die Probleme, die das bringt sind uns wohl bewusst. Wir würden uns zufrieden geben mit dem Einhalten dessen, was 2004 unterschrieben und besprochen wurde.

Ein Problem, das ich noch erwähnen muss: man hat diese Lösung nicht mit dem mit betroffenen Roten Kreuz getroffen, das für weitere und zusätzliche Transporte aufkommen muss. Es gibt Fälle, wo Rettungsautos mit bettlägerigen Patienten bis zu sieben Stunden unterwegs sind bei einer Fahrzeit von zweimal 20 bis 30 Minuten. Der Rest ist Wartezeit vor der Ambulanz in Bruck. Und da bitte ich den Vorstand, seine Kontrollfunktion wahrzunehmen, um hier Abhilfe zu schaffen. Ich erinnere mich aus meiner unfallchirurgischen Kindheit. Es wurden Rettungsfahrten immer bevorzugt behandelt und abgefertigt. Und diese Order kam von oben zu einer Zeit, wo Unfälle noch nicht so häufig waren. Unter diesen Bedingungen möchte ich größere Effektivität bzw. Effizienz dieser Zusammenarbeit einfordern. Die Abläufe und Möglichkeiten sind derzeit absolut unbefriedigend und dafür hätte auch damals niemand eine Unterschrift geleistet. Es wird also ein Minimum an Einhaltung erwartet. Dass es mit einem guten Transportsystem, einem funktionierenden, gut gehen kann, habe ich voriges Jahr im Sommer in Iowa City gesehen. Dort gibt es ein Krankenhaus mit 12.000 Betten für drei Millionen Einwohner. Die anderen Städte rundum haben funktionierende Einheiten mit einer abgestuften Versorgung. Die meisten Patienten werden nach Iowa City an die Universitätsklinik transportiert, und dieses Transportwesen funktioniert. Die Aufnahme und die Kapazität des Hauses funktionieren so, dass nicht in stundenlangen Betteleien und Telefongesprächen um die Aufnahme eines Patienten ersucht werden muss wie bei uns. In diesem Sinne würde ich plädieren für eine Verbesserung der Prozessqualität, einer Verbesserung der Abläufe und dass die Kapazitäten, die Mürzzuschlag durch die Änderungen frei hat, auch bei Bedarf von Bruck genützt werden. Danke schön. (Beifall)

Präsident: Ich danke Herrn Primarius für das Statement.

Wir kommen zum

4. Referat zum Thema „Gesundheitspolitik als Antwort auf die sich ändernden Spezialisierungen im Fach Chirurgie“ von Herrn Univ.-Prof. Dr. Karlheinz Tscheliessnigg.

Er ist Facharzt für Chirurgie, Herz- und Gefäßchirurgie, Träger zahlreicher internationaler Auszeichnungen, Autor internationaler Bücher und wissenschaftlicher Publikationen und Vorstand der Universitätsklinik Chirurgie Graz. Ich ersuche Sie, Herr Professor.

Univ.-Prof. Dr. Karl-Heinz Tscheliessnigg: Sehr geehrter Herr Präsident, Herr Landesrat, werte Abgeordnete, meine Damen und Herren!

Unabhängig von politischen Entscheidungen und Parteimeinungen, wurde ich aufgefordert, meine persönliche fachliche Meinung zum Weiterbestand bzw. Neuausbau der chirurgischen Abteilung in Bad Aussee abzugeben. Ich habe diese, meine Meinung schon zuvor in zahlreichen Medien und auch im Fernsehen, im Report, kundgetan und werde heute versuchen, nochmals kombiniert die Argumente für meine Meinung darzulegen und zu begründen. In der Medizin ist ein Paradigmenwechsel im Gange. Drei Gründe sind dafür ausschlaggebend: Die mittlerweile unüberschaubar gewordene Komplexität des medizinischen Wissens, die allseits steigenden Kosten der medizinischen Versorgung und der wachsende Einfluss der Rechtsprechung auf die Medizin. Diese Phänomene verursachen Effekte, die eine Heilkunst im klassischen Sinne nicht mehr zulassen – und damit auch keine Universalisten wie sie heute immer noch in kleineren Krankenhäusern vorgehalten werden müssen. Zur Bewältigung und Nutzung des für den einzelnen Arzt heute kaum vollständig erlangbaren Wissens, hat sich die Medizin in dutzende von Disziplinen und Subdisziplinen aufgesplittert, in welchen die verschiedenen Spezialisten ihre medizinische Tätigkeit ausüben. Zweifellos kann dadurch vielen Patienten besser geholfen werden. Es soll allerdings auch nicht verschwiegen werden, dass damit der Mensch als Einzelindividuum manchmal leider etwas in den Hintergrund rückt. Die zunehmende Arbeitsteilung in der Medizin ist der Preis für den Fortschritt und letztendlich wohl zu akzeptieren.

Wie finde ich nun ein gutes Krankenhaus? Diese Frage stellen sich nicht nur Patienten vor geplanten Operationen. Wie misst man Qualität einer Abteilung, einer Klinik besonders dann, wenn es um Operationen geht? Nach Aussage zahlreicher Fachleute gibt es einen statistischen Zusammenhang zwischen Operationsfrequenz und der Sterblichkeit im Krankenhaus. Es ist das Prinzip – wurde heute bereits zitiert – von „Übung macht den Meister“. Wenn der Operateur und sein Team einen Eingriff häufig vornehmen, ist die Routine groß und die Wahrscheinlichkeit, dass es zu Komplikationen bis hin zum Tod des Patienten kommt, sinkt. Der Gesetzgeber in Deutschland sagt: Fallzahlen sind ein entscheidendes Qualitätsmerkmal. Gerade deshalb hat er die Verbände von Krankenhäusern und Krankenkassen als Vertragspartner im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer im Pflegerat beauftragt, für bestimmte planbare Operationen Mindestmengen festzulegen. Als Konsequenz ist im §

137 SGBV festgelegt: „Wenn die erforderliche Mindestmenge nicht erreicht wird, dürfen ab dem Jahr 2004 entsprechende Leistungen nicht mehr erbracht werden“. Ein brisantes Gesetz in Deutschland! Ab dem Jahre 2005 sind die Kliniken zudem in Deutschland angehalten, einen sogenannten Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Darin stehen u.a. die Fallzahlen. Wichtige Information für Patienten, die für bestimmte Operationen ein gutes Krankenhaus suchen. Wichtig ist diesem Zusammenhang, dass es vor allem um die grundsätzlich hohe Operationsfrequenz geht, wobei es nicht nötig ist, seltene Operationen auch häufig durchzuführen. Soll heißen: Die Fingerfertigkeit des Chirurgen muss in zahlreichen Operationen trainiert werden. Das Wissen und die Wissenschaft rund um hoch kompliziert seltene Eingriffe wie etwa die Transplantation, die Herzchirurgie etc., sind der zweite Faktor, der dann zum Erfolg der jeweiligen Operation führt.

Kritiker der Mindestmengenregelungen argumentieren oft, dass große Mengen allein keinen Beweis für Qualität darstellen, sondern im Gegenteil, oftmals auf unerwünschte Leistungsausweitungen zurückzuführen sind und so auch falsche Anreize setzen. Das ist grundsätzlich richtig und erfordert eine genaue Betrachtung des definierten Kriteriums. Die Volumen-Outcome-Beziehung soll einen Indikator für die erbrachte Qualität darstellen. Der Indikator selbst ist jedoch kein direktes Maß der Qualität. Er ist vielmehr ein Werkzeug. Ein Werkzeug, das zur Leistung und Bewertung benützt werden kann. Er kann Aufmerksamkeit auf potentielle Problembereiche lenken, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Das nationale Cancerboard in den Vereinigten Staaten hat für die Beurteilung solcher Indikatoren Kriterien geschaffen. Die wissenschaftlich schwierige Frage dabei allerdings ist: Wie lege ich einen geeigneten Schwellenwert für das Zielkriterium – gute oder schlechte Qualität – fest? Was als gut oder schlecht bewertet wird, wird sich dabei immer, auch nach den vorhandenen Ressourcen und den politisch gewünschten Ergebnissen zu richten haben und diese entsprechenden Vorgaben für die kontinuierliche Qualitätsverbesserung wieder neu zu definieren. In den letzten Jahren gibt es zunehmend Berichte auch aus europäischen Ländern. Die Ergebnisse unterscheiden weichen nicht sonderlich von denen aus Amerika. In Deutschland gibt es im Rahmen der Versorgungsforschung einen Nachholbedarf an solchen Studien, in Österreich gibt es, sehr vorsichtig formuliert, Richtwerte. In einem systematischen Review konnte jedenfalls gezeigt werden, dass es eine Korrelation zwischen Anzahl der Prozeduren und der Ergebnisqualität in 71% hinsichtlich des Krankenhauses und in 69% hinsichtlich des einzelnen Arztergebnisses in hoher Signifikanz gibt. Die bisher vorliegenden Daten zeigen jedenfalls, dass durch die Einführung von Mindestmengen bei verschiedenen Eingriffen ein Potential von Qualitätsverbesserung allemal vorhanden ist. Gleichmaßen muss aber auch die Auswirkung auf die chirurgische Weiterbildung und Ausbildung kritisch geprüft und darauf reagiert werden. Wir benötigen dringend ein verbessertes Planungssystem für die Weiterbildung und Ausbildung unter Nutzung von Kooperationsverträgen zwischen Schwerpunktzentren und assoziierten Krankenhäusern. Zweifellos werden aber auch in Zukunft neben dem medizinischen Fortschritt, der per se zu vermehrter Zentrenbildung zwingen wird, andere Mechanismen einen stärkeren Einfluss auf

Fallzahlkonzentrationen haben als die vorgegebenen Mindestmengenregelungen. Die Einführung pauschalierter Entgelt-Systeme wird in Folge einer negativen Korrelation zwischen Behandlungsmenge und –kosten den ökonomischen Druck verstärken. Weiterhin wird die zunehmende Transparenz des Leistungsgeschehens durch die pflichtgemäß zu veröffentlichenden Qualitätsberichte die Auswahlmöglichkeiten für Patienten, Versicherte und Kostenträger verbessern, vor allem auch hinsichtlich von Mengenvergleichen genutzt werden. Fakt und Wettbewerb werden sich vermehrt angebotsbildend auswirken. In letzter Konsequenz – und das wird wohl auch politisch so gewollt sein – wird zunehmend das Vergütungssystem den Standort sowie Art und Umfang der stationären Leistungserbringung bestimmen. Die Grätsche zwischen Wohnortnähe und Qualität ist lange bekannt. Man muss hier immer einen Kompromiss finden. Wohnortnah kann, von ärztlicher Seite aus betrachtet, nur eine allgemein medizinische Versorgung angeboten werden. Anders ausgedrückt: Wohnortnah kann nur angeboten werden, was dort auch oft genug vorkommt und einfach zu diagnostizieren und zu behandeln ist. Die Allgemeinmedizin hat noch viel mit Erfahrung und persönlichem Kontakt zu tun. Werden Krankheiten komplexer, dann reicht Erfahrung alleine immer weniger aus und Wissen wird immer wichtiger. Dabei geht es weniger um das Wissen – und das ist mir wichtig zu sagen – einer einzelnen Fachgruppe, als um das Wissen aller Beteiligten. Teamwork ist angesagt. Hochspezialisierte und qualitativ hochwertige Versorgung ist wohnortnah nicht zu organisieren, muss – und hier beginnt die Frage wieweit – zentralisiert werden. Dabei geht es weniger um die Wunsch-Erfüllung ehrgeiziger und durchaus fähiger Kollegen, weniger um die Krankenhausverliebtheit kleinerer Orte, sondern einzig und allein darum, Patienten so gut wie möglich zu versorgen. Der Weg von methodengeprägten Fachabteilungen zu krankheitsorientierten interdisziplinären Zentren ist bereits eingeschlagen. Je spezialisierter und je arbeitsteiliger die Chirurgie wird, umso mehr bedarf es steuernder Funktionen und engerer – nicht nur interdisziplinärer, sondern auch interprofessioneller – Kooperation mit qualifikationsorientierten Aufgabenverteilungen in neuen Team-Modellen. Spezialisierung ist ein unaufhaltsamer Trend. Das Krankenhaus und auch integrierte Versorgungseinrichtungen sind dabei auf dem Weg zu einer organ- bzw. krankheits- oder methodenspezifischen Zentrenbildung. Zentren sind Wirklichkeit gewordene Antworten gleichermaßen auf bestehende betriebswirtschaftliche und medizinische Herausforderungen. Zentren zeichnen sich dadurch aus, dass sie die medizinische Qualität durch die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen innerhalb des Zentrums steigern und durch Bündelung von Ressourcen Einsparungen erzielen. Um sich heute optimal zu positionieren müssen Krankenhäuser nach außen klare Strukturen schaffen und nach innen die interdisziplinäre Zusammenarbeit optimieren.

Die Frage der Zukunft heißt jetzt: Für welche Versorgungsaufgaben müssen wir wie qualifizierte Chirurgen weiterbilden? Wo sollen welche Gesundheitsstrukturen gebaut und belassen werden?

Die Steiermark mit ihrer vielfältigen, von einem Träger gehaltenen Krankenhausstruktur bietet eine nahezu einmalige Möglichkeit, ein optimal abgestimmtes Versorgungskonzept mit genau zugewiesenen Aufgaben und hoher Transparenz auszubilden und die Krankenhäuser regionenweise zu

Verbänden zusammenzuschließen. Die subjektive Scheinsicherheit solcher Bevölkerungsanteile, welche auch heute noch glauben, dass – verzeihen Sie – vor jeder Haustür diesmal, nicht hinter jedem Busch, ein eigenes Krankenhaus stehen muss, haben die Entwicklung der Medizin der letzten 50 Jahre gründlich verschlafen. Standortgarantien von Kleinstkrankenhäusern, deren Versorgungsspektrum 30 bis 50 km in der Steiermark 22-mal vorgehalten werden hat in Zeiten globaler finanzieller Probleme, aber auch in Zeiten einer sich stark gewandelten Medizin mit Versorgungssicherheit und Qualität sicher nichts mehr zu tun. Die Vermittlung der gesamten Weiterbildungsinhalte an einer Fachabteilung unter Leitung eines dazu befugten Weiterbildners, gehört bereits jetzt als Regelfall der Vergangenheit an. Im Rahmen von Verbundermächtigungen müssen effiziente Rotationssysteme bei einer klaren curricularen Gliederung der Weiterbildung an die geänderten Abteilungs- und Versorgungsstrukturen angepasst werden. Die Konkurrenz zwischen medizinischen und kaufmännischen Denkansätzen wird sich massiv verschärfen. Versorgungsstrukturen zu ändern und die Leistungsangebote zu konzentrieren, ist die spürbare Auswirkung der sich ändernden Medizin und der notwendig gewordenen Ökonomisierung. Darüber hinaus erfordern weitere Einflussfaktoren auf der gesellschaftlichen und der politischen Ebene eine professionelle Neuorientierung. Sich rechtzeitig darauf einzustellen heißt nicht nur Risiken zu begegnen, sondern auch Chancen zu nützen.

Fazit: Die Ära der Chirurgen, die sich nur für die Universal-Chirurgie engagiert und gelebt haben, ist endgültig vorbei. Das Berufsbild darf vor dem Hintergrund der sich rasch wandelnden gesellschaftlichen und fachlichen Veränderungen nicht stehen bleiben. Künftige Generationen hochspezialisierter Chirurgen werden in selbstbewusster Wahrnehmung ihrer Spezialkompetenz ihre eigenen Grenzen erkennen und die enge Kooperation mit anderen Spezialisten in krankheitsorientierten Zentren, eingebettet in ein abgestuftes Netzwerk, als selbstverständlichen Teil ihres Berufsbildes sehen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit. (*Allgemeiner Beifall*)

Präsident: Ich danke, Herr Universitätsprofessor, für Ihr Statement.

Wir kommen daher zum 5. Referat des heutigen Tages: Chirurgische Grundversorgung aus Sicht des niedergelassenen Allgemeinmediziners von Herrn Dr. Hans Petritsch.

Er absolvierte das Studium der Humanmedizin, Facharztausbildung für Unfallchirurgie, Arzt für Allgemeinmedizin sowie Distrikts- und Kurarzt, diplomierter Sportarzt und Leiter der sportmedizinischen Untersuchungsstelle in Bad Aussee. Ich bitte Sie, Herr Doktor.

Dr. Hans Petritsch: Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Landesräte, Landtagsabgeordnete, Gesundheitssprecher der politischen Parteien, werte Fachexperten!

Dr. Hans Petritsch: Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Landesräte, Landtagsabgeordnete, Gesundheitssprecher der politischen Parteien, wertere Fachexperten!

Ich danke für die Einladung zu dieser Enquete und habe mich dabei gewundert, was ein so ein „kleiner Landbader“, so wie ich, unter diesen prominenten Fachexperten und geladenen Politikern verloren habe. Gleichzeitig habe ich mich auch gewundert, dass wir so viel Aufwand betreiben, so ungeheuer viel Zeit, Geduld und Geld in diese Arbeit hineinlegen, denn die Tatsachen, die wir über diese Frage der Chirurgiereform benötigen oder in Erfahrung bringen müssen, die sind uns schon seit langem bekannt. Ich bringe als Beispiel den Ausspruch von Dr. Pichlbauer in seinem vorgestrigen Interview in der Kleinen Zeitung, wie schon gehört: Nicht hinter jedem Busch ein Spital. Ich bin nur gespannt, welche sonstigen neuen Argumente wir heute noch hören und Herr Univ.-Prof. Dr. Tscheliessnigg hat schon einige Dinge anklingen lassen. Ich bin schon froh über einige Äußerungen von Ihnen, was vor allem die Allgemeinmedizin betrifft. Ich selbst erlebe die Situation der Chirurgie am Beispiel des Landeskrankenhauses Bad Aussee seit 1980 und es wurden seit dieser Zeit immer die gleichen Begründungen in den verschiedensten Diskussionen „wiedergekauft“. Noch einmal Dr. Pichlbauer: Es ist zu klein, es hat ein zu geringes Einzugsgebiet, es werden zu wenig Fälle operiert und damit besteht die Gefahr, dass mit schlechter Qualität gearbeitet wird. Ja, es ist schon ein Riesenspagat zwischen einer Diversifikation in den Krankenhäusern und der Zentralisierung. Jetzt aber existiert dieses Krankenhaus oder es soll ein neues gebaut werden und dieses den modernen Kriterien entsprechen. Dazu ist eigentlich keine demokratische Diskussion erforderlich, dazu sind Entscheidungen erforderlich - dafür oder dagegen. Und wenn die offiziellen Stellen sich wiederholt prinzipiell für dieses Krankenhaus geäußert haben, dann sind die Entscheidungen zu treffen für welche Aufgaben, unter welchen Bedingungen und mit welcher Ausstattung. Der finanzielle Aufwand für das Landeskrankenhaus Bad Aussee Neu ist im Budget der KAGes bekanntlicher Weise marginal, das kann wohl nicht der Grund dafür sein, dass diese Diskussion oder die Entscheidungen schon jahrelang hinausgezogen werden und scheinbarweise Demontage betrieben wird. Und ich glaube nicht, dass wir heute in 6 oder 7 Stunden noch so guter Diskussion die Versäumnisse der letzten 15 und 20 Jahre im steirischen Gesundheitswesen in irgendeiner Form ausräumen können und das schon gar nicht nach den emotionsgeladenen Diskussionen, die wir in der Vergangenheit hatten. Haben Sie diese Hoffnung wirklich, dass wir das können? Die politisch und organisatorisch Verantwortlichen hätten ihre Fähigkeiten für eine zweckmäßige Gestaltung ihres Gesundheitswesens in der Steiermark schon seit Jahren beweisen können. Viel Glück für unser oder für Ihr Vorhaben. Dass ich jetzt trotz meiner Zweifel an dem Gelingen dieser Enquete hier bin, liegt an meiner persönlichen Bemühung und an der Verantwortung als niedergelassener praktischer Arzt, also Arzt für Allgemeinmedizin, wie es neu heißt. Und für alle Patienten in unserer Region – ich schließe die Region Mürzzuschlag und das Mürztal als gleichbedeutend mit ein – diese Verantwortlichkeit bekommen wir vor Ort Tag für Tag von unseren Patienten präsentiert. Wir müssen sie auch gemeinsam tragen. Denn sie, unsere Patienten

sind es, die eventuelle Folgen einer Verschlechterung der Infrastruktur mit dem praktischen Verlust einer chirurgischen Abteilung in beiden Krankenhäusern zu tragen haben. Zum Verständnis ein kurzes Beispiel eines Patienten: Ein Patient, der bei einem Jagdunfall im Winter um 17 Uhr abgestürzt ist, um 1.30 Uhr – also nach 8 Stunden und 30 Minuten – erst geborgen werden konnte, um ca. 2.15 Uhr ins Landeskrankenhaus Bad Aussee gebracht wurde, dort unfallchirurgisch versorgt wurde und erst nach Wochen zur weiteren Spezialtherapie in ein UKH verlegt wurde. Ich wage es – ich – wage es nicht zu beurteilen, ob diesem Patienten bei einem zusätzlichen Transport in das LKH Rottenmann alleine aufgrund der längeren Transportzeit die Amputation des Beines gedroht hätte. Ja, liebe verantwortliche Politiker, KAGes, nicht Sie persönlich leiden unter diesen langen Anfahrtswegen und der wiederholten Versorgungsfahrten unter der Verschlechterung der Infrastruktur, die Sie schaffen, nein, es sind die Patienten, deren Angehörige, die dieses Schicksal erleiden. Unsere Verantwortung als zuweisende Ärzte geht so weit, dass wir dem Patienten empfehlen müssen oder empfehlen sollen, in welchem Krankenhaus er welche spezielle Operation oder chirurgische Versorgung bekommen soll. Der Patient will von uns Antworten auf seine Frage, er hat kein Interesse daran, sich über regionale Versorgungsmängel nachzudenken. Kann diese Operation in Bad Aussee, Mürzzuschlag gemacht werden? Können wir es im LKH? Dann sogar: Dürfen sie es überhaupt? Wir als Lotsen im Gesundheitssystem, wie wir oft bezeichnet werden und wie wir es gerne wären, müssen in diesen Fällen häufig sagen: „Ja, können täten sie es schon aber dürfen dürfen sie es nicht.“ Was soll den dieser medizinische Nonsens, wenn im Rahmen eines unfallbedingten Geschehens die TEP der Hüfte operiert werden darf, wenn es eine Notfallsmaßnahme ist. Aber bei der Routineoperation nach einer abnützungsbedingten planbaren Operation der Hüfte, da ist es verboten – dieselbe Operation. Die risikoreiche Operation ist erlaubt, die „normale“ ist verboten. Ist das nicht unfassbar, was die KAGes da vorschreibt? Was ist es nun wirklich? Kann der Doktor seine Sache oder kann er sie nicht? Und warum dürfen die Ärzte im UKH Kalwang, ein Unfallkrankenhaus, die orthopädische Operation durchführen, obwohl sie nur Unfallchirurgen sind? Wenn die Ärzte es aber können, vertraut der Patient auf deren Sorgfalt und deren Fähigkeiten. Und ich muss leider sagen, dieses Vertrauen haben Sie, werte Politiker, allen voran Herr Landesrat Hirt, mit Ihrer Aussage: „In Bad Aussee würde ich mich nicht operieren lassen“, wie es in den Medien stand - ich kenne Ihre wörtliche Aussage ja nicht, aber so stand es in den Medien – so haben Sie das Vertrauen zerstört. Natürlich stellt sich auch immer wieder die Frage der Versorgungsqualität, der Fallzahlen, letztendlich auch der Ergebnisqualität. Darüber können Sie alle möglichen statistischen Ergebnisse bekommen, welche Sie gerade brauchen, denn es gilt – ich zitiere Sie leider wieder, Herr Dr. Pichlbauer: „... für diese Fälle keine exakten Studien.“ Schlagwort Nr. 1 Fallzahl: Wer viele solche Fälle macht, wird sie besser machen – keine Frage. Schlagwort 2 Fehlerhäufigkeit: Wer zuviel machen muss, wird es schlechter machen. Prof. Tscheliessnigg hat es gerade erwähnt: Große Mengen allein sind noch kein Beweis für gute Qualität. Und ich danke Ihnen jetzt noch einmal, dass Sie die Allgemeinmedizin so lobend erwähnt haben. Denn wir sind es, die versuchen müssen, das Dilemma dieser Diversifikation und der Zentralisierung

zu leiten und zu lenken. Schlagwort Nr. 3 Sorgfalt: Wer sorgfältig arbeitet, wird weniger Fehler machen. Der Patient nämlich ist es alleine, der die Kontrolle über die Qualität der Versorgung hat, denn er ist der Betroffene, er muss leiden. Ich zitiere noch einmal Dr. Pichlbauer: „Es gibt keine exakten Zahlen und Studien darüber, aber aus Vorsichtsgründen folge ich dem internationalen Trend. Wenn man durch schlechte Qualität den Menschen mehr schadet als man nutzt, dann muss man sagen: Nein.“ Ja, ich gebe Ihnen Recht, da muss man sagen: Nein. Aber alle Vorstandsmitglieder der KAGes haben erst vor wenigen Monaten bestätigt und besonders hervorgehoben, dass im LKH Bad Aussee keine Probleme hinsichtlich der Versorgungs- und Ergebnisqualität bestehen. Warum also die ständige Diskussion darüber? Oder wollen Sie als Verantwortlicher ein LKH schlechter machen als es ist? In anderen Betrieben würde man dies als Imageschädigung bezeichnen und eine hochkantige Kündigung durchführen. Wie sollen wir als zuweisende Ärzte noch einen Menschen dazu überreden, sich doch im LKH Bad Aussee operieren zu lassen, oder Müzzuschlag, gilt ja immer ident? Wohin sollen wir dann diese Patienten überweisen? Ins LKH Rottenmann als so genanntes Leitspital, denn dort ist alles viel besser – die operative Ausstattung zur Zeit noch, Frau Prof. Kohlberger hat es erwähnt, es wird ja besser auch im kleinen Bad Aussee – ist dort mehr medizinisches Personal oder ist es viel besser, ohne eine Bewertung meinerseits? Ist die Ergebnisqualität dort wirklich viel besser? Haben die Vorstände der KAGes Studien und Zahlen über positive oder negative Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern? Wenn ja, dann bitte auf den Tisch und warum wurden sie nicht schon lange vorgelegt? Oder gibt es gar keinen großen Unterschied? Wie kann das LKH Rottenmann eine Erhöhung der Fallzahlen um ein Drittel verkraften, wenn keine zusätzlichen Operationsräumlichkeiten und chirurgisches Personal inklusive Anästhesie, Intensivstation da sind? Dann wird auch über die normale Arbeitszeit hinaus, vielleicht bis in die Nacht operiert und dann wird alles viel sicherer und die bessere Qualität. Oder steigt die Fehlerhäufigkeit durch überlastete Mediziner? Die Folge ihrer Politik ist die Konzentration der Operationen auf sogenannte Versorgungszentren. Dort kann ohne räumliche zusätzliche personelle Voraussetzung auch nicht mehr gemacht werden. Wie sieht es denn aus mit der Zentralisierung? „Spitzenmedizin gibt es nur in den Zentren“, wieder Zitat von Einigen, die es bereits erwähnt haben und noch erwähnen werden, keine Frage, ich gebe allen sofort Recht: Spitzenmedizin gibt es nur in den Zentren, aber mit welchen Folgen? Die Konsequenzen erleben wir als Allgemeinmediziner täglich wenn wir um Termine anrufen in den großen Krankenhäusern: Uni-Klinik Graz, LKH Leoben, Neurologie Knittelfeld, Orthopädie Stolzalpe, Graz Augen- Hautklinik. Der nächste Ambulanztermin ist in 6 bis 9 Wochen frei und die folgende Operation ist erst in 4 bis 6 Monaten noch immer kein Termin möglich, zumindest bei den planbaren Operationen, Notfälle sind ausgenommen, da gibt es keine Frage. Ist das die Vorstellung von Versorgungsqualität? Würden Sie sich liebe Politiker und Experten auch solange zutrösten lassen, wenn Sie Patient wären? Ich habe einen Parafall von der Stolzalpe vom Departmentleiter selbst, Prof. Ivanic: Sehr sehr dringend eingestuft Fall für eine Wirbelsäulenoperation, Wartezeit nicht unter 3 bis 4 Monaten, Operation erfolgte dann auswärts. Gerade hinsichtlich des Faches der Orthopädie ist ein wesentlich höherer

Bedarf an stationären Betten gegeben. Vergleichen Sie bitte die Bettendichte in den angrenzenden Bundesländern Oberösterreich, Niederösterreich und Salzburg. Und da stelle ich mir die Frage, ob es der KAGes ganz Recht kommt, dass die defizitären und finanziell sehr aufwendigen orthopädischen Operationen abwandern und dann die anderen Bundesländer die größeren Aufwendungen und das Defizit haben. Das wäre nicht mehr zynisch, das wäre eine Verhinderung einer qualitativ medizinischen Versorgung bei den eigenen Landsleuten. Unser Landesvater Erzherzog Johann hat sich besser um seine Untertanen gekümmert. Aber die Menschen hier spüren es ganz genau und sagen es uns auch. Sie haben mit Unterschriften und Demonstrationen sich für das LKH ausgedrückt. Eine interessante Nebenwirkung dieser Konzentration auf das Leitspital Rottenmann, kann man jetzt bereits feststellen. Durch die apparative Ausstattung oder fehlende apparative Ausstattung in Bad Aussee, sind regelmäßig primäre und sekundäre Transporte durch Rotes Kreuz, Behinderten-Taxi u.ä. von den Patienten zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen notwendig. Dabei ist es unwichtig, ob es jetzt um interne oder chirurgische Fälle handelt. Die Besucherfahrten, die zähle ich gar nicht mit, aber wenn die Zahlen stimmen die wir bekommen haben, so waren im letzten Jahr 550 Transporte über eine Wegstrecke von 55 km dafür notwendig. Ich will den Zeitaufwand heute gar nicht besprechen, denn es ist eine der befahrensten Urlauberstrecke. Im Sommer mit Staugefahr, winterliche Bedingungen – haben wir die Fotos gesehen, da ist von rasch keine Rede mehr. Aber es lacht mein grünes Herz nicht mehr, wenn ich an die 120.000 km denke, die Kosten verursachen beim Personal, Auto, Treibstoff und dem CO₂ Ausstoß. Und diese Zahlen würden bei einer fehlenden Versorgung in Bad Aussee für Rottenmann, noch ein Vielfaches bedeuten. Ja, liebe Umwelt, da bist auch du den grünen Politikern egal. Wozu soll ich mir als niedergelassener Mediziner überhaupt solche Gedanken machen. Ich sehe es nicht ein, dass ich mir den Kopf für Manager zerbreche, die seit Jahren versäumt haben, ihre Hausaufgaben zu machen. Frau Prof. Kohlberger hat es offensichtlich zusammengebracht, diese Hausaufgaben in den letzten Wochen nachzuholen. Es ist eigentlich Aufgabe der leitenden Vorstände dieses Großunternehmens, strategische Konzepte zu entwerfen und strukturelle Planungen umzusetzen. Mich fragen Gäste in der Region: Warum baut ihr den Tourismus aus, warum wollt ihr eine Steigerung bis eine Million Nächtigung im Skigebiet, Therme Bad Mitterndorf? Welche Versorgungssicherheit kann dabei geboten werden, wenn nicht einmal die grundlegende medizinische Infrastruktur besteht? Geld hin zum Tourismus, aber weg von der Gesundheit.

Zum Abschluss komme ich zurück zur Versorgungs- und Ergebnisqualität an der Chirurgie in Bad Aussee. Die Petition die das LKH Bad Aussee zur Erhaltung einer vollwertigen chirurgischen Abteilung wurde von insgesamt 17 niedergelassenen Ärzten – Allgemeinmedizinern und Fachärzten – unterschrieben und als Voraussetzung für eine sinnvolle medizinische Versorgung der Region bestätigt. Glauben Sie wirklich, wir Ärzte an der Basis, am Puls der Patienten wollen nur unsere Wunschvorstellungen verwirklichen? Wir alle tragen mit an der Verantwortung für die gute Versorgung der Menschen, die sich mit ihrer Krankheit in unsere Obhut gegeben haben. Wir Ärzte kennen die Fähigkeiten (Klingelzeichen des Präsidenten) – sofort, eine halbe Minute – der Kollegen

im Landeskrankenhaus Bad Aussee. Auch wir sorgen uns um die Grundversorgung im peripheren Krankenhaus. Wir wissen, welche Fälle wir dorthin zuweisen können. Mit unserer Unterschrift bestätigen wir die gute Zusammenarbeit und die Zufriedenheit mit den Leistungen der Chirurgie.

Werte KAGes-Vorstände, wertige Politiker! Glauben Sie einmal den Menschen an der Front. Geben Sie Ihnen die Möglichkeit einer guten Versorgung vor Ort. Ich bitte Sie aber vor allem um eines: Zögern Sie nicht länger. Zeigen Sie Mut und treffen Sie endlich die notwendigen Entscheidungen. Durch das jahrelange Hin und Her haben Sie schon genug Schaden an der Sache und Unsicherheit bei den Menschen hervorgerufen. Nichts Verängstigt ... (Präsident: „Herr Dr. Petritsch, ich ersuche Sie zum Ende zu kommen!“) ein letzter Satz - ... alle Beteiligten mehr, als in Unsicherheit zu leben. Das Schlimmste ist, nicht zu entscheiden. Danke sehr. (Beifall)

Präsident: Danke Herr Dr. Petritsch für Ihr Statement.

Wir kommen zum sechsten Referat des heutigen Tages zum Thema „Chirurgie ist nicht wie Radfahren“ von Herrn Dr. Ernest G. Pichlbauer.

Er ist unabhängiger Experte für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsversorgung und verweist auf diverse Publikationen. Ich ersuche Sie, Herr Doktor.

Dr. Ernest Pichlbauer: Grüß Gott!

Danke für die Worte. Ich habe nicht gewusst wie berühmt ich geworden bin mit diesem Interview. Stehe trotzdem voll dazu, auch wenn es sicherlich einigen nicht gefallen hat. Ich versuche Ihnen heute zu erklären, worum ich der festen Überzeugung bin, dass kleine Chirurgen definitiv wirklich ein Qualitätsproblem haben.

Fangen wir mit ein paar Aussagen an, die nicht von mir stammen, sondern von gestandenen Chirurgen, in dem Fall ist es der Kurienobmann der angestellten Ärzte der österreichischen Ärztekammer. Also wirklich keiner, der irgendwie verdächtig wäre. „Chirurgie ist in erster Linie Routine und Handwerk. Dazu kommt aber immer auch ein Unsicherheitsfaktor: Jeder Mensch, jeder Eingriff kann eine neue Situation darstellen, auf die sich der Arzt einstellen muss. Das entsprechende know how und die Erfahrung sind dafür eine Grundvoraussetzung.“ „Übung macht den Meister“ - heute schon oft zitiert – „das gilt auch in der Medizin.“ Hochinteressant, kommt dann derselbe Herr zu dem Schluss: „Übung, das Erlernen von Routine ist in der Ausbildung wichtig.“ Und da stellt sich halt die Frage, warum man in der Ausbildung zwar sehr viel üben muss, und dann plötzlich der Fall eintritt, ab jetzt kann ich immer alles richtig. Ich behaupte, dass es nicht so ist. Warum? Jede Operation, unabhängig wie klein sie ist, ist eine Teamarbeit, immer. Ändert sich das Team, ändern sich Routinen. Ändert sich die Operationstechnik, ändern sich Routinen. Ich kenne jetzt die Zahlen nicht konkret aus Müzzuschlag und Bad Aussee, aber ich täte gerne wissen, wie die endoskopische

Chirurgie hier Einzug gehalten hat. Wie lange es gedauert hat. Welche Prozentsätze Sie da erreichen können. Ändern sich die Indikationen, ändern sich die Routinen. Und wenn sich Routinen ändern, dann ändert sich die Teamarbeit und da muss man von vorne anfangen. Da kann man sich nicht darauf berufen, dass man vor zwanzig Jahren irgendwann einmal ein Facharztdekret erworben hat. Ein Thema das ist Österreich gänzlich unbekannt ist – Fehlerkultur. Es gibt hier aus ausländischer Erfahrung viel mehr. Selbst eingespielte Teams machen Fehler! Warum? Ein Team ist immer interprofessionell. Wir haben es heute wieder gehört, hoch arztlastig, so als ob der Operateur der Einzige ist, der die Qualität einer Operation bestimmt. Der muss aber mit dem Anästhesisten zusammenarbeiten, der muss mit seiner OP-Schwester zusammenarbeiten. Die OP-Schwester muss mit ihrer „unreinen“ Schwester zusammenarbeiten. Es wird nie funktionieren, dass man das alles auf einen fokussiert. Deswegen auch die Diskussion, ob man Mindestfallzahlen am Haus oder am Operateur festlegen soll. Keiner, am ehesten noch die Krankenschwestern lernt irgendwie Teamarbeit in seinem Studium und ich bin selbst ja auch Arzt und meine Frau ist ebenfalls Ärztin, Teamarbeit gerade in der Chirurgie ist unter Ärzten, sagen wir einmal, kein großes Thema. Wenn man jetzt keine Teamarbeit hat, könnte man es standardisieren, hoch standardisieren. Das wird aber durch die Ärzte selbst massiv bekämpft. Denken wir nur an die großen Schwierigkeiten, einfache Checklisten einzuführen. Da ist jeder dagegen. Das spricht hier gegen die Therapiefreiheit und ohnehin ist ja alles eine Kunst, die man nicht in Standards bringen kann. Zudem und das wurde beim Vorredner klargestellt, könnte es hier in Bad Aussee gut funktionieren, ist Teamarbeit nicht nur auf den OP-Saal beschränkt, sie beginnt beim Zuweisen und endet bei der Nachsorge. Und das einzige was diese Teams zusammenhält, dass sie gute Arbeit leisten können, ist Übung, Übung, Übung. Und das lässt sich durch nichts anderes ersetzen. Gut, wir haben es gehört, dass Übung und Ergebnisqualität eben offensichtlich zusammenhängen. Es wird immer wieder postuliert, ich kann mich selbst erinnern, ich habe einmal mit dem oberösterreichischen Ärztekammerpräsidenten gesprochen über Mindestfrequenzen. Auf die Frage, wenn ich ihm eine Studie präsentiere, dann sagt er, das glaube ich nicht, das ist nur eine Studie. Wenn ich ihm sage, ich präsentiere ihm zwei Studien über diese Zusammenhänge, dann sagt er, dann sind es eben zwei Studien. Also, diese Verweigerung ist schon atemberaubend. Mittlerweile sind es 160 Primärstudien und Dutzende systematische Reviews, die “Volume and Outcome” korrelieren können – nicht nur eingeschränkt auf komplexe Chirurgie. Die österreichische Chirurgengesellschaft zieht sich ja darauf zurück, dass man gerade ein bisschen den Ösophagus einschränken kann. Das fängt aber bei der normalen Gallenblase an und endet irgendwann einmal bei einer komplizierten Whipple-Operation. Das hängt alles zusammen und ist immer korreliert.

Und nun zu den großen Schwierigkeiten: Warum haben wir hier diese Diskussion? Menge ist halt nun einmal nicht der einzige Faktor. Prozess-, Struktur- und Kommunikationsqualität sind wesentlich, die sind limitierend, das weiß man. Deswegen gibt es auch nie den Punkt, wo man sagt: 50 Gallenblasen, ab diesem Punkt bin ich ein guter Chirurg. Dementsprechend, das ist mein Zitat, können diese Studien

keine klaren Zahlen festlegen. Aber da geht es nur um die klaren Zahlen, da geht es nicht um die Grundsätzlichkeit des Zusammenhanges. Dieser Zusammenhang ist nun einmal klar und da helfen auch nicht irgendwelche Emails, die ich im Vorfeld dieser Diskussion bekommen habe, die – ich hoffe, der Herr sitzt da – untergriffig waren. Gut!

Also, warum Mindestfrequenzen, schauen wir uns das einmal an: Wir haben hier auf der einen Seite die Ergebnisqualität und auf der unteren Seite die Menge, abhängig von Struktur-, Prozess- und Kommunikationsqualität. So schaut die normale Lernkurve aus. Sie ist also nicht, wie eben manchmal dargestellt wird, eine Gerade, die in die Unendlichkeit geht, sondern sie erreicht ein Plateau. Die Schwierigkeit ist: Festzustellen, wo ist dieses Plateau? Dort sollte man hin. Real schaut die Kurve wahrscheinlich so aus, Das heißt man wird eine Zeit lang zugewinnen und ab einer gewissen Menge treten wiederum Fehler ein – sei es wegen Überlastung oder auch, man darf nicht vergessen, jede Routine schläfert ein, wegen Unachtsamkeit. Wenn also Mindestfrequenzen gefordert werden, hat es einen tiefen Sinn. Es erhöht die Wahrscheinlichkeit – und nur die Wahrscheinlichkeit – für gute Qualität, nicht die Qualität selbst, aber es erhöht die Wahrscheinlichkeit. Und was heißt das gerade in diesem Zusammenhang: Patientensicherheit, niedrigere Komplikationsraten und geringere Sterblichkeit. Mir wird immer wieder mitgeteilt, dass die Leute sterben werden, wenn Bad Aussee geschlossen wird – 20 bis 30 hochkritische Fälle. Also ganz im Gegenteil: Wenn so hochkritische Fälle vorhanden sind, dann ist Bad Aussee ohnehin nicht geeignet für solche Patienten. Je kritischer – zeitkritischer – ein Patient ist, desto komplexer ist seine Erkrankung, desto größer ist das Zentrum, das er braucht: Denken Sie an Verbrennungsoffer, die werden durch ganz Europa geflogen – zeitkritisch. *(Herr Köberl: Wenn es zum fliegen geht.)* Bitte? *(Herr Köberl: Wenn es zu fliegen geht.)* Wenn es zu fliegen geht, ja genau. Jedenfalls ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Mortalität sinkt, mit der Fallzahl statistisch nachgewiesen. Anders ausgedrückt: Je geringer die Fallzahl, desto mehr Leute sterben dort. Ich bringe da immer gerne ein Beispiel aus der Geburtshilfe. Es gibt ganz klare Zahlen, dass die Kindssterblichkeit in Krankenhäusern mit unter 500 Geburten 4-mal so hoch ist – 4-mal so hoch – wie in großen Geburtshilfezentren. Natürlich sind in kleinen Häusern so niedrige Fallzahlen, dass die toten Kinder selten sind, während sie in großen Häusern jeden Tag in der Zeitung stehen können. Aber auf das Kind bezogen sind es 4-mal so viele, und das ist dann die Unehrllichkeit in dieser Diskussion, die dann hochemotional geführt wird. Das ist ganz schlimm, ganz gefährlich.

Weiter ist es wahnsinnig wichtig, Aus- und Fortbildung garantieren zu können. 500.000 gesundheitswissenschaftliche Publikationen erscheinen jedes Jahr. Mit welchen Personalressourcen wollen Sie das in so kleinen Häusern überhaupt abarbeiten können? Gar nicht! Oder Sie bringen die Leute dort nicht mehr an den OP-Tisch. Und schlicht und einfach zum Schluss muss man, um die erreichte Qualität zu erhalten, einen Level haben und diesen kann man nicht unterschreiten. Daher, wenn wir Patienten sicherheitshalber zur Beobachtung stationär aufnehmen, wenn wir sicherheitshalber noch diese oder jene Untersuchung durchführen, dann werden wir wohl oder übel

sicherheitshalber Mindestfrequenzen ebenfalls einhalten müssen. Oder wir drehen den Spieß um und machen das andere auch nicht mehr.

Kommen wir jetzt zu ein paar Fakten, weil ich auch gehört habe, dass die Chirurgen in Bad Aussee so viel operieren: Österreichweit hat ein Chirurg der Allgemein Chirurgie, die Spezialchirurgien sind ausgelassen, 350 stationäre, 570 ambulante Patienten zu betreuen. In Bad Aussee sind es 120 stationäre Patienten und 270 ambulante Patienten. Also von wegen der hat so viele Patienten: Natürlich kann man jetzt hergehen und alles zentrieren auf 3 Leute. Dann wird es keine Ausbildung mehr geben, dann wird halt da irgendwo anders ausgedünnt. Mit so niedrigen Fallzahlen ist nun einmal die Ausbildung nicht sicher und das Mindestniveau kann nicht gehalten werden.

Eines meiner Lieblingsthemen, weil das ja ständig gebracht wird und ich habe das ja schon Jahre verfolgt, ich bin früher am Grundlsee auf Urlaub gewesen und da habe ich das auch schon gehört, das ist unglaublich, die Blinddarmoperation: 100 Operationen pro 100.000 Einwohner. Wenn ich es den Statistiken richtig entnehme, werden 24 Blinddarmoperationen durchgeführt. (*Herr Angerer: 39. Frau Moritz: 24*) 39, 24 – 39, gut. Ihr Einzugsgebiet, Ihr natürliches Einzugsgebiet beträgt 15.000 Einwohner. Ist Ihnen das klar? (*Herr Angerer: Plus 10.000 Gäste.*) Plus 10.000 Gäste und Sie haben 39 Blinddarmoperationen? Das heißt Sie operieren 2 1/2-mal so viel als überhaupt erwartbar ist? (*Herr Angerer: 2/3 sind hoch-akut, 2/3.*) Genau! Also ich bin ja Pathologe, für die, die es nicht wissen, und ich kenne diese ganzen hochakuten Blinddärme ausgezeichnet, jedenfalls. (*Herr Angerer: Nicht in Bad Aussee.*) Nicht – ich weiß - in Bad Aussee. Diese Diskussion gibt es in jedem Standort, überall anders stimmt es, nur bei uns nicht. Das Floriani-Prinzip ist das einzige Regierungsprinzip in Österreich, das bundeseinheitlich durchgesetzt wird.

Wenn wir das jetzt anschauen, und ich habe das sehr vorsichtig durchgerechnet, dann besteht theoretisch die Chance, dass in 73 Jahren Sie 1 Fall haben, wo Sie wirklich wegen widrigster Umstände keinen OP mehr finden. Und jetzt wissen wir, dass 24 Stunden ein Operateur da sein wird und es besteht sogar die Chance zur Aktutnarkose. Das heißt jetzt muss noch viel mehr passieren, wahrscheinlich liegen wir jetzt bei 150 Jahren. Und um 150 Jahre jetzt umzurechnen auf das erhöhte Komplikationsrisiko, auf die erhöhte Morbilität durch kleine Krankenhäuser – Sie werden dutzende Menschen dort sterben sehen wegen mangelnder Qualität, nur um diesen 1 Patienten zu retten. Das kann ich nicht akzeptieren. Wenn Sie eine Entscheidung treffen müssen, über kleine Chirurgen, bitte ich Sie, ernsthaft die Risiken und die Chancen abzuwägen, nicht ständig mit irgendwelchen sachfremden Dingen zu argumentieren, die Dinge auf den Tisch zu legen, sich mit den Studien so zu beschäftigen, wie man sich mit Studien beschäftigen soll, und dann Ihre Schlüsse zu ziehen – und nicht aus irgendeiner Verliebtheit in ein regionales Spital herzugehen, die Leute zu verunsichern.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit. (*Beifall*) (*Rufe aus dem Publikum*)

Präsident: Meine Damen und Herren, jetzt haben wir das so schön bei ein paar Rednern „durchgehalten“. Ich ersuche Sie, auch weiterhin - jeder bei uns, meine Damen und Herren, hat das

Recht das zu sagen, von dem er überzeugt ist, ob er dafür oder dagegen ist. Daher ersuche ich auch, dass wir uns weiter so gut miteinander verstehen, dann haben wir alle etwas davon. Herr Dr. Pichlbauer ich bedanke mich für Ihr Statement.

Wir kommen zum

7. Referat, zum Thema „Umstrukturierung statt Schließung – die bessere Alternative“ von Herrn Prof. Dr. med. Gert Muhr.

Er ist Professor für Unfallchirurgie, Dekan der medizinischen Fakultät der Ruhruniversität in Bochum. Ich bitte Sie um Ihr Statement.

Prof. Dr. med. Gert Muhr: Herr Präsident, Herr Landesrat, meine Damen und Herren!

Vielen Dank für die Einladung. Gesundheitspolitik ist ein schwieriges Terrain, das habe ich schon bei der Frühstückszeitung genießen können. Ein eingeflogener Experte einer Kleinuniversität – Bochum ist eine von den 8 großen, deutschen Hochschulen, die 20. Fakultät ist die Medizin, 1 von 7 Fakultäten in Nordrhein-Westfalen. Der klinische Bereich hat über 2.800 Betten, 4.600 Mitarbeiter, 300.000 ambulante und stationäre Patienten, pro Jahr einen Umsatz von einer ½ Milliarde und keine roten Zahlen – meine Herren von der KAGes.

Ich darf in den nächsten Minuten Ihr Interesse auf die Ergebnisqualität hinweisen: Es geht ja heute um die Chirurgie und wir erwarten hier nicht nur hohes Verantwortungsbewusstsein, sondern auch beste Ergebnisse. Dazu zählen auch Maßnahmen – mein Vorredner hat es ein bisschen demagogisch, mit falschen Schlüssen gezogen – potentielle Komplikationen und Fehler zu vermeiden. Die Untersuchungen zeigen aber und die Statistiken, dass es diese häufig gibt, und dass die Großzahl dieser Fehler eigentlich vermieden werden könnte. In den 90er Jahren, darauf beziehen sich die meisten - hat es zahlreiche Publikationen gegeben, die einen Zusammenhang zwischen Qualität der medizinischen Versorgung und eine positive Koordination zum Leistungsvolumen des Krankenhauses und zum Behandlungsergebnis herausgestellt haben. Die Datenlage hat dann zu dem Schluss geführt, dass mit zunehmender Leistungsdichte die Ergebnisse automatisch besser werden. Die griffige Formel – Praxis macht perfekt oder Übung macht den Meister – führte zu einem Dilemma in der Gesundheitspolitik, da als Konsequenz eine Zentralisierung von Eingriffen auf wenige Zentren geplant hätte werden müssen und eine Strukturumplanung. Nun, diese drohenden Folgen für die Krankenhausbetreiber vor allem in den USA, wo es ja ganz viele privater Spitäler gibt, hat eine Nachevaluation bewirkt, die Mitte 2000 nachzulesen ist. Dabei hat es sich herausgestellt, dass hunderte von Krankenhäusern in der Erstuntersuchung unterschiedlicher Größe zu wenigen Gruppen zusammengefasst wurden und damit die unterschiedlichen Ergebnisse von Krankenhäusern mit gleicher Operationsleistung nicht herausgearbeitet werden konnten. Es waren nur die diagnosebezogenen Versicherungsdaten herangezogen worden, ohne Komorbiditäten und

Risikofaktoren. Die weitere Analyse der Grobdaten ergab beim Vergleich von Krankenhäusern mit ähnlich hoher Operationsfrequenz deutliche Unterschiede im Ergebnis. Diese individuellen Unterschiede fanden sich genauso bei Krankenhäusern mit niederen Leistungszahlen, also Praxis führt damit nicht unbedingt zur Perfektion. Eine Untersuchung an fast 10.000 Dickdarmeingriffen durch über 800 Operateure ergab den bemerkenswerten Hinweis, dass die exzellenten Resultate nur von 39 Chirurgen, das sind 5 %, meine Damen und Herren, erbracht wurden, und dass diese Ärzte gleichermaßen in Spitälern mit großen, mittleren und kleinen Operationszahlen arbeiteten. Nur für bestimmte Hochrisikoeingriffe, um die geht es hier nicht in diesen beiden Krankenhäusern, die zur Diskussion stehen, nur dafür gibt es eine positive Relation zwischen Behandlungsergebnis und Operationszahlen. Auch Untersuchungen anderer Autoren, die Behandlungsergebnis der einzelnen Ärzte verglichen haben, konnten dies belegen. Also es kommt nicht auf den Käfig an, sondern auf die Vögel die drinnen sitzen und Übung macht auch nicht immer den Meister. Es rückt also der Chirurg in das Zentrum der Kritik und zwangsläufig lässt sich daraus folgern, dass individuelle Kompetenz und die Fähigkeit, systematische Fehler zu eliminieren, entscheidend für die Behandlungsqualität sind. Ich bin schon so alt, vielleicht darf ich Sie daran erinnern: Beide Krankenhäuser haben einmal denselben Primararzt gehabt, der die fast in die Knie gebracht hat, bis dann die Landesregierung den auf eine ungefährliche Position abgeschoben hat. Private Krankenhausträger in den USA, die Leapfrog-Gruppe und in Deutschland der HELIOS-Konzern, haben auf dieser Basis in ihren Kliniken ein Qualitätsmanagement implementiert mit dem Ziel, durch Vergleichbarkeit und Transparenz Behandlungsergebnisse zu verbessern, quasi chirurgische Glasnost und Perestroika. Die Diagnosen mit den Hauptkomplikationen ihrer Krankenhausabteilungen werden dokumentiert, verglichen und veröffentlicht – das kriege ich als Konkurrent zugeschickt. Kommt es zu Normabweichungen, so gibt es zunächst ein Audit, ein Informationsgespräch mit den betroffenen Chirurgen, bei fehlendem Positiveffekt kommt es zu einem Verbot bestimmter Eingriffe, oder es erfolgt sogar die persönliche Umsetzung in einen ungefährlichen medizinischen Bereich. Damit ließ sich die Ergebnisqualität eindeutig steigern und besonders hoch war dieser Effekt in Krankenhäusern mit kleineren Leistungszahlen. Damit wurde erstmals in diesen beiden Einrichtungen das ergebnisbezogene Patientenbedürfnis über chirurgisches Prestige gestellt. Dass auch kleine Leistungszahlen nicht zwangsläufig mit schlechten Ergebnissen einhergehen, lässt sich durch ein prominentes Beispiel belegen - Herr Professor Tscheliessnigg sitzt hier: An der Grazer Universitätsklinik für Chirurgie sind im Jahre 2007 nur 3 Herztransplantationen durchgeführt, in den Jahren zuvor waren es auch schon immer deutlich unter 10 Operationen gewesen. In der selben Zeit wurden 2007 in Innsbruck 7mal mehr und in Wien 11 Mal mehr am Herzen transplantiert, als in Graz und niemand hier kommt aber auf den Gedanken, wegen der permanent niedrigen Leistungszahlen den Grazern die Operation zu verbieten. Offensichtlich sind die Ergebnisse zu gut. Ein weiteres Problem ergibt sich aus dem Faktum, dass pro Jahr etwa 10.000 Eingriffe durchgeführt werden, Mitte der 60er Jahre von ca. 25 Ärzten, jetzt sind es etwa über 100. Die daraus resultierende geringere Einzelleistung ist aber dann

qualitativ hochwertig, wenn durch entsprechende organisatorische Mechanismen die systematische und individuelle Fehlerrate ausgeschaltet werden kann, wie es Herr Professor Tscheliessnigg in seinem Referat betont hat. Daraus ergibt sich als klare Konsequenz, dass Kontrolle, Transparenz und Förderung der Ergebnisqualität weit vor dem Instrument der Strukturqualität rangieren. Es kommt neben der zunehmenden Chirurgenzahl auch auf die reglementierte Arbeitszeit darauf an, bei gleichzeitiger Spezialisierung und Schwerpunktbildung, beides führt zum Verlust chirurgischer Breite. Wie weit diese Breite jetzt noch gebraucht wird, kann man diskutieren. Aber darunter leiden vor allem die Krankenhäuser in der Peripherie, die die Hauptlast der Versorgungsaufgaben tragen. Wenn man von der Selbstverständlichkeit absieht, dass hochriskante Operationen in einem Zentrum durchgeführt werden müssen, gibt es immer noch eine Vielzahl chirurgischer und unfallchirurgischer Eingriffe, die notfallmäßig oder kurzfristig ortsnahe erfolgen werden müssen. Es ist also die wesentliche Aufgabe einer Regierung, ihren Bürgerinnen und Bürgern Beschäftigung und Bildung, Sicherheit und Gesundheit zu garantieren und zu Letzterem gehört auch eine qualitätsorientierte ortsnahe Versorgung, wie immer das auch darstellen mag. Gesundheitspolitik und Ärzteorganisationen achten zu wenig auf die Ausbildung, die für den Bedarf an Chirurgen in peripheren Krankenhäusern wichtig ist. Folgt man den Vorstellungen von Herrn Professor Tscheliessnigg würde das bedeuten, dass in Feldbach oder Hartberg, überall müssten sie in der Chirurgie zwei oder drei Abteilungsärzte haben mit den unterschiedlichen Schwerpunkten, die sogar miteinander kommunizieren müssten, sonst würde das nicht hinkommen. Dem kann aber durch Kooperations- und Trainingsprogramme abgeholfen werden, um die gewünschte gleichmäßige Breite auf qualitativ hohe Versorgung zu erreichen. Der Bedarf an ortsnaher Versorgung in der Steiermark ergibt sich auch durch Geographie und Meteorologie. So gaukelt der postulierte Einsatz von Rettungstransportsystemen eine falsche Sicherheit vor. Hubschrauberflüge sind übers Jahr gerechnet in der Obersteiermark in etwa 30 bis 40 % möglich und ich möchte niemanden von Ihnen die Fahrt mit dem Rettungsauto von Aussee nach Rottenmann auch bei guten Straßenverhältnissen auf der überfüllten Ennstal-Route zumuten. Wer weiß, vielleicht gibt es doch einmal die Schnellstraße. Winterliche Straßenbedingungen sind hier exkludiert. Bewertet man also Ergebnisqualität höher als die Strukturqualität, implementiert man ein qualitätsorientiertes Kontrollinstrument und setzt ein bedarfsgerechtes Ausbildungskonzept um, dann lässt sich eine qualitativ gute ortsnahe chirurgische Versorgung der steirischen Bevölkerung ohne größere Probleme garantieren. Eine derartige Versorgung, meine Damen und Herren, stellt letztlich den kranken Menschen in den Mittelpunkt und sichert der Politik den Respekt ihrer Bürger. Vielen Dank. *(Beifall)*

Präsident: Danke Herr Dr. Muhr für Ihr Statement.

Wir kommen jetzt zum vorletzten Referat vor der Mittagspause, es ist zum

Thema „Das Fach Chirurgie aus Sicht der Qualitätssicherung und Planung“ von Dr. Michaela Moritz.

Sie ist Geschäftsführerin der Gesundheit Österreich GmbH, Universitätsrätin an der medizinischen Universität Graz. Ich bitte Sie, Frau Doktor.

Dr. Michaela Moritz: Herr Vorsitzender, Herr Landesrat, meine sehr geehrten Damen und Herren!

Ich vertrete hier die Institution, die in Österreich die Planung im Gesundheitswesen durchführt, die Gesundheit Österreich GmbH. Sie tut dies – ich schicke das voraus – im Auftrag des Bundes und der Länder und im Einvernehmen mit der Sozialversicherung, hier gibt es ja Grundlagen, nämlich einerseits Gesetze und andererseits Verträge, die diese Aufgaben regeln und die sogenannten Elemente dieser Planung haben sich in der letzten Zeit geändert. Wir hatten früher – also früher, die letzten 10, 15 Jahre – eine reine Krankenanstaltenplanung, die sich nicht mit den anderen Angeboten in den Regionen beschäftigt hat. Durch die Weiterentwicklung der Planung durch die Sichtweise, die eine wesentlich integrativere geworden ist, betrachten wir nunmehr Regionen, das sind üblicherweise etwa 3 Bezirke nach ihrem gesamten Angebot, also nicht nur dem vollstationären Angebot, sondern auch dem Leistungsangebot im ambulanten Bereich, im pflegerischen Bereich usw. Sie sehen das hier an der Vernetzung der vielen Angebote des Systems und haben hier sozusagen auf der Ebene der Bedarfsschätzung einerseits und auf der Ebene der Schätzung von Umlagerungspotentialen, vor allem aus dem vollstationären Bereich in andere Bereiche, also teilstationäre oder ambulante einen quantitativen Aspekt. Darüber hinaus beinhaltet diese Planung zunehmend qualitative Elemente, die ja vorhin genannt wurden. Einerseits von Prof. Tscheliessnigg, aber auch von Herrn Prof. Muhr, denn was hier gesprochen wurde über Ergebnisqualitätsregister und die entsprechende Diskussion der Ergebnisse, findet auch in Österreich statt. Und zwar anhand einer Reihe von Ergebnisqualitätsregistern andererseits, anhand z.B. eines weiteren Elementes der Qualität, sind Mindestfrequenzen. Und ich möchte diese Debatte jetzt nicht weiterführen, weil ich sie für diese Debatte hier für relativ irrelevant halte. Aus einem Grund: Wenn wir uns das Leistungsangebot anschauen, dann können wir im Großen und Ganzen die Leistungen sozusagen in drei Ebenen einteilen. Wir haben eine große Menge von Basisleistungen, die bei uns in Österreich überwiegend vollstationär erbracht werden. Das ist aber international bei Gott nicht so. Da gibt es ein hohes Auslagerungspotential, vor allem in der Allgemeinchirurgie, hin in den teilstationären oder in den ambulanten Bereich. Im Grunde kann man sagen, also ich bekenne mich dazu und ich muss das betonen, es kann nicht sein, dass es eine einzige Branche in diesem Kosmos gibt, bei der Routine keine Rolle spielt. Also, ich glaube, wir müssen uns einmal darüber einigen, dass es klar ist, dass Routine auch in der Medizin, die sich oftmals als Kunst versteht, dennoch eine Rolle spielt. Und ich glaube, da sind wir uns auch einig. Dennoch muss man sagen, es gibt solche Leistungen, für die wir nicht besondere Elemente der Qualitätssicherung einführen müssen, weil sie so basal sind. Das sind diese Basisleistungen. Ein bisschen anders sieht das schon bei den Schwerpunktleistungen aus und das wurde ja ausführlich von meinen Vorredner Pro und Kontra diskutiert, aber das fängt

selbstverständlich schon in der Endoprothetik an. Da hatte ich ja einen sehr interessanten Eindruck, wenn man für die Bad Ausseer meint, sie sollten nicht woanders hingehen, würde man das aber für alle anderen Steirer die nach Bad Aussee kommen sollten, durchaus in Kauf nehmen. Eine seltsame Sicht der Dinge. Aber, da haben wir schon ganz massive Elemente der Qualitätssicherung an dem Beispiel der Mindestfrequenzen. Und von den Spezialleistungen, hier wurde die Herzchirurgie oder die Herztransplantation angesprochen, ist das ja ohnehin klar. Dritter Punkt, wir haben auch gesetzliche Grundlagen und das Bundeskrankenanstaltengesetz sagt, dass jedes Land verpflichtet ist, die Krankenanstaltspflege für seine anstaltsbedürftigen Personen sicherzustellen. Es sagt auch, aber wir sind ja ein Land das sehr enge Grenzen hat und Patienten bis vor kurzem als Fremdpatienten und jetzt aller Arbeiter, auch als Gastpatienten titulierte, dass Anstaltspflege auch durch benachbarte Länder durchaus bereitgestellt werden kann, wenn diese Leute an der Grenze sozusagen, wohnen. Aber jedenfalls gibt es eine massive Verpflichtung des Landes, aber wir haben hier auch Zahlen als Vorgaben im Gesetz stehen. Das heißt, je nach örtlichen Verhältnissen sind 50.000 bis 90.000 Bewohner notwendig sozusagen für eine Standardkrankenanstalt. Das ist einmal die Basis. Darüber hinaus und dazu bekennen sich ja alle und haben das oftmals auch in ihren Landesgesetzen wiederholt, steht im ÖSG – im österreichischen Strukturplan Gesundheit -, und den haben immerhin Bund und Länder beschlossen, dass für Krankenanstalten mit geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit, Konzepte zur Umwidmung in alternative Versorgungsformen zu entwickeln sind. Und da ist eigentlich der Phantasie keine Grenze gesetzt. Das heißt, hier können dislozierte Tageskliniken, Ambulanzen, Kurzzeitpflegestationen, Gesundheitszentren usw. gerade mit der Schnittstellenbetreuung, angeboten werden. Nun, das ist sehr schwer zu sehen. Sie haben das in Ihren Unterlagen. Wie schaut das jetzt konkret für die beiden Standorte aus? Ich möchte das schon noch einmal auf den Tisch legen. Ein Element für die Bedarfsschätzung ist der natürliche Einzugsbereich und die Einwohner im natürlichen Einzugsbereich. Und dafür sind aufgrund von Formeln, die international auch anerkannt sind, Betten vorgesehen. Pro 100.000 Einwohner gibt es eine Bettenmessziffer, sozusagen eine maximale, eine minimale und eine mittlere. Also, wir liegen da bei 0,71 Betten für die Chirurgie. Das würde bedeuten bei den 15.000 Einwohnern in Bad Aussee, dass wir etwa bei 10 Betten wären. In Mürzzuschlag wären das 21 Betten und in Mariazell 4 Betten. Das sind jeweils jedenfalls Bettenbedarfe, die weit unter der Mindestabteilungsgröße für die Chirurgie liegen. Diese Mindestabteilungsgröße hat aber einen logischen Sinn, weil sie einerseits die wirtschaftliche Tragbarkeit begründete und außerdem und da muss ich es noch einmal erwähnen, natürlich für die Routine, für den Personaleinsatz und auch für die Auslastung des Personals von Bedeutung sind. Also, das müssen wir schon vorausschicken. Wie schaut denn das jetzt ganz konkret aus? Und um den Diskussionen vorzubeugen, „ihr habt ja da falsche Zahlen in Wien“, wir benutzen hier die Zahlen die Sie, meine Damen und Herren, dokumentieren in den Krankenanstalten, die bei ihrem Träger verifiziert werden, vom Land noch einmal kontrolliert werden und dann an den Bund weitergegeben werden und dort plausibilitätsgeprüft werden, nämlich die Krankenanstaltenstatistik.

Wie schaut das jetzt in Bad Aussee aus? Wir haben hier mehr als doppelt so viele Betten in der Chirurgie als die Bettenmessziffer ergibt. Fast dreimal so viele Betten. Also, das schwankt zwischen 26 und 29 in der Dokumentation, aber jedenfalls in der Gegend sind wir, bei einer Auslastung von 62 %. Eigentlich sollten es 85 % sein, um eine Vollausslastung zu haben. Aber wir haben trotzdem für die Einwohnerzahl eine sehr hohe Krankenhaushäufigkeit in der Chirurgie in diesem Zusammenhang. Wenn wir uns jetzt das Leistungsspektrum anschauen und daher habe ich die Diskussion vorher etwas seltsam gefunden, denn wenn wir uns die Aufnahmen anschauen in Bad Aussee und das Bild ist in Mürzzuschlag ganz gleich, dann haben wir praktisch alle Aufnahmen in einem sehr basalen Leistungsbereich, was eigentlich absolut dafür sprechen würde, diese Leistungen teilstationär oder ambulant zu erbringen. Das sind insgesamt in Bad Aussee ca. 1.300 Aufnahmen im Jahr. Davon gibt es bei der Hälfte der Aufnahmen Operationen. Wir haben 150 0 Tagesaufnahmen, also nicht um die 10 % - ein bisschen mehr. Das ist bei diesem Leistungsspektrum ein sehr niedriger Anteil. Man könnte also die Leistungen und das sind definitiv nach der Dokumentation Leistungen die genannt werden, sonstige Operationen, Haut, Hautanhang und Subkutis. Das sind fast 500 solcher Leistungen, also das ist etwas sehr Oberflächiges und hat auch nichts mit sozusagen tiefer hineingehen beim Operieren zu tun und wir haben dann einige unfallchirurgische und orthopädische Leistungen, die mit wenigen Ausnahmen, standardmäßig geplante Leistungen sind, das sind etwa 150. Dann haben wir doch die 24 Blinddärme gefunden, von denen ja man nicht weiß, ob sie alle 24 absolut akut waren. Das heißt also, für diese Leistungen die hier erbracht werden, ist eine lange Debatte um Qualitätskriterien an sich überflüssig, weil es so basale Leistungen sind, was nicht heißt, dass sie in entsprechender Qualität zu erbringen sind - das ist ja unbestritten -, aber wir müssen bedenken, dass für diese Leistungen ein Chirurgenradl, ein Anästhesistenradl vorgehalten werden muss, das sicherlich auch entsprechend ausgelastet ist, was bedeutet, dass wir extrem hohe Endkosten haben pro einzelnen Fall. Nämlich um 60 % höhere als im Krankenhaus Bruck/Mur. Das hängt mit der Vorhaltung zusammen. Mürzzuschlag hat ein ganz ähnliches Bild. Es hat hier weniger Aufnahmen im konkreten Bereich, dafür keine unfallchirurgischen und orthopädischen Leistungen, aber auch überdurchschnittliche Endkosten, die 39 % über Bruck/Mur liegen und einen ähnlichen Casemix ansonsten. Was ist nun unser Vorschlag aus der Sicht der Planung? Wir möchten mit allem Nachdruck darauf hinweisen, dass sich das Notarztsystem massiv geändert hat und mich wundert, dass hier gesagt wurde, dass das so schwierig sei und die Transporte so ein Problem seien. Das Paradigma der Notarztversorgung ist heute so, dass man die Patienten entsprechend ausführlichst am Unfallort stabilisiert und dann transportierte und die sozusagen Zeitschiene nicht mehr in dem Ausmaß gilt, wie das noch vor einigen Jahren der Fall war. Es wird sehr viel an Leistungen vor Ort erbracht und es ist die Stabilisierung vor Ort für den Transport ein ganz wesentliches Element. Das heißt unsere Empfehlung wäre, ein an sich ja gut funktionierendes Notarztsystem – und das ist ja auch eine Empfehlung des Rechnungshofes gewesen, ich weiß jetzt nicht ob Landesrechnungshof oder Bundesrechnungshof -, das auch schon unterschiedlich lang aber doch in allen diesen Standorten funktioniert, Mürzzuschlag seit 1989, Mariazell seit 1994, Bad Aussee

seit 1999, entsprechend mit Investitionen auszubauen. Dann lohnt es sich sicherlich, in Schulung zu investieren und hier sozusagen die Basis auch für eine Absicherung der Bevölkerung, dass sie entsprechend versorgt – das ist ja vielmehr ein psychologisches als ein reales Problem -, zu beweisen. Kurz gesagt und zusammengefasst würde ich sagen, dass wir hier 2 Extrembeispiele für eine periphere Lage mit kleinen Einzugsbereichen haben. Es stellt sich die wirtschaftliche und medizinische Wirtschaftlichkeitsfrage. Ich würde es kurz gesagt so sagen: Notfälle dürfen dort nicht gemacht werden und geplante Leistungen brauchen dort nicht gemacht werden, dafür gibt es keinen Grund. Das heißt, dass es hier notwendig wäre, alternative Versorgungsformen zu finden. Ich finde eigentlich das Konzept der KAGes. äußerst großzügig, das ist ein sehr umfangreiches Konzept, und dass es darüber hinaus ein wirkliches Leben der Verbände geben sollte, sie haben eine Trägerschaft. Also wo soll es leichter gehen als nicht hier? Der dritte Punkt wäre, ich habe es erwähnt, die Optimierung des Notarztsystemes. Vielen Dank. *(Beifall)*

Präsident: Ich danke Ihnen, Frau Drⁱⁿ. Moritz für Ihr Statement.

Wir kommen zum letzten Statement vor der Mittagspause, zum

Thema „Aktuelle Entwicklungen zum Stellenwert operativer Fächer in ländlichen Regionen“ von Herrn Dr. Walter Michael Strobl.

Er ist Facharzt für Orthopädie, orthopädische Chirurgie, Berater internationaler NGO's und Gesundheitsinstitutionen sowie Vorsitzender des Ethikbeirates der Vinzenzgruppe. Ich ersuche Sie um Ihr Statement.

Dr. Walter Michael Strobl: Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren!

Danke für die Gelegenheit, hier zu Ihnen sprechen zu dürfen. Ich möchte Ihnen über die aktuellen Entwicklungen zum Stellenwert operativer Fächer in ländlichen Regionen berichten: Es ist vielleicht etwas, was über das hinausgeht, was wir bis jetzt gehört haben. Ich möchte meinen Vorrednern danken. Es waren wichtige Worte, die ich zum Großteil nicht wiederholen muss.

Wir stehen vor der Frage und ich wurde gefragt: Braucht Bad Aussee eine vollwertige chirurgische Abteilung?

Dazu ist es zunächst einmal notwendig sich anzuschauen, welchen Stellenwert operative Fächer haben. Es wurde von Frau Dr. Moritz ja schon ausführlich dargestellt, wie schwierig die Situation durch die hohe fachliche Spezialisierung geworden ist. Aber wir müssen auch genau berücksichtigen, welche Art von Bedarfserhebung wir hier überhaupt anwenden können?

Und damit Sie, weil Sie mich ja größtenteils nicht kennen, sehen aus welcher Ecke ich komme und warum ich jetzt kurz vor der Mittagspause noch Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch nehme, erlaube ich mir einige Worte zu meiner Person: zunächst möchte ich betonen, dass ich hier völlig unabhängig

aufetre. Ich gehöre keiner Partei oder Interessensvertretung an, auch keinem Krankenhausverbund oder Geschäftsführung an – diese meine würde eine ganz andere Stellungnahme abgeben, als ich es mache. Als Arzt habe ich 25 Jahre Berufserfahrung, arbeite sowohl intramural in Krankenhäusern als auch extramural seit 15 Jahren in meiner Praxis. Ich bin sowohl zum Allgemeinmediziner als Generalist als auch zum Facharzt als Spezialist ausgebildet. Ich weiß, was es heißt Generalist zu sein, habe als solcher eine Zeit lang vor meiner Spezialisierung in Landpraxen z.B. im Waldviertel vertreten. Und ich weiß auch, was es heißt spezialisiert zu sein: Ich arbeite seit 25 Jahren im chirurgischen Akutbereich, aber auch im Palliativbereich und Rehabilitationsbereich in unserem Gesundheitswesen. Ich arbeite in der psychosomatischen Medizin und im sozialen Bereich, weil ich Medizin deswegen als meinen Beruf gewählt habe, weil ich ihn als soziale Aufgabe sehe. Als Mediziner mit einer ökonomischen und ethischen Ausbildung arbeite ich sowohl in einer Stadt, in erster Linie in Wien, als auch in ländlichen Regionen – da vor allem in Niederösterreich, Kärnten und Vorarlberg, wo wir ein Versorgungssystem aufgebaut haben, das das auch international umgesetzt werden konnte:

Wir betreuen behinderte Kinder in Österreich und verbessern mit Hilfsmitteln und Operationen ihre Lebensqualität. Wir betreuen Schwerstbehinderte, die in unserer Gesellschaft zum Teil ein Tabu darstellen, und ich weiß, wie sehr die Gesundheitspolitik hier eine positive Rolle spielen könnte, wenn sie es wollte, es aber nicht tut. Wir haben gelernt mit komplexen sozialen, ökonomischen und medizinischen Aufgaben umzugehen, um die Mobilität für Behinderte für Beruf und Alltag in unserer Gesellschaft zu verbessern und zu erhalten. Seit 20 Jahren sind für uns die verschiedenen Möglichkeiten einer integrierten Zusammenarbeit selbstverständlich. So war es möglich ein flächendeckendes Netzwerk für behinderte Menschen in Österreich zunehmend auszubauen und dieses Knowhow auch gemeinsam mit Hilfsorganisationen zu exportieren. So konnte ich dabei insgesamt 23 Gesundheitssysteme kennenlernen, in denen wir versuchten Medizin, Infrastruktur und Ökonomie auf einen „grünen Nenner“ zu bringen. Zuletzt haben wir im Herbst in Abu Dhabi ein Konzept vorstellen können.

Wie können wir nun diese fachlichen, sozialen, kulturellen und ethischen Grundbedingungen für eine zeitgemäße Bedarfsanalyse verwenden? Ich glaube, dass es für Bedarfserhebung und Gesundheitsplanung wesentlich ist – egal, ob für Österreich, für die Steiermark oder für ein internationales Land – mehrschichtig auf mehreren Ebenen zu denken.

Wir müssen „Bedarf“ etwas weiter fassen. Natürlich können wir Bedarf auch einfach betrachten, dann werden wir immer in Konfliktsituationen kommen. Wenn wir ihn etwas weiter sehen, wird die Analyse exakter. Wenn wir aktuelle Bedarfserhebungen näher betrachten – und damit haben wir uns in einer Master Thesis an der Wirtschaftsuniversität in Wien beschäftigt – dann erkennen wir Schwächen. Und diese Schwächen wirken sich direkt auf gesundheitspolitische Entscheidungen auf der Basis gesundheitsökonomischer Erkenntnisse aus, die die seit 20 Jahren immer wieder „aufgetischt“ werden und sich aus unserer Wirtschaftstheorie der letzten Jahrzehnte ableiten, die, wie

Sie ja wissen, relativ kläglich gescheitert ist. Sie werden beispielsweise erkennen, dass die Bedarfsgerechtigkeit für geografische Randgebiete zu wenig berücksichtigt wird. Die kommt ja zu kurz.

Wirkliche outcome studies für medizinische Ergebnisse gibt es praktisch nicht. Die LKF-Daten sind leider nicht valide, da mit den Daten des Codierungssystems, das nun seit 12 Jahren zugrundeliegt, nur schwer etwas anzufangen ist.

Angebotsgesteuerte Nachfrage ist auch ein Thema, das hier hineinspielt und zu wenig Berücksichtigung findet. Die integrative Leistungsfähigkeit ist im Gesundheitswesen umso besser, je besser die einzelnen Personen kooperieren. Und das ist umso besser, je kleiner die Strukturen sind und je kleiner die Krankenhäuser sind.

Die Partizipation der Patienten, der Bevölkerung als potentiellen Patienten wäre ebenfalls dringend notwendig. Weiters fehlt eine Einbindung von Sozialmedizinern – Public Health – Ethikexperten.

Lassen Sie uns nun so eine Bedarfserhebung für Bad Aussee, das gilt teilweise auch für Mürzzuschlag, durchführen. Wir können klare Fakten erheben, auf verschiedenen Ebenen, demografisch, geografisch, sozialmedizinisch aber auch regionalwirtschaftlich. Und ich glaube, darum geht es ja auch, wenn Sie entscheiden müssen.

Wir müssen zunächst eine Stakeholder-Analyse durchführen: Wer ist betroffen? Welche Nutzer/Anbieter gibt es hier? Also die Bevölkerung genauso wie die Politik, die Dienstleister, die Wirtschaft, die von dem Spital abhängt.

Ich werde Ihnen jetzt nach einer subjektiven Einleitung solche objektiven Daten liefern:

Was ist gesundheitsökonomisches Faktum?

Einerseits eine zunehmende Spezialisierung der Medizin, wie es Herr Professor Tscheliessnigg gezeigt hat, andererseits eine notwendige Effizienzsteigerung des Gesundheitswesens, weil die Kosten nicht explodieren dürfen. Wir brauchen Umstrukturierungen, Kooperationen, das ist überhaupt keine Frage, das ist heute selbstverständlich, über das diskutiert man nicht einmal mehr.

Weiters gibt es ein politisches Faktum, dies ist ein einstimmiger Regierungsbeschluss, der hier gefällt wurde und der eine allgemeine unfallchirurgische Basis und Notfallversorgung an 7 Tagen in der Woche rund um die Uhr unter Sicherung der medizinischen Qualität festgestellt hat.

Darüber hinaus gibt es klare kausale Fakten, Einsparungen führen zu einer Leistungsreduktion. Wenn eine vollwertige Chirurgie nicht mehr da ist – ist klar – gibt es weniger Leistung, da braucht man auch nicht viel herumdiskutieren, so ist es einfach.

Es gibt aber auch geographische Fakten. Es gibt das Faktum, dass das steirische Salzkammergut eine alpine Binnenregion ist, die nur über 3 Passstraßen erreichbar ist und in einer klimatischen West-Staulage liegt. Diese Situation gibt es in den Alpen nur in sehr wenigen Fällen. Wenn Sie die anderen Alpenländer Schweiz und Frankreich analysieren, finden Sie diese Kombination äußerst selten. Also auch ein relativ starkes geographisch-klimatologisches Argument.

Sicherheitsfakten gibt es ebenfalls: Das heißt, wenn wir hier eine komplette Chirurgie auflösen, lösen wir natürlich auch ein komplette Anästhesie auf. Wenn eine Notfallmedizin an deren Stelle treten soll, muss man sich anschauen, wie oft ist diese verfügbar und auch wirklich rund um die Uhr vor Ort?

Dies sind lauter Probleme, die natürlich eine Angststimmung in einer Bevölkerung auslösen können, die ernst genommen werden muss.

Es gibt ökonomische Fakten wie eine Effizienzsteigerung, die natürlich von KAGES-Seite eindeutig zu sehen sind. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht gehört dieses Spital, gehören alle kleineren Spitäler geschlossen. Die äußerste Konsequenz dieser Überlegungen wäre dann, dass man nur noch in Wien ein Riesen-AKH braucht, das ungefähr 3 Mal so groß ist, und alle Österreicher dort hinfliegt. Aber das ist natürlich eine Übertreibung, die hier nicht angebracht ist, wir sollten vielmehr versuchen, den Konflikt zwischen Versorgungssicherheit und -gerechtigkeit zu lösen.

Dies ist ein Konflikt, der auch klar von der Gesundheitspolitik dargestellt werden muss. Es geht um den Konflikt zwischen einer betriebswirtschaftlichen Sicht, aus der logischerweise die KAGES oder ein sehr aktives Privatunternehmen, wie in dem ich arbeite, natürlich ganz klare Argumente liefert. Aber, wenn hier gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen werden sollen, muss man auch die makroökonomische Sicht klar sehen.

Eine transparente, verständliche Darstellung ist notwendig und die ist, wenn man beide Seiten sieht, die sehr wohl möglichen Verbindung zwischen mikroökonomischer und die makroökonomischer Sicht. Das heißt, wir müssen volkswirtschaftliche und regionalwirtschaftliche Fakten mit einbeziehen und die sind Folgende:

Im Ausseerland existiert eine medizinische Unterversorgung in einigen Spezialgebieten, dies lässt sich nicht leugnen. Es gibt eine überproportionale Zunahme des Durchschnittsalters der Bevölkerung in der Steiermark ganz besonders gegenüber Österreich und im Ausseerland auch noch einmal verstärkt gegenüber den Durchschnittszahlen der EU. Wir haben mit älteren Patienten zunehmend auch Patienten, Angehörige, Menschen ohne KFZ, die mehrstündige Anreisen auf sich nehmen müssen– die zum Beispiel 5 Stunden Fahrzeit ins nächste Krankenhaus benötigen, wenn es Teile des Krankenhauses nicht mehr gäbe. Wir müssen auch an Angehörige denken und an Menschen, die kein Auto haben, der öffentliche Verkehr ist – im Unterschied zu gesundheitsökonomischen Vergleichsländern - nicht entsprechend ausgebaut. Sicherlich gäbe es da Ausbaumöglichkeiten, aber die sind eben nicht in Planung.

Für Berufstätige steigen die volkswirtschaftlichen Kosten, die Opportunitätskosten umso mehr, je weiter die Wege in die Ambulanzen sind.

Die laufenden Arbeitsplatzverluste, die es ohnehin schon in allen ländlichen Regionen gibt und zwar in ganz Österreich, speziell Steiermark, Kärnten und in den alpinen Regionen, führen durch das Schließen regionaler öffentlicher Institutionen und privatwirtschaftlicher Niederlassungen zu einem Teufelskreis. Wenn Spitäler zusätzlich abgesiedelt werden oder reduziert werden und hier handelt es sich um eine Personalreduktion, sonst würde es ja auch keine Einsparung bringen - das ist logisch,

man muss das auch erklären – dann werden hier natürlich auch für die gesamte Region entsprechend Arbeitsplätze abgebaut. Und wir wissen aus neuesten Studien, dass andere Bundesländer aus diesem ökonomischen Grund, dass zwei Drittel der Wertschöpfung der Region zufließen, Krankenhäuser bewusst erhalten. Also auch dies kann ein Argument für den Erhalt sein, natürlich nur wenn es auch eine medizinisch sinnvolle Umstrukturierung gibt, das ist klar.

Auch ein Infrastrukturausgleich zwischen Städten und Ländern in der Gesundheitsvorsorge wäre besonders wichtig. Wir brauchen die hochspezialisierten Zentren, das ist überhaupt keine Frage, aber wir benötigen ebenso die regionalen Versorgungseinrichtungen, und diese sollten auch tatsächlich gleichwertig miteinander zusammenarbeiten.

Vor ein, zwei Jahren war es vielleicht noch umstritten, heute wissen wir es besser: Wenn wir für Regionen falsche wirtschaftliche Entscheidungen treffen, können wir damit die Wirtschaft zugrunde richten, weil sie allein auf der Grundlage psychologischer Entscheidungsfindungsprozesse der Menschen funktioniert. Der Gesundheitstourismus, der in Bad Aussee aufkeimt und allmählich aufblüht, würde natürlich durch so eine psychologisch falsche Entscheidung ein Krankenhaus zu reduzieren und die Chirurgie mit ihrem zentralen Stellenwert herauszunehmen, regionalwirtschaftlich kontraproduktiv wirken, möglicher Weise durch entsprechende sekundäre Zu/Abwanderungseffekte sogar katastrophal wirken.

Ökologisches Faktum ist, dass durch den kontinuierlichen Abbau regionaler Infrastruktur eine weitere gewaltige Zunahme längerer und häufigerer Fahrten erfolgt. So fördern wir eine vermehrte Umweltbelastung durch eine unüberlegte Zentralisierung.

Katastrophenmedizinische Faktoren sind hier ebenfalls zu berücksichtigen. Es geht hier um den Bau eines OP-Eingriffsraums, der auch qualitativ ein solcher ist, weiters um ein komplettes einsatzbereites Chirurgie- und Anästhesieteam, das in einer Katastrophensituation – es muss nicht immer der Schnee sein, es kann auch einmal ein Erdbeben sein, bereitstehen kann. Es handelt sich hierbei um eine Vorhalteleistung, die meines Erachtens vom öffentlichen Gesundheitswesen zu erbringen ist.

Und jetzt komme ich noch zu den Fallzahlen. Es ist doch so, wenn wir uns all diese Statistiken anschauen, dann haben alle Recht, die bisher gesprochen haben. Wir müssen uns ein bisserl genauer anschauen, um welche Operationen es denn hier überhaupt geht? Wenn es um hochkomplizierte Operationen geht, dann gelten diese Zusammenhänge sehr wohl. Aber für die einfache Basisversorgung, wie sie Frau Dr. Moritz erwähnt hat, gibt es eigentlich keine validen Zahlen. Und in Expertenkreisen sind all diese Zahlen heute sehr umstritten, die Argumente daher für die Gesundheitsplanung kaum wirklich verwendbar. Ein Zusammenhang zwischen Fallzahl und Behandlungsqualität kann nicht schlüssig gefunden werden. Beispielsweise in diesem ganz neuen Papier, das erst vor kurzem von einem meiner Kollegen aus der Schweiz veröffentlicht wurde und als Positionspapier an die Schweizer Regierung adressiert ist. Die Festlegung von Mindestmengen erfolgt aus ökonomischen und nicht aus medizinischen Gründen und daher sind politische und ökonomische Entscheidungen auch als solche zu begründen und nicht medizinisch.

Denn medizinische Ergebnisqualität – und das wissen wir – hängt von Ausbildung, Können und Wissen ab, von einer gewissen Übung mit Operationen, die wir machen, und von der Zeit für Zuwendung, Vertrauen, Zugang und Erreichbarkeit der Medizin. Was eine gute Medizin ist, wird heute nicht mehr von Arzt und Patienten sondern von anwesenden Ökonomen entschieden und das ist natürlich ein Problem, dem vorgebeugt werden soll. Menschliche Medizin muss auch eine „Heilkunst“ sein. Ja, wir sehen heute einen Paradigmenwechsel, so wie es Professor Tscheliessnigg gesagt hat, aber einen ganz anderen, nämlich in die Gegenrichtung, dass wir mehr Vertrauen, Verantwortung und Verlässlichkeit brauchen. Mehr Mut zu neuen Ideen, neue Ideen – gerade wenn ich an meine Turnuszeit in der Steiermark denke – die gibt es ja in Graz mehr als wo anders, warum packen wir sie nicht einfach an?

Es gibt Möglichkeiten, wieder zu einer umfassenden „Heilkunst“ zu kommen und zwar dann, wenn wir mehr die internationalen Entwicklungen berücksichtigen. Ich komme erst zurück von einem Aufenthalt in den USA, in Portland, in Oregon an der Westküste, wo anstelle der geschlossenen Spitäler die – in den USA gibt es seit ca. 12 Jahren ein leistungsbezogenes Finanzierungssystem – wieder neue kleine Landkrankenhäuser und Kinderspitäler gebaut werden, weil mit Tageschirurgie und mit ambulanter Chirurgie allein ein Qualitätsproblem neu aufgetreten ist. (*Glockenzeichen des Präsidenten*)

Und damit komme ich zum Schluss: Den Bedarf für Bad Aussee sehe ich in einem kleinen feinen regionalen Gesundheitszentrum mit einem Erhalt der chirurgischen Abteilung, mit einer Ergänzung durch dringend notwendige Fächer als Keimzelle für gesundheitstouristische Angebote. Und ich glaube, da sind die Ausseer in der Lage hier Einiges auf die Beine zu stellen. Es muss aber auch eine bundesländerübergreifende Kooperation geben und das habe ich heute hier komplett vermisst, dass hier eigentlich nur landesbezogen gedacht wird. Natürlich ist das ein Landtagssaal, aber ich glaube man sollte auch daran denken und auch eine Integration durchführen. Und wir brauchen ökologisch kürzere Verkehrswege, wir brauchen gleichberechtigte den hochspezialisierten auch Zentren der Regionalmedizin. Dazu müssen wir wieder Generalisten ausbilden, das kann man auch, Herr Professor Tscheliessnigg, man kann Generalisten ausbilden. Wir wissen aus der Tätigkeit in der Entwicklungszusammenarbeit, dass die Qualität der Operationen auch gut ist, wenn man Teams anlernt und wenn Ärzte woanders in Übung sind, kann man auch die Ärzte (*Präsident: Ich ersuche Sie, Herr Doktor, langsam zum Ende zu kommen*), kann man Generalisten und Teilzeitärzte gemeinsam anstellen und ein entsprechendes Konzept entwickeln.

Und dies ist mein letztes Bild – wo wir den OP als zentralen Punkt im Landeskrankenhaus Bad Aussee haben, wo eine Basisnotfallchirurgie kombiniert ist mit ambulanten tageschirurgischen aber auch einer kleinen stationären chirurgischen Einheit, an der genau die Gebiete erstmals wirklich versorgt werden, die jetzt in der Region nicht versorgt werden. Ich glaube, eine Möglichkeit besteht, wir müssen es nur anpacken und ich bin gerne auch bereit, da mit zumachen. Vielen Dank. (*Beifall*)

Präsident: Danke Ihnen, Herr Dr. Strobl für Ihr Statement. Wir kommen nun zur Mittagspause, wo ich alle Damen und Herren, die als Referenten aber auch als Zuhörer sich auf der Zuschauergalerie befinden, zu einem Mittagsempfang einlade. Dort stehen Speisen und Getränke zur Verfügung. Ich ersuche die Damen und Herren, sich um 13.45 Uhr – da wird die Enquete fortgesetzt – sich wieder pünktlich hier im Sitzungssaal einzufinden. Ich unterbreche die Sitzung.

Mittagspause von 12.13 Uhr – 13.45 Uhr

Präsidentin Gross: Laut Tagungsprogramm kommen wir nun zur Diskussionsrunde für die eine Zeit von zwei Stunden und fünfzehn Minuten vorgesehen ist.

Es besteht, wie bereits eingangs der Herr Präsident erwähnt hat, die Möglichkeit, sich mit den in der Sitzungsunterlage enthaltenen Formularen bei der stellvertretenden Direktorin des Landtages Steiermark, Frau Mag. Eveline Horvath-Reitbauer, zu melden, die Wortmeldung abzugeben und nach Erteilung des Wortes durch die Vorsitzführung kann das Rederecht dann entweder am Rederpult hier vorne oder auch auf Ihrem Platz mit einem Handmikrofon, das von Mitarbeiterinnen der Direktion übergeben werden, ausgeübt wird. Ich weise noch einmal darauf hin, dass die Wortmeldungen keineswegs länger als fünf Minuten dauern sollen, damit ein sinnvoller Diskussionsfluss gewährleistet ist.

Meine Damen und Herren, wir haben bis jetzt 24 Wortmeldungen und ich bitte diese Zeit einzuhalten. Ich weise auch darauf hin, dass die Geschäftsordnung natürlich auch am Nachmittag gilt.

Als Erstem, meine Damen und Herren, darf ich dem Herrn Abgeordneten Karl Lackner das Wort erteilen.

LTabg. Karl Lackner: Geschätzte Frau Präsidentin, Frauen und Männer in unserem Hohen Haus!

Herbert Angerer und andere hochqualifizierte Referenten haben heute und ich möchte für diese Region sprechen, die Bedeutung des LKH Bad Aussee hervorgehoben. Aber ich denke, das LKH Bad Aussee ist nicht nur für das Ausseerland von großer Bedeutung, sondern auch für das mittlere Ennstal. Das mittlere Ennstal zähle ich auch zum Einzugsgebiet des LKH Bad Aussee. Damit handelt es sich um ein Spital von insgesamt 23.000 bis 25.000 Einwohner. Auch ein erheblicher Anteil von Zweitwohnsitzen ist dem hinzuzurechnen. Eine große Bedeutung und das ist mir heute viel zu wenig angesprochen worden, hat das LKH Bad Aussee auch für den Tourismus. Im Ausseerland 800.000 Nächtigungen und wenn ich einen Anteil der 300.000 Nächtigungen aus dem mittleren Ennstal dazu zähle, dann ist das doch ein Faktum mit klar belegten Zahlen und Daten. Das möchte ich auch in Richtung des Herrn Dr. Pichlbauer sagen, der nur von 5.000 Einwohnern spricht und insgesamt festhalten auch zu den Fakten seiner Blinddarmdiagnose. Ich möchte auch festhalten, dass sich 17 niedergelassene Ärzte aus dem mittleren Ennstal und aus dem Ausseerland klar für den Erhalt und Ausbau dieses Spitals ausgesprochen haben und dass sich dieses außerordentlicher Beliebtheit erfreut.

Patienten sind voll des Lobes über die Behandlungsqualität, die Pflege und die Betreuung und ich kann das auch aus meiner eigenen Sicht sagen. Ich war schon mehrmals bestbehandelter Patient in Bad Aussee. 23.000 Unterschriften und auch die heutige Anwesenheit und Kundgebung bedeuten auch klar, dass da die Region hinter diesem LKH steht. Für mich stellt sich heute aber auch die Diskussion und vor allem auch die Frage, wie man mit der Verteilungsgerechtigkeit in unserem Land umgehen will. Optimale Versorgung nur für die Gunstlagen, den städtischen Bereich oder auch für die ländlichen Räume, von denen man immer so groß redet und das Wort ergreift, aber wenn es dann ernst wird, dann schaut es aus, halt da nichts mehr her. Neun Referenten haben heute Vormittag referiert und mir ist aufgefallen, dass vier dieser Referenten die gegen den Erhalt und den Neubau der Chirurgie in Bad Aussee waren, eigentlich im städtischen Bereich daheim sind. Entweder dort wohnen oder arbeiten, Wien oder Graz. Dass man da eine ganz andere Sichtweise hat als wenn man draußen in der Region lebt ist auch ganz klar. Und zur Spezialisierung, Herr Prof. Tscheliessnigg muss ich dazu sagen, wenn das Interesse der gesamten Betrachtung des Patienten hinten anzustellen ist, dann heißt das für mich nur: Der Eingriff wird durchgeführt, wie es dem Patienten vorher oder nachher geht, ist womöglich nicht mehr so wichtig. Nach den guten Argumenten der Fachexperten kann ich nur an alle Verantwortungsträger den Appell richten, besonders an die Abgeordneten Kollegen die mit zu entscheiden haben werden was in Bad Aussee und in Mürzzuschlag passiert, dass wir uns für den Neubau dieser Chirurgie einsetzen. Besonders appelliere ich an die Kollegen der Region, Schönleitner, Persch. Gerade die Grünen setzen sich so stark immer für den ländlichen Raum ein. Ich denke, das Spital Bad Aussee darf nicht Opfer einer für mich schwer nachvollziehbaren Reform werden. Das wäre eine Benachteiligung von einer großen Anzahl, 25.000 Einwohner, Gästenächtigungen im Ausmaß von einer Million, in der Betreuung dieser Menschen. Auch der Neubau und die Chirurgie ist vielmehr eine Frage der besonderen nachgewiesenen Notwendigkeit für die Bevölkerung des Ausseerlandes, des mittleren Ennstales und für alle unsere Gäste. Danke. *(Beifall)*

Präsidentin Gross: Ich danke dem Herrn Abgeordneten vor allem für die Einhaltung der Zeitdisziplin und darf als Nächstem, dem Herrn Abgeordneten Josef Straßberger, das Wort erteilen. Die Reihenfolge ist so, wie Sie sich angemeldet haben, und wird von uns nicht verändert.

LTAbg. Josef Straßberger: Geschätzte Frau Präsidentin, Herr Landesrat, verehrte Damen und Herren Abgeordnete, verehrte Damen und Herren ReferentInnen und ExpertInnen, geschätzte Damen und Herren im Auditorium!

Ich darf mich einmal herzlich bedanken für die Ausführungen der Referentinnen und Referenten heute Vormittag. Sehr sachspezifisch und man hat natürlich von jedem Vortrag sich etwas merken können. Ich werde nicht über Bad Aussee, sondern über das Krankenhaus, über die Chirurgie in Mürzzuschlag sprechen. Alle diejenigen die nicht wissen wo das ist: Das ist kurz vor dem Semmering. Eine Industriestadt und eine High-Tech-Industrieregion. Ich darf aber etwas chronologisch beginnen. Im

Jahr 2002, die erste Chirugiereform. Mariazell hat keine Frequenzen. Die Chirurgie in Mariazell wird geschlossen. Primarius Amsüss, ich bedanke mich. Sie und die beiden Bürgermeister Pertl und Seebacher haben dort hervorragende Arbeit gemacht mit der Auflage, es wird in Mürzzuschlag operiert. So haben wir das den Leuten damals dort gesagt. Und es war auch die Zustimmung so. 2004 wieder ein anderer Gesundheitslandesrat, auf einmal, Mürzzuschlag wird gesperrt, Fürstenfeld, Bad Aussee und Voitsberg. Wir haben dann gekämpft und Herr Primarius hat es schon gesagt, man hat dann einen Kompromiss erreicht. Die volle Chirurgie in Mürzzuschlag ist abgespeckt worden. Dieses Ergebnis ist hier in dem Beschluss im Jahr 2005 auch dokumentiert. Mit 13 oder 14 Segmenten, meine Damen und Herren, die in Mürzzuschlag passieren. Und ich sage das heute hier und habe das immer gesagt, ich stehe zu dem Spitalsverbund Bruck/Mürzzuschlag/Mariazell. Aber es müssen dann auch diese Vorgaben eingehalten werden. Ich sage das ganz deutlich. Hier steht drinnen, dass Ärztrotationen stattfinden müssen und die Patientenströme von den zuständigen Abteilungsleitern in Bruck und Mürzzuschlag eben beobachtet werden und durchgeführt werden. Verehrte Damen und Herren, und wenn es eine Resolution der Stadtgemeinde Mürzzuschlag, des Gemeinderates gibt, Herr Bürgermeister, wo einstimmig hier beschlossen wird, dass diese Chirurgie aufrecht erhalten wird – ich bin ja neugierig was Sie heute sagen – und dort steht drinnen, dass im Jahr 2004 1.500 Operationen stattgefunden haben und jetzt sind es 600 oder 700. Da hat irgendetwas versagt. Und ich frage mich jetzt, wo ist die Kontrolle? Das kann nur bei der KAGes liegen. Jetzt bitte schön, die Dame und die Herren Vorstandsdirektoren, war vor eurer Zeit, sage ich auch, zumindest ein gewisser Teil. Hier hat das Versagen stattgefunden. Zuständig politisch sind die SPÖ Landesräte. Das Problem in der Gesundheitspolitik in der Steiermark ist ja das, dass wir alle zwei, drei Jahre einen neuen Verantwortlichen haben. Zuerst haben wir einen Arzt gehabt, dann einen Parteisekretär, dann haben wir einen Mittelschullehrer gehabt und jetzt haben wir einen Polizisten und Beamten. Nichts gegen Sie, Herr Landesrat, aber das ist Faktum. Es ist keine Kontinuität gegeben. Zuerst hat man gesagt, ja aus finanziellen Erwägungen muss das geschlossen werden. Bitte schön, es ist heute schon gesagt worden, es ist ja ein Peanuts. Ich habe das das letzte Mal am 10.2. gesagt, der Bilanzverlust in der KAGes 2007, 31.12. sind 509 Millionen Euro. Bitte schön, was sollen dann zwei oder drei Ärzte ausmachen. Dann hat es geheißen, die Qualität passt nicht. Das haben wir heute gehört und ich darf hier einen namhaften Experten zitieren, der heute schon Referent war, bei der Bürgermeisterkonferenz sagt er: „Die guten Leistungen der Kolleginnen und Kollegen im LKH Mürzzuschlag ...“ er erklärt „die Chirurgie habe sich in den letzten Jahren mit einer hohen Spezialisierung weiterentwickelt.“ Wo ist denn da dann irgendetwas von Qualitätsverlust, meine Damen und Herren, wenn das ein Experte sagt? Das heißt hier wurden wir „an der Nase“ oder werden wir, die Bevölkerung, „an der Nase herumgeführt“ und das kann es bitte nicht sein. Wir wollen in Mürzzuschlag status quo, wir wollen jene Leistungen auch in der Zukunft, die festgeschrieben worden sind. Denn wie auch Bad Aussee haben wir in Mürzzuschlag auch eine große Schiregion. Der Bürgermeister Reisinger sitzt da hinten: Spital, Stuhleck, Semmering, Lahmalm, Waldheimat usw., bis zu 15.000 Tagesbesucher sind am

Stuhleck im Winter Schi fahren. Darum meine ich, dass hier auch eine gute Versorgung gegeben sein muss. Denn die Gäste werden nach Neunkirchen oder Wr. Neustadt transportiert, weil wir sie in Mürzzuschlag nicht annehmen können und in Bruck/Mur alles voll ist.

Meine Damen und Herren, das ist die Sache. Wir wollen diesen Status quo, was jetzt in Mürzzuschlag passiert, was im Beschluss von 2005 festgeschrieben ist, wollen wir auch in der Zukunft haben und nicht diese 3 winzigen Peanutsleistungen, die hier in einem offenen Brief an die Bevölkerung geschrieben ist. Das wollen wir nicht. Ich bitte Sie, das nochmals zu überlegen. Herr Landesrat, Sie und Ihr Herr Landeshauptmann tragen die alleinige politische Verantwortung für die Handlungen – was auch immer herauskommt – wäre es ein Regierungsbeschluss, aber da hat Ihnen der Mut gefehlt, das einzubringen. Darum landen wir heute hier.

Danke für die Aufmerksamkeit. *(Beifall im Publikum) (Glockenzeichen)*

Präsidentin Gross: Ich darf an die Geschäftsordnung erinnern, die Vormittag gegolten hat und auch heute Nachmittag weiterhin gilt.

Meine Damen und Herren, als nächster Redner hat sich Herr Dipl.-Ing. Harald Gaugg gemeldet. Er ist Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark. Nachdem er der erste Redner ist in diesem Haus, der des Pultes vielleicht nicht ganz mächtig ist, darf ich dazu erklären: Es scheinen dzt. 5 Minuten auf. Diese 5 Minuten werden von mir abgerufen und am Schluss erscheint ein blinkendes Zeichen, bis die Zeit auf null ist. Dann kommt die 1. Ermahnung. Bitte, Herr Dipl.-Ing. Gaugg.

Dipl.-Ing. Harald Gaugg: Danke, Frau Präsidentin!

Ich hoffe, dass ich des Pultes mächtig bin. Meine sehr geehrten Damen und Herren, der Titel unserer Enquete lautet: Chirurgiereform 2009. Wir diskutieren hier seit in der Früh über vollwertige chirurgische Abteilung in Bad Aussee – ja oder nein? Oder, um in der Diktion der Bürgerinitiative zu bleiben, wir wollen unsere chirurgische Abteilung erhalten. Das ist eine andere Diskussion als eine Chirurgiereform in diesem Lande und das sollten wir vielleicht auch einmal versuchen zu betonen. Wenn wir über eine Abteilung „ja oder nein“ diskutieren, dann diskutieren wir hier darüber, eine Struktur, die 100, 150 Jahre alt ist, umzulegen auf die medizinischen Anforderungen des 21. Jahrhunderts. Und das macht die Diskussion so schwierig. Aus der Sicht der Planung ist, und das darf ich vielleicht behaupten, die Fragestellung falsch. Wie die meisten von Ihnen wissen, war ich verantwortlich für die ÖKAP und auf Bundesseite für den ÖSG und bin jetzt für den RSG verantwortlich. Zu ÖKAP-Zeiten haben wir genau so gedacht, wie heute die Argumentation läuft. Wir hatten gedacht, wir müssen versuchen, die vorhandenen Abteilungen vernünftig zu strukturieren, sind aber bald darauf gekommen – und die Frau Dr. Moritz hat das sehr deutlich heute erklärt -, dass integrierte Planung anders ausschauen muss und integrierte Planung andere Dinge berücksichtigen muss. Das heißt eine für mich als Planer richtige Fragestellung lautet: Wie kann ich der Bevölkerung in beiden Regionen alle Möglichkeiten der Medizin des 21. Jahrhunderts zugute kommen lassen? Und

das führt zu ganz anderen Schlüssen. Prof. Tscheliessnigg hat das sehr deutlich erklärt, wo die Unterschiede liegen: Wie schaut Notfallmedizin aus? Wie schauen geplante Eingriffe aus? Wie schaut die ambulante Situation aus? Diese Fragen müssen wir lösen – noch einmal –, um die Bevölkerung beider Regionen am Fortschritt teilhaben zu lassen und dieser Fortschritt hat nicht immer etwas mit der Struktur von chirurgischen Abteilungen zu tun.

Ich sage Ihnen ein anderes Beispiel, wo es auch um Bad Aussee gegangen ist: Wir versuchen „den Schlaganfall neu zu strukturieren“. Hier geht es auch um Zeiten, geht es auch um Wege, möglichst rasch in die Institution. Und eine unserer ersten Forderungen in der Plattform – und es gibt auch den Beschluss dazu – war, gerade auch in Bad Aussee einen Computertomografen zu installieren, um den Schlaganfall zu erkennen und ihn rechtzeitig in die richtige Institution zu schicken. Und um diese Dinge geht es. Es geht um die Versorgung der Bevölkerung. Und sowohl in RSG als auch im Österreichischen Strukturplan Gesundheit steht an 1. Stelle Versorgungsgerechtigkeit, steht an 1. Stelle Teilhaben aller in der gesamten Region am medizinischen Fortschritt – und darum geht es. Ich würde ersuchen, die Diskussion „Chirurgie ja oder nein“ in eine Diskussion „Was braucht die Bevölkerung“ umzumünzen. Dankeschön. (*Beifall*)

Präsidentin Gross: Als Nächster zu Wort gemeldet hat sich Herr Bundesrat Günther Köberl.

Bundesrat Günther Köberl: Geschätzte Frau Präsidentin, Herr Landesrat, anwesende Kolleginnen und Kollegen, werte Damen und Herren Fachexperten!

Ich glaube es war beeindruckend, was wir heute Vormittag auch an fachlicher Meinung zur Thematik Chirurgiereform gehört haben. Eines lässt sich aber klar und deutlich sagen: Wie zu vielen Punkten im Leben gibt es eine Fachmeinung dafür und eine Fachmeinung dagegen. Das lässt sich nicht vom Tisch räumen und deshalb bin ich glücklich, dass es heute diese Enquete gegeben hat. Denn es ist klar geworden, das auch den Medien – und ich hoffe allen Medien, dass es hier nicht eine Fachmeinung gibt, der besagt, dieser Schritt, der angedacht ist für den Standort Bad Aussee, ist aus fachlicher Sicht alleine umzusetzen. Hier gibt es durchaus auch andere Meinungen, das wurde klar und deutlich herausgearbeitet. Letztendlich ist es aber eine politische Entscheidung. Nur, eine politische Entscheidung wie es mit dem Standort Bad Aussee weitergeht, das interessiert auch die anwesenden Vertreter und Vertreterinnen der Region und da darf ich schon ein bisschen zurückblenden und zurückblättern, als einer, der hautnah seit dem Jahr 1994 dabei war. Damals 110 Betten, der Auftrag des Landes Steiermark: Liebe Ausseer, lasst euch etwas einfallen, sonst ist dieser Standort gefährdet. Es nach einem langen Entwicklungsprozess das Modell „Gesundheitspark Ausseerland“ gegeben – Herr Landesrat, du kennst es – mit einer psychosomatischen Modellklinik und einem Seniorenzentrum. Was bis heute fehlt, ist das dafür vorgesehene Landeskrankenhaus. Wieder zurückgeblendet: In den 90-er Jahren wurde die Bettenzahl auf rund 90 reduziert, dann auf 75 – heute stehen wir bei 73. Und bei dem, was 2005 einstimmig in der Landesregierung beschlossen wurde,

nach einem Kompromiss unter Einbeziehung von Fachexperten, die von der KAGES. nominiert wurden, sieht dieser eine sogenannte Basischirurgieversorgung für Bad Aussee vor. Ein Spital mit 52 Betten – wahrlich keine Riesenburg für eine Region, aber das Ergebnis einer Diskussion und ein Kompromiss, wo die Notwendigkeit erkannt wurde, auch diese Region gesundheitspolitisch in Zukunft zu versorgen. Und es wäre ja paradox und ein Hohn, wenn wir uns Gesundheitsregion nennen und wir wissen, das Spital wird reduziert und letzt Endes auch zugesperrt. Ich will kein falscher Prophet sein, aber wenn es in diese Richtung geht, dass wir in Bad Aussee ein neues Spital mit nur 40 Betten errichten, dann diskutieren wir in 5 Jahren darüber, warum diese 40 Betten nicht wirtschaftlich sind und ob wir es nicht in ein geriatrisches Zentrum umwandeln sollen. Diese Diskussion wollen wir uns ersparen und diese Mindestgröße von 52 Betten ist das, woran die Bevölkerung festhält, woran auch das unabhängige Forum unter Direktor Angerer festhält. Es ist nicht zum Parteipolitikum geworden, sondern es wurde gemeinsam getragen. Das ist mir auch wichtig, hier zu sagen, denn schnell ist man in einem parteipolitischen Eck. Nein, das ist der Wunsch, der Wille und die Hoffnung vieler Tausender in dieser Region und das glaube ich muss man auch in einem Gremium respektieren und verantwortungsvoll damit umgehen. Es wird in diesem Haus darüber entschieden, in einer Landtagssitzung im Juli. Wir wissen, dass dies heute die Vorinformation für den zuständigen Unterausschuss ist.

Ich darf mich an dieser Stelle aber auch bedanken. Man muss sich vorstellen, in welcher Situation die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses dzt. arbeiten. Das ist nicht leicht, wenn man im Blickpunkt der Öffentlichkeit steht und viele vielleicht darauf warten, dass ein Fehler passiert. Wenn es Mängel gibt, dann heraus damit. Wir warten auf die Berichte der Schlichtungsstelle. Stimmt die Qualität wirklich nicht, wie es genannt wurde? Dann zeigt man uns diese Dinge. Wenn es nicht der Fall ist, dann muss man mit dem Qualitätsargument wohl hintan halten. Noch einmal mein Appell an alle, die politisch verantwortlich handeln: Ich weiß schon, es mag Zahlen und Statistiken geben, die das eine oder andere interpretieren. Aber letzten Endes bleibt und ist es eine politische Entscheidung, die bereits entschieden wurde im Jahr 2005. Hier gab es eine einstimmige Zusage und das soll auch in Zukunft sein, denn es haben sich weder die Distanz zu Rottenmann, noch die Höhe der Pässe, noch die Niederschlagsmengen in den letzten vier Jahren verändert. Wir fordern ein, dass das eingehalten wird, was einer gesamten Region einstimmig versprochen wurde. Danke! (*Beifall*)

Präsidentin Gross: Als Nächster zu Wort gemeldet hat sich Herr Bürgermeister Otto Marl.

Bürgermeister Otto Marl: Geschätzte Frau Präsidentin, Herr Landesrat, meine sehr geehrten Damen und Herren!

Ich danke zuerst für diese Enquete. Es ist tatsächlich ein Beweis, dass die Demokratie lebt auch in diesem Lande und auch in der Gesundheit. Und es ist auch für uns Ausseer wichtig, die gegnerischen

Standpunkte – wenn ich das so sagen darf – besser und genauer noch kennen zu lernen, um darauf zu reagieren. Danke nochmals allen, die uns das ermöglicht haben.

Meine Damen und Herren, die EU verpflichtet die Regionen, sich zu organisieren und unter Nutzung der regionalen Ressourcen sich zu stärken. Das Ausseerland, Salzkammergut, wie wir uns nennen – und das ist kein Affront gegen die Steiermark, sondern ist eine Betonung des Ausseerlandes und unserer Urheimat, das Salzkammergut, und wir bekennen uns zu unserer Steiermark – hat sich vor Jahren ein Leitbild gegeben als Gesundheits- und Tourismusregion. Das sind unsere regionalen Stärken, die außergewöhnliche Landschaft und die hohe Qualität unserer Umwelt. Das ist eine Gegend, die prädestiniert ist für Tourismus, aber auch für Gesundheit. Und die Dynamik in dieser Region in den letzten Jahren ist beachtlich im Hinblick auf diese beiden Umstände. Eine beispielhafte tourismuswirtschaftliche Entwicklung und eine gesundheitspolitische Entwicklung haben in den letzten Jahren stattgefunden im Vor- und Umfeld und nach der Steirischen Landesausstellung 2005, initiiert durch eine beachtliche private Investition in vielen Bereichen und unter starker ideeller und finanzieller Unterstützung der öffentlichen Hand, vorrangig des Landes Steiermark. Ich danke hier allen, von unserem Landeshauptmann beginnend, die uns bei diesem Vorhaben unterstützt haben. Und das sind und waren gewaltige Beträge, die nach Bad Aussee geflossen sind. Es wurden Hotels gebaut, es wurde die psychosomatische Universitätsklinik errichtet, ein Pflegeheim, es sind Wintersporteinrichtungen am Loser und auf der Tauplitz gebaut worden, es wurde die Stadt erneuert in Bad Aussee, aber nicht nur in unserer Gemeinde. Es sind Hotels errichtet worden und es wird derzeit die Therme Grimming in Bad Mitterndorf gebaut und es steht das Vitalbad Aussee vor seiner Umsetzung. Das alles hat eine außergewöhnliche Steigerung der Nächtigungszahlen in den letzten Jahren mit sich gebracht und wir klettern in Richtung einer Million. In Bad Aussee allein hat es in den letzten beiden Jahren eine Steigerung um ein Drittel auf 230.000 Nächtigungen gegeben. Wir haben sehr viel erreicht. Wir haben, meine Damen und Herren, gemeinsam sehr viel erreicht, und es gibt noch viele Projekte nicht nur im verkehrsinfrastrukturellen Bereich.

Aber ein Thema bewegt diese Region, ein Thema, das sehr sensibel ist, das starke Emotionen geweckt hat, auch wenn man manches Mal zu zuviel Emotionen beigetragen hat, mir wäre oft mehr Sachlichkeit, aber auch trotzdem Konsequenz wichtiger gewesen. Seit 25 Jahren – und das betrifft nun bereits mich als viertem Bürgermeister – fordern die Ausseer, und sie kämpfen dafür, den Neubau eines neuen Spitals, den Bau eines neuen Spitals seit 25 Jahren und drei meiner Vorgänger haben es nicht geschafft. Das ist nicht Vorwurf, aber einfach Tatsache und zu sagen. Nun stehen wir unmittelbar bevor und ich bin sehr sicher, dass es dieses neue Landeskrankenhaus geben wird und dafür sind wir sehr dankbar. Aber es gibt einen schweren Wermutstropfen, keine stationäre Chirurgie. Und was sich die Ausseer wünschen, was sie fordern, das ist die Aufrechterhaltung der medizinischen Vollversorgung in der bisherigen Form auch im neuen Landeskrankenhaus. Wir fordern ein funktionierendes Landeskrankenhaus und eine funktionierende stationäre Chirurgie in diesem neuen Haus im Rahmen unseres Gesundheitsparks.

Was die Ausseer sicherlich nicht wollen, das ist ein neues LKH, das dann so umkämpft ist hinsichtlich seiner Leistungen, dass wir vielleicht nach zwei Jahren wieder auf die Straße gehen müssen. Wir brauchen diesen Bereich, Zukunftssicherheit, und wir brauchen ein Ende dieser nicht nur das Personal des Landeskrankenhauses zermürbenden Chirurgiediskussion. Und ich mische mich nicht ein in Fallzahlen und Qualitätsdiskussion. Ich glaube, diese Diskussion ist von beiden Seiten nicht zu gewinnen. Mir ist auch klar, dass eine Zusage von 2005 an sich eine Zusage bleiben muss. Mir ist aber auch klar, dass man mit einem Leistungskatalog von 2005 in der Chirurgie 2012 nicht mehr reüssieren kann. Da wird es Evaluierungen brauchen. Und 2012 ist das Datum, das frühestmögliche Datum der Eröffnung unseres neuen LKHs.

Wir haben eine Resolution in den Gemeinden ausgearbeitet, das einen Schwerpunkt fordert. Ich weiß, wie schwierig das ist, aber wir haben darüber zu reden und müssen darüber reden, meine Damen und Herren Ich sehe als meine Aufgabe als Bürgermeister nicht, dass ich Kampfredner bin. Absolut nicht und nirgends. Ich sehe auch nicht die Optimierung meiner medialen Präsenz im Vordergrund. Mein Job ist, das Beste für die Ausseerinnen und Ausseer zu erreichen. Mein Job ist verhandeln, verhandeln, verhandeln. Und ich und viele meiner Freunde haben über die Parteigrenzen hinweg viel für Bad Aussee erreicht. Versuchen wir es auch diesmal noch zu verhandeln, weiterhin das Beste für die und im Sinne der Ausseer zu erreichen.

Und so darf ich schließen mit einem Wort eines großen Steirers, dem wir heuer besonders gedenken: Erzherzog Johann, er sagte: „In der Eintracht vieler liegt die Kraft, die das Gute bewirkt. Dazu beizutragen ist eines jeden Aufgabe, tun wir es miteinander.“ Glück auf! (*Beifall*)

Präsidentin Gross: Als Nächster zu Wort gemeldet hat sich Herr Abgeordneter Lambert Schönleitner.

LTabg. Lambert Schönleitner: Frau Präsidentin, werte Expertinnen und Experten, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Lieber Kollege Straßberger, nachdem du sagst, du bist neugierig, was das Ennstal sagt, du wirst es erfahren jetzt in meiner Rede, weil du wartest ja schon gespannt darauf. Ich möchte es aber nicht ganz so aggressiv angehen wie die ÖVP, nämlich dein Vorredner, der Karl Lackner und dann du angegangen sind. Es ist ja dann beim Kollegen Köberl wieder ruhiger geworden, weil ich glaube, es soll eine Enquete bleiben und keine Landtagsdebatte im üblichen Sinn werden. Das ist ja der Grund dieser Enquete. Das sollten wir nicht vergessen.

Und was mir auch wichtig ist von grüner Seite hier noch einmal zu sagen, dass es uns im Speziellen äußerst wichtig war, dieses Forum hier stattfinden zu lassen, diese Breite der Diskussion zu geben, um die Debatte zu versachlichen, denn sie war über weite Strecken leider nicht mehr sachlich und es ist schon so, das muss man in Richtung ÖVP auch sehr sachlich, aber dennoch betonen, dass die ÖVP nicht immer so wie sie jetzt am Gas steht, in Richtung des Erhalts des Krankenhauses Bad Aussee

unterwegs gewesen ist. Die Positionierung der ÖVP in der Gesundheitspolitik war über weite Strecken sehr sachlich, aber nicht immer nur in diese Richtung, nämlich um kleine Chirurgen um jeden Preis zu erhalten. Was aber glaube ich wichtig ist, dass man noch ein paar Dinge anspricht, die heute aus meiner Sicht als Obersteiermark-Sprecher der Grünen und als grüner Vertreter schon noch zu klären sind, auch entweder heute in der Diskussion oder in der Folge, das sind zwei Dinge. Ich bin nämlich absolut dagegen, dass man Regionen weiter aushungert, dass man Strukturen weiter abbaut. Es ist ein Problem, wir wissen es im Ennstal. Nicht nur im Ennstal, speziell in der gesamten Obersteiermark, aber auch in anderen Regionen, dass uns immer wieder Strukturen wegbrechen. Und der Grund ist, dass es eigentlich ein schleichendes Runderschneiden ist, scheinbarweise der ländlichen Stärke, die vorhanden ist. Und darum glaube ich, wird auch diese Diskussion zu Recht sehr emotional auch geführt, weil eben auch die Angst besteht, dass hier wieder Regionen ausgehungert werden.

Aber jetzt zur sachlichen Debatte zurück. Mir wären noch zwei Dinge wichtig. Ich glaube, Rechnungshöfe – und das muss man einmal sagen, ich sage das auch als Kontrollsprecher hier im Landtag – prüfen in zwei Richtungen. Die eine Richtung ist die Sparsamkeit, die andere Richtung ist die Zweckmäßigkeit. Und auch dieser Bundesrechnungshofbericht und auch die Projektkontrolle des Landesrechnungshofes gehen in diese beiden Richtungen. Und so soll man es auch sehen. Es ist ehrlich, wenn man dazu sagt, es geht auch um Einsparungen. Aber es geht nicht nur um Einsparungen, es gibt auch Argumente, wo es um die Qualität geht. Und um genau diese Frage der Qualität, noch einmal tiefer zu hinterfragen oder zu hinterfragen, wenn was weg bricht, was kommt denn dann. Da sind zwei Dinge wichtig. Das eine ist nämlich die Komplikationszahl in steirischen Spitälern klar auf den Tisch zu legen. Ich meine damit nicht in Schladming so viele, in Hartberg so viele und in Aussee so viele Komplikationen, sondern ich hätte eigentlich ganz gerne als Abgeordneter dieses Hauses für meine Entscheidung im Juli die Grundlage, dass man sagen kann, kleine Häuser, mittlere Häuser, große Häuser, wie schaut es konkret mit der Komplikationszahl, mit den Fällen aus, die z.B. juristisch anhängig sind, die z.B. bei der PatientInnenanwaltschaft anhängig sind, wie schaut es aus. Das ist für mich eine wichtige Entscheidungsgrundlage. Denn nur wenn wir diese Frage beantworten, werden wir auch auf den Tisch legen können, ob denn das Fallzahlargument stimmt. In Deutschland, weil es heute vielfach angesprochen wurde, gibt es natürlich dieses Kriterium der Fallzahl, das ist richtig, man muss aber auch dazu sagen, dass es mittlerweile eine Debatte gibt, dass genau dieses Festhalten an den Fallzahlen dazu geführt hat, dass Operationszahlen künstlich nach oben gehen, weil natürlich die Häuser untereinander in Konkurrenz geraten und somit Operationen oft durchgeführt werden, die eigentlich nicht medizinisch indiziert sind. Das muss man mit bedenken diesen Stand in der deutschen Debatte. Die zweite Frage die mir aber viel wichtiger ist und da war ich heute schon von der KAGes etwas enttäuscht, um es vorsichtig und sehr sachlich zu formulieren, dass nämlich, wenn wir sagen Gesundheitszentrum, was wir Grüne ja wollen, unbedingt wollen, weil wir sagen, wenn es etwas gibt was der Region mehr dient, was auch Konsens darüber geben kann mit dem Forum, das ist nämlich mir wichtig, dass es eine Einbindung gibt, dann kann das nur so sein, dass dieses Konzept ganz klar in

seiner Struktur, in seinem Inhalt auf den Tisch liegt. Das war heute leider nicht der Fall. Das was wir von der KAGes hier gehört haben, war eine – vorsichtig formuliert – sehr vage Beschreibung, die nur sehr, sehr unkonkret war und eben nicht geeignet ist, um es schon als Gesundheitszentrum zu bezeichnen und als großen Fortschritt für die Region. Das habe ich nicht gesehen. Das hat mir sehr, sehr stark gefehlt und ich denke mir schon, dass bis zur Entscheidung, wie immer sie dann ausfallen wird, im Steiermärkischen Landtag diese Dinge auf dem Tisch liegen müssen. Nämlich die Komplikationszahl in steirischer Hinsicht und als zweites dieses Konzept der Gesundheitszentren, was uns Grünen sehr, sehr wichtig ist. Ich glaube, dann haben wir Entscheidungsgrundlagen, um im Juli entscheiden zu können. Eines kommt für mich sicher nicht in Frage als Vertreter der obersteirischen Grünen, darum freut es mich auch, dann bin ich schon fertig, lieber Karl Lackner, dass du gesagt hast, wir sind ja sonst immer so für die regionale Stärkung. Das hast du richtig erkannt, das ist so. Wir haben ja u.a. auch den Ärztebereitschaftsdienst abgesichert. Das war ja ein Antrag der Grünen im Landtag. Für uns ist es wichtig, dass die Region nicht ausgehungert wird, sondern, dass Strukturen gestärkt werden. Danke. (Beifall)

Präsidentin Gross: Als Nächster zu Wort gemeldet hat sich Herr Primarius Dr. Othmar Grabner.

Dr. Othmar Grabner: Frau Präsidentin, meine Damen und Herren!

Mein Name ist Othmar Grabner. Ich bin Primarius für Chirurgie und Unfallchirurgie in Rottenmann im Bezirk Liezen. Das heißt, ich bin ein mittelbar oder unmittelbar Betroffener. Ich möchte jedoch feststellen als Primarius einer Abteilung baue ich keine Krankenhäuser. Ich reiße auch keine Krankenhäuser nieder. Ich eröffne keine chirurgischen Abteilungen und ich schließe auch keine. Ich habe eine andere Aufgabe. Meine Aufgabe ist es, einem Versorgungsauftrag in vorgegebenen Strukturen nachzukommen. Ich bin dafür verantwortlich, die Bevölkerung eines bestimmten Gebietes nach bestem Wissen und Gewissen sowie nach Kriterien der Spitzenmedizin zu behandeln. Und es ist mir wichtig an dieser Stelle festzuhalten, Spitzenmedizin muss überall in der Steiermark passieren. Es gibt eine semantische Problematik. Spitzenmedizin muss man unterscheiden von Spezialmedizin. Das ist die Zentrumsmedizin die notwendiger Weise an spezialisierten Zentren stattfindet, weil man größere personelle Ressourcen, eine bessere Ausstattung, höhere Expertise auf einen bestimmten Sektor der Medizin braucht. Goldstandard ist heute gefallen, State of the Art Behandlung. Was heißt das? Jeder, ich betone, jeder Patient muss nationalen und internationalen Fachrichtlinien folgend bestens behandelt werden, 24 Stunden pro Tag, 7 Tage pro Woche, 365 Tage im Jahr. Und da ist es egal, ob der Patient oder die Patientin aus Bad Aussee, aus Donnersbachwald, aus St. Gallen, aus Landl oder aus Rottenmann oder wo auch immer her kommt. Jetzt haben wir im Laufe des heutigen Vormittages erfahren, dass sich die Bedingungen in der Medizin allgemein und die Bedingungen im Fach Chirurgie im Speziellen rasant ändern. Und seiner Verantwortung nachkommend, müssen wir auch vor dem Hintergrund von Arbeitszeitgesetz, das ist heute noch nicht gefallen, wir werden

wahrscheinlich noch etwas hören dazu, Ausbildungsqualität Patientensicherheit usw., reagieren. Ich möchte Ihnen jedoch persönlich an dieser Stelle versichern, alles in meiner Macht stehende zu tun, um die von Änderungen betroffenen Bevölkerungsteile, die Menschen aus dieser betroffenen Bevölkerung, ein Höchstmaß an Versorgungssicherheit zu bieten, gegenwartsbezogen und zukunftsorientiert, emotionslos und vorurteilsfrei. Veränderungen, das liegt in der Natur der Sache, verunsichern aber immer. Sie verunsichern alle Beteiligten, sie machen Angst, die jedoch vielfach unbegründet ist. Wie unbegründet das manchmal ist, da greife ich in eine historische Kiste und gebe Ihnen ein Beispiel aus meiner eigenen chirurgischen Vergangenheit. Im Jahr 1989 erfolgte die Pensionierung von Primarius Hutzl im Krankenhaus, das war der Chirurg im Krankenhaus Eisenerz, in einer anderen steirischen Region. Und das bedeutete natürlich für die Bevölkerung in Eisenerz und für das Krankenhaus eine einschneidende Veränderung, da die stationäre Versorgung chirurgischer Patienten eingestellt wurde. Das Primariat für Chirurgie in Eisenerz an das Primariat für Chirurgie in Leoben angehängt wurde. Dazu muss ich sagen, ich war fast 20 Jahre als Chirurg in Leoben tätig. Diese strukturelle Änderung führte zu einem Aufschrei in der Bevölkerung in Eisenerz und Umgebung und zu einer massiven Verunsicherung der betroffenen Chirurgen in Leoben, die damals eine 24-Stunden-chirurgische Ambulanz in Eisenerz zu betreuen hatten. Im Gegensatz zu heute gab es damals allerdings keine öffentliche Diskussion und kaum Einbeziehung der betroffenen Gruppen in den Entscheidungsprozess. Heute ist das dankenswerterweise anders. Auch standen uns damals bei weitem nicht die technischen Mittel von heute zur Verfügung. Erstaunlicherweise war das aber dann so, dass ich der anfängliche Unmut auf beiden Seiten, sowohl von der Bevölkerung, als auch von den Chirurgen, innerhalb kürzester Zeit quasi von selbst kalmierte, da sich das Modell Leoben/Eisenerz für alle betroffenen Seiten als absoluter Gewinn erwies und das auch heute noch, 20 Jahre nach seiner Initialisierung, noch tut. Also zusammengefasst, die Sorgen waren retrospektiv betrachtet, weitgehend unbegründet. Ich danke für die Aufmerksamkeit. (Beifall)

Präsidentin Gross: Als Nächster zu Wort gemeldet hat sich Herr Josef Schneidhofer, LKH Mürzzuschlag.

Josef Schneidhofer: Sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrter Herr Landesrat, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete zum Steiermärkischen Landtag!

Ich arbeite als Diplompfleger seit 1979 im LKH Mürzzuschlag und bin seit 1990 als Betriebsrat in unserem Haus tätig. Die Chirugiareform beschäftigt unser Haus schon seit dem Jahr 2004 sehr intensiv. Seit diesem Zeitpunkt sind auch die Fallzahlen rückläufig. 2008 hatten wir 435 operative geplante Eingriffe. Dividiert man das durch die 250 Arbeitstage und dividiert man das durch sechs Ärzte, welche wir vom Arbeitszeitgesetz auch vorhalten müssen, ergibt das rein statistisch gesehen 0,29 Eingriffe pro Tag pro Arzt. Dazu haben aber auch andere Umstände beigetragen. Z.B. hat 1997 ein Landeshauptmannstellvertreter einer zukünftigen Schließung der Chirurgie in Mürzzuschlag

zugestimmt. Es hat einen ehemaligen Vorstandsdirektor der KAGes gegeben, der hat die Chirurgie gelöscht. Die Chirurgiereform als Steckenpferd betrachtet, aber es gab auch einen chirurgischen Primar und einen ärztlichen Leiter in unserem Haus, der bis zu seiner Pensionierung die Abteilung fachlich und baulich kaum verändert hat, dazu aber auch die Möglichkeit gehabt hätte. Das sind alles Tatsachen aus der Vergangenheit. Wir wollen aber in die Zukunft schauen. Und die Zukunft heißt, dass wir, sprich die Anstaltsleitung und meine Wenigkeit, im Jänner dieses Jahres dem Vorstandsdirektorium und der KAGes ein Konzept vorgelegt haben, das das Krankenhaus Mürzzuschlag inhaltlich für die Zukunft absichert und auch Arbeitsplätze erhalten bleiben. Das bedeutet, wir wollen uns auf die Chirurgische Ambulanz spezialisieren, personell und operativ dementsprechend bestens ausgestattet und das 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr. Dann können wir als Drehscheibe dort fungieren und als Filterfunktion gegenüber dem LKH Bruck uns etablieren. Gestern hat mir noch ein Oberarzt unseres Hauses die aktuellen Fallzahlen aus der chirurgischen Ambulanz mitgeteilt. Das heißt, wenn ich das linear hochrechne, habe ich bis zum Jahresende mindestens 20.000 chirurgische ambulante Leistungen. Hinzukommen noch rund 1500 chirurgische besuche (Unverständlich!!!) bei Patienten auf der internen Abteilung. Das ist ein Beweis, dass wir die chirurgische Ambulanz in Zukunft stark benötigen. Zu meinen zentralen Thema. Das ist die REM-Station, welche uns vor Jahren zugesagt wurde und die wir seit 3 Jahren mit Provisorium mit 15 Betten mit 100 % Auslastung betreiben, die wir auch dringend für unsere Bevölkerung benötigen. Benötigen würden wir sogar 24 Betten. Weil die Bevölkerung im Bezirk Mürzzuschlag, sprich bei der demografischen Entwicklung der 60 bis 85-Jährigen in der Steiermark an zweiter Stelle hinter dem Bezirk Leoben rangiert. Und wenn schon nun die Bürgerinnen und Bürger unseres Bezirkes im Krankenhaus Bruck operiert werden, so sollten sie doch die Möglichkeit haben, dass sie im LKH Mürzzuschlag nachbetreut werden. Denn die nächsten REM-Stationen sind in Rottenmann und Hörgas-Enzenbach. Aus diesem Grund hat auch der Betriebsrat einstimmig eine Resolution beschlossen, welche ich dem Vorstandsdirektoren heute nach dieser Enquete übergeben möchte: Der Vorstand möge beschließen, dass diese REM-Station mit den Nebenräumlichkeiten Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie raschest umgesetzt wird. Ein weiterer Schwerpunkt ist das Modul der Rheumatologie bei uns im Haus. Als einziger (Unverständlich) in der Obersteiermark bieten wir diese Leistung für die Bevölkerung im Haus an. Das sollte auch in Zukunft ein fixer Bestandteil in unserem Haus sein. Weiters möchte ich noch kurz erwähnen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Hauses aus Eigeninitiative eine Hospizausbildung absolviert haben und somit könnten wir auch in Zukunft Palliativpatienten zu Hause betreuen bzw. es ergeben sich auch die Möglichkeiten, tagesklinische Patienten, auch Senioren, betreuen zu können. Ich bitte die Abgeordneten des Steiermärkischen Landtages das in Zukunft bei ihren Überlegungen einfließen zu lassen und sage Danke für die Aufmerksamkeit (*Beifall*)

Präsidentin Gross: Als Nächstem darf ich Herrn Primarius Dr. Rudolf Schrittwieser das Wort erteilen.

Primarius Dr. Rudolf Schrittwieser: Sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Abgeordneten, sehr geehrte Damen und Herren!

Vielen Dank für die Möglichkeit, hier ebenfalls eine Sicht eines peripheren betroffenen Chirurgen und Abteilungsleiters darstellen zu dürfen. Ich habe im Jahr 2006 die Leitung der chirurgischen Abteilung Mürzzuschlag und chirurgischen Abteilung Bruck/Mur von Prof. Hermann übernommen. Das heißt also zu einem Zeitpunkt, wo im LKH Mürzzuschlag die Chirurgiereform mit dem eben angesprochenen Spektrum bereits umgesetzt war. Das heißt wir haben zu diesem Zeitpunkt eine 24-Stunden-Ambulanz eingerichtet gehabt für die Erst- und Akutversorgung der Patientinnen und Patienten und wir hatten und haben ein chirurgisches Operationsspektrum, das vorher genau festgelegt wurde. Das heißt, Operationen mit möglichst geringem präoperativem Risiko und möglichst kurzzeitstationären Aufenthalt. Diese Situation durch die Chirurgiereform habe ich so übernommen und es wurden natürlich auch Planungen angestellt, wie sich diese Zahlen entwickeln werden. Es sind also jetzt zwei Dinge zu trennen, das Eine: Die Versorgung des Akutpatienten und das Andere: Die Versorgung der geplanten Patienten, das heißt, die Durchführung geplanter Operationen. Zur Versorgung dieser Akutpatienten ist zu sagen, dass ich diese nicht ändern würde, weil wir ja die 24-Stunden-Ambulanz gleich beibehalten würden, wie wir sie jetzt haben. Das heißt also wie auch bisher, wenn ich Ihnen das vielleicht an einem oft zitierten Beispiel erläutern darf: Die Versorgung eines Patienten mit einer fraglichen Blinddarmentzündung ist immer angesprochen worden. Das heißt, der Patient kommt auch in Zukunft ins Krankenhaus Mürzzuschlag, in die chirurgische Ambulanz Mürzzuschlag, wird dort vom diensthabenden Facharzt oder der Fachärztin angeschaut und diese oder dieser entscheidet dann, das ist etwas, was man operieren muss. Dann ist zuständig die Leitabteilung in Bruck/Mur. Aber was man dazu sagen muss, in der Zeit, wo der Patient dann in der Rettung nach Bruck unterwegs ist, kann natürlich schon der Blutbefund, der vorher in Mürzzuschlag abgenommen wurde, in Mürzzuschlag erhoben werden und telefonisch dem diensthabenden Kollegen in Bruck/Mur mitgeteilt werden. Das heißt also, dieses normale Aufnahme-prozedere kann natürlich abgekürzt werden. In Bruck/Mur wird der Patient dann vom diensthabenden Chirurgen oder der Chirurgin angeschaut und wird endgültig entschieden, ja das ist zu operieren, Ja/Nein, und kann natürlich direkt in den OP gebracht werden. Dazu ist zu sagen, auch die angesprochenen Wartezeiten. Auf der Abteilung der Allgemein Chirurgie wurde das von mir so geregelt, dass Patienten, die von mir angekündigt wurden aus Mürzzuschlag, und das ist bei jedem Patienten der Fall der von Mürzzuschlag aus der Ambulanz Mürzzuschlag oder aus der Station nach Bruck/Mur transferiert wird, selbstverständlich bevorzugt behandelt werden, weil die ja doch schon eine längere Zeit unterwegs sind. Diese Versorgung der Akutpatienten von Unfallchirurgischer Seite wird gemeinsam mit Prof. Schweighofer und seinem Team der Unfallchirurgischen Abteilung in Bruck/Mur durchgeführt. Und

auch hier werden natürlich die Wartezeiten ständig evaluiert und das es natürlich im Anfang möglicherweise zu längeren Wartezeiten gekommen ist, ist klar im Rahmen der Umsetzung. Aber auch hier haben wir uns deutlich verbessert und ich kann von allgemeinchirurgischer Seite sagen, dass die Wartezeiten hier sicher keine Rolle mehr spielen. Was ich auch dazu sagen kann, mit dieser Erfahrung von 2 ½ Jahren, wo ich das also gesehen habe, dass wir definitiv sagen können, dass kein Patient durch diesen längeren Transportweg von 25 Minuten in Gefahr gekommen ist. Die Rotation der Ausbildung wurde auch angesprochen. Auch hier wurde eine Rotation durchgeführt. Es wurden Patienten von Bruck/Mur nach Mürzzuschlag transferiert. Wir haben sogar einen ganzen Operationstag mit Patienten aus der Chirurgischen Ambulanz in Bruck/Mur geführt. Aber die Zahlen und Zahlenschätzungen für diese geplanten Operationen haben sich doch vielleicht als zu optimistisch erwiesen. Noch ein kurzer Satz, weil es auch vom Kollegen Grabner angesprochen wurde, zum Arbeitszeitgesetz. Zum Glück haben wir ein Arbeitszeitgesetz und zum Glück ist es meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern möglich, nach einem Dienst nach Hause zu gehen und damit sich zu erholen und am nächsten Tag wieder für den Operationssaal, für die Ambulanz, für die Endoskopie, wo auch immer fit zu sein. Aber das bedingt auch, dass in dieser Zeit, wo die Chirurgen da sind, wo die Kolleginnen und Kollegen da sind, sie in Übung sind, dass sie in den OP können, dass wirklich etwas passiert, dass sie ihre Hand anlegen können um dann im Notfall in der Akutsituation entsprechend die Routine zu haben, diese gut durchführen zu können. Vielen Dank. *(Beifall)*

Präsidentin Gross: Als Nächstem darf ich Herrn Primarius Gerhard Stark das Wort erteilen.

Primarius Dr. Gerhard Stark: Frau Präsidentin, Herr Landesrat, meine Damen und Herren!

Es hat mir etwas weh getan, wenn jemand sagt, man will nicht zum Geriatriezentrum verkommen. Dann muss man sich die Alterspyramide anschauen. Ich würde sagen, es ist ehrenhaft, sich auf die hin zu entwickeln. Und wenn ich hier in die Runde schaue, dann schauen wir natürlich nur auf den Nachbarn, der ist sicher älter als man selber, bis auf die jungen Damen, die den Schnitt heben. Wir werden sehr froh sein, hier Geriatrie zu haben. Als Vorsitzender der Vereinigung der Primärärzte, der ärztlichen Direktoren des Landes Steiermark möchte ich Ihnen einige Gedanken zu diesem Konzept näher bringen. Als Erstes: Die hochkarätige Diskussion um ein so ernstes Thema wie die Veränderung in einer lokalen Gesundheitseinrichtung gibt Sicherheit. Da durch einen derartigen Diskussionsprozess davon ausgegangen werden darf, dass es so auch zu bestmöglichen Lösungen kommt, in denen alle Bedenken und Vorschläge zu angedachten Lösungsansätzen für notwendige Adaptationsmaßnahmen zu einem für die Versorgung der lokalen Bevölkerung bestmöglichen Ergebnis führen. Veränderte Altersverteilungen und mit denen haben wir es zukünftig ganz dramatisch zu tun, hin zum höheren Alter in der Bevölkerung führen zu einem sich ändernden Erkrankungsmuster in der Bevölkerung damit zu seiner steigenden Frequenz insbesondere im Bereich der inneren Medizin und Geriatrie. Und allein, wenn Sie jetzt schon denken, in der inneren Medizin das durchschnittliche Alter unserer Patienten ist

beinahe 75 Jahre, und auch nicht viel anders im Bereich der chirurgischen Patienten. Nun die sich rasch ändernde Methodik in der Medizin hin zur Spezialisierung und der steigenden technischen Möglichkeiten machen Strukturänderungen in den Versorgungseinheiten notwendig und beeinflussen in Summe die Struktur des gesamten Gesundheitssystems unseres Landes. Diese beiden Punkte sind die wesentlichen Triebfedern für sich verändernde Inanspruchnahmen einzelner Versorgungseinrichtungen bis hin zu einzelnen Krankenhausabteilungen und wie wir gehört haben, auch zu einzelnen Ambulanzen, wenn sie sich nach den Bedürfnissen der Patienten ausrichten. Die hier für Bad Aussee und Mürzzuschlag von Frau Prof. Kohlberger schemenhaft angedeuteten und vorgestellten Konzepte bauen auf der sich ändernden Bevölkerungsentwicklung und den raschen medizinischen Entwicklungen auf. Es sind dies Konzepte, die ihren Feinschliff in der Umsetzung noch brauchen und gerade erst durch geäußerte Bedenken und Anregungen zu einer perfekten für die lokale Bevölkerung maßgeschneiderten zukunftsorientierten Versorgung werden lassen. Es wäre ein großer Fehler, einen Beharrungsstandpunkt einzunehmen und ist in der Zeit nicht zu erkennen, die entwickelnde Medizin nicht progressiv zu unterstützen. Die Primärärzte und derzeitigen Direktoren des Landes Steiermark stehen für die Wissenschaftlichkeit und Sachlichkeit und sind auch Garant für die Entwicklung einer hoch qualitativen medizinischen Versorgung unseres Landes. Wir haben es zum Beispiel nach den letzten vier Jahren geschafft, die Versorgung der Herzinfarktpatienten in der Steiermark derart zu optimieren, dass wir die Sterblichkeitsrate bei den schwierigsten Fällen, das sind die, die durch Reanimation und durch Schockzustand im Rahmen des Herzinfarktes die schlechtesten Überlebenschancen haben, um die Hälfte zu verringern. Dieser riesige Schritt nach vorne gelang nur durch Kooperation mit Schwerpunkteinrichtungen und nicht Beharren auf einen unumstößlichen lokalen Rundumversorgungswillen. Für das neue Konzept, für die Versorgung der Region Bad Aussee und Mürzzuschlag, ist durch Kooperation?? auf sich verändernde Umgebungsbedingungen und Zukunftsorientierung eine Kennzeichnung gegeben. Wir als Primärärzte mit unseren Mitarbeitern sind in der Umsetzung derartiger Konzepte trainiert und überzeugt, so auch die Medizinentwicklung optimal für unsere Patienten gestalten zu können, wie dies am Beispiel der Versorgung des steirischen Herzinfarktpatienten erfolgreich in den letzten Jahren durch klar strukturierte Kooperationskonzepte messbar gezeigt werden konnte. In dieser Umsetzung sind wir für jede Form von Anregung und Kritik dankbar, da nur so ein optimales maßgeschneidertes Ergebnis erzielbar ist. Begleitet muss eine derartige Umsetzung jedoch auch von der Unterstützung der Politik unseres Landes sein. Ich danke!

(Beifall)

Präsidentin Gross: Als Nächstem darf ich Herrn Dr. Günther Hirschberger das Wort erteilen. Ich bedanke mich bei den derzeitigen Rednern für Zeitdisziplin.

Dr. Günther Hirschberger: Sehr geehrte Frau Präsidentin, Herr Landesrat Hirt, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren!

Ich bin seit 20 Jahren niedergelassener Arzt, Allgemeinmediziner in Wartberg im Mürztal und seit zwei Jahren Bezirksärztevertreter des Bezirkes Mürzzuschlag. Ich bin Basisversorger. 1990 war ich der erste niedergelassene Notarzt in dieser Region und ich bin nach wie vor als Notarzt auf der S 6, im Forst und in unserer sehr schönen, aber teilweise schwer zugängigen Gegend täglich tätig. Heute entscheidet nicht der schnelle Transport ins nächstgelegene Krankenhaus über das Aufkommen eines Schwerverletzten oder eines Schwerverkranken, sondern die perfekte Erstversorgung vor Ort entscheidet über das weitere Prozedere des Patienten. 2008 haben wir in vielen Sitzungen unter der Leitung der KAGes das Projekt „Chirurgie Mürzzuschlag“ mit Primarien aus drei Krankenhäusern Leoben, Bruck und Mürzzuschlag und Vertretern des Krankenhauses Mürzzuschlag erarbeitet. Das Ergebnis: Wir haben uns für eine 24 Stunden Chirurgie-Ambulanz, besetzt mit einem Facharzt und für vier bis fünf interdisziplinäre Betten im Verbund mit der medizinischen Abteilung entschieden.

Sehr geehrter Herr Bürgermeister aus Spital am Semmering! Ihre verunfallten Schifahrer sind schon lange nicht mehr unfallchirurgisch im Krankenhaus Mürzzuschlag versorgt worden. Mit einer chirurgischen Ambulanz kann ich Ihnen garantieren, dass wir den Großteil dieser Patienten perfekt versorgen können und die Schwerverletzten dort erstbehandeln und geordnet transferieren können. Wir benötigen ein modernes Krankenhaus für die nächsten zehn Jahre. Wir benötigen in unserer Region ein Krankenhaus mit Akutgeriatrie, Remobilisierungsabteilung und einer Palliativeinrichtung. Die Ärzteschaft und Bevölkerung muss sich an der Versorgung und dem Angebot unseres Hauses orientieren können. Wir brauchen ein Krankenhaus Mürzzuschlag 2020.

Sehr geehrter Herr Landesrat Hirt, sehr geehrte Abgeordnete! Entscheiden Sie heute zum Wohle der Bevölkerung und der Region Mürzzuschlag. Zeigen Sie Mut und geben Sie uns ein modernes Krankenhaus. Setzen Sie die Empfehlungen der Arbeitsgruppe des Chirurgieprojektes 2008 um und installieren Sie eine 24 Stunden Chirurgieambulanz am LKH Mürzzuschlag. Die Mehrheit der niedergelassenen Allgemeinmediziner und Fachärzte, aber auch der Großteil der angestellten Ärzte im LKH Mürzzuschlag stehen zu dieser Entscheidung. Wir haben uns für einen modernen Krankenhausstandort Mürzzuschlag entschieden. Treffen Sie bitte eine politische Entscheidung. Danke! (*Beifall*)

Präsidentin Gross: Als Nächster darf ich Frau Margret Kraischek, Forum Pro LKH Mürzzuschlag, das Wort erteilen.

Margret Kraischek: Guten Tag, Frau Präsidentin, guten Tag meine Damen und Herren!

Wenn ich das jetzt so gehört habe von Herrn Dr. Hirschberger, muss ich ehrlich sagen, ich bin nicht nur enttäuscht, sondern ich bin richtig zornig und wütend. Ich vertrete hier betroffene Bürger, wo viele Fälle da oben sitzen und viel Leid ertragen mussten. Ich schildere Ihnen jetzt nur einige davon. Anscheinend haben Sie keinerlei Ahnung, wie die Praxis tatsächlich aussieht.

Es ist Folgendes: Drei Schiunfälle – was Sie vorher gerade angesprochen haben – fast zur gleichen Zeit, werden ins LKH Mürzzuschlag eingeliefert. Erster Patient hat noch Glück, wird nach Bruck zur OP gebracht, dort ist noch ein OP frei. Zweiter Patient befindet sich im Röntgen. Er schreit vor lauter Schmerzen. Die Krankenschwester telefoniert eine halbe Stunde. Mit Müh und Not wird dieser Patient nach Bruck ebenfalls überstellt. Dritter Patient kommt mit dem Notarztwagen, passiert, ich war vor Ort. Schwester weiß wieder nicht, was sie tun soll. Telefoniert mittlerweile – ich habe auf die Uhr geschaut – 40 Minuten. Mit Müh und Not, ich weiß nicht, wo der Patient gelandet ist, er wurde auf jedem Fall weitertransportiert, man muss dazu sagen, mit offener Schien- und Wadenbeinfraktur. Vielleicht nach Bruck, Leoben oder Graz, das war hier die Frage. Ich denke nicht, wenn das Ihnen, Herr Landesrat Hirt passieren würde, dass Sie noch immer für die Schließung der Chirurgie Mürzzuschlag wären. Das kann ich mir nicht vorstellen. Früher wurde der Patient eingeliefert, kam in die OP und wurde bestens operiert und raschest versorgt. Dadurch konnten die Patienten auf schnellstem Wege wieder das Krankenhaus verlassen. Kein unnötiger Aufenthalt bzw. doppelte Untersuchungen, was nach wie vor gemacht werden, wesentlich kostengünstiger für unsere maroden Krankenkassen. Das ist Qualität und beste Versorgung für unsere Patienten und nicht was Sie uns hier einreden wollen. Abgesehen von den enormen Kosten, welches das für das Rote Kreuz bedeutet, das spricht heute anscheinend fast niemand mehr an. Noch ein Fall, weil ja unser Notarztsystem so toll funktionieren soll. Ein Fall in Altenberg passiert. Patient nach Sturz von der Leiter bewusstlos, Notarzt wird gerufen. Notarztwagen kommt, Notarzt keiner mehr vorhanden, da er bereits mit einem anderen Patienten nach Bruck in die Chirurgie fahren musste. So sieht die Praxis aus, aber wir sind ja alle bestens versorgt. Dies behaupten jedenfalls nur diejenigen, für die wir nicht mir in ihr geplantes Konzept passen. Die Sicherheit für uns Patienten ist einfach nicht mehr gegeben. Weiters möchte ich an die Grünen ein Wort richten. Ich weiß nicht wie Sie das verbinden mit diesen unnötigen Rettungsfahrten oder zusätzlichen Hubschrauberflügen, was immer so gepredigt wird. Nein, anscheinend ist es heutzutage nicht wichtig, ob Patienten durch diese Missstände längere Schmerzen und auch mit Folgeschäden zu rechnen haben. Es ist anscheinend auch nicht wichtig, raschest Hilfe leisten zu können, wenn es um Leben und Tod geht. Ich hätte gerne Herrn Hirt und die Vertreter der KAGes diese bereits betroffenen Familien vorgestellt. Aber das war ja bei uns leider nicht möglich, denn in Mürzzuschlag hat man sich ja nicht mehr der öffentlichen Diskussion gestellt. Anscheinend haben Sie in Bad Aussee schon zu spüren bekommen wie die Realität tatsächlich aussieht und das wollte man sich ganz einfach in Mürzzuschlag ersparen. Die Wahrheit und die Tatsachen sieht man eben nicht gerne, wenn man sie nicht sehen will. Warum gestehen Sie sich nicht ein, dass diese Chirugiereform die jetzt vorherrscht, große Gefahren für die Bevölkerung bedeutet? In Niederösterreich würden das ein Herr Pröll, Pröll, Faymann und Häupl ja gar nicht zulassen. Nein, dort gibt es sogar in kleinsten Spitälern Chirugien, damit die Bevölkerung bestens versorgt ist. Im Endeffekt muss ich sagen, nach vielen Gesprächen auch mit der KAGes, der Herr Dr. Ledolter weiß es, habe ich auch das Gefühl, dass das größte Übel auch an der KAGes liegt. Weil so viele Wechsel

die es bis jetzt in den letzten Jahren bei der KAGes gegeben hat, und noch immer nichts rausschaut, muss man sich schon fragen, ob das überhaupt noch sinnvoll ist (*Beifall*). Nein, Sie haben nicht richtig gearbeitet heißt die Antwort. Sonst würde man nicht so verantwortungslos handeln, wie bis jetzt gehandelt wurde. Und kommen Sie dem Patienten und der Bevölkerung jetzt ja nicht mit der Behauptung, es gäbe in diesen Chirurgien zu wenig Operationen. Denn Sie alle wissen ganz genau wie das funktioniert. Das wurde ausgehungert und abgespeckt. Weil wie soll denn das funktionieren, das ist ja logisch. Ein Patient kommt in das Krankenhaus nach Mürzzuschlag und darf dort nicht mehr operiert werden. Und wenn, dann vielleicht zu bestimmten Zeiten. Also, wie soll ich da auf gewisse OP-Zahlen kommen. Glauben Sie mir wirklich, die Bevölkerung weiß Bescheid und sie weiß auch ganz sicher was da abläuft. Zur Qualität möchte ich noch hinzufügen, dass in kleineren Chirurgien sicher genau gearbeitet wird und der Patient noch Patient ist. Dazu gibt es viele Dankschreiben und ich habe auch 18.500 Unterschriften von der Bevölkerung und Patienten, die bestens zufrieden sind mit Mürzzuschlag. Und darüber sollten Sie wirklich einmal nachdenken, meine Herren. (*Präsidentin Gross: „Frau Kraischek, darf ich Sie bitten zum Schluss zu kommen!“*) Ja, ich komme schon zum Schluss. Wir brauchen nicht, wie Herr Dr. Pichlbauer sagt, hinter jedem Busch eine Chirurgie, wie er in der Presse verkünden lässt. Nein, wir brauchen eine volle Chirurgie, dass die Sicherheit für die Bevölkerung gegeben ist und das ist Fakt. Da können Sie noch so viel aus der Literatur herauskopieren. In Zeiten wie diesen sollte man nicht über die Zentralisierung nachdenken, sondern über die bestmögliche chirurgische Versorgung vor Ort. Und hier oben sitzen viele Menschen die hoffen, dass unsere Regierung doch noch zur Vernunft kommt und eine wichtige Entscheidung für die volle Chirurgie in den kleinen, Mürzzuschlag und Bad Aussee, kommt. Danke. (*Beifall*)

Präsidentin Gross: Meine Damen und Herren, ich verstehe Ihre Emotionen, bitte Sie aber trotzdem an die Geschäftsordnung weiterhin zu denken. Danke Ihnen. Als Nächstem darf ich dem Herrn Dr. Jelinek das Wort erteilen.

Dr. Alfred Jelinek: Frau Präsidentin, meine Damen und Herren!

Das meiste ist schon gesagt, aber einiges muss ich richtig stellen. Der Notarzt z.B. kann im Notfall in bestimmten Situationen die Sicherheit des Patienten nur für ca. 30 Minuten gewährleisten, danach ist er unter Umständen machtlos. Ja, die Sterblichkeitsrate kann sich dadurch sogar noch erhöhen durch den Notarzt, wie große Studien in Kanada das bewiesen haben. Und der Notarzt der vor mir gesprochen hat, der ist scheinbar nicht mehr up to date, weil heute schon der Trend dazu geht, wieder den Patienten möglichst rasch in das nächste Spital zu führen und nicht vor Ort unter schlechtesten Bedingungen draußen am freien Feld zu behandeln. Das Anfahren einer 24-Stunden-Ambulanz wie vorgesehen, wäre dann eine unverantwortliche Zeitverzögerung. Spezialisten brauchen wir, aber Spezialisten sind für den Patienten da und nicht der Patient für den Spezialisten. Was hilft es, wenn der Patient unwiderruflich geschädigt oder sogar tot beim Spezialisten landet. Tragische Beispiele gibt

es. Ein Fall einer Patientin mit einer Milzruptur, die nach 60 km Fahrt beim Eintreffen in die Spezialabteilung verblutet ist. Oder der klassische Fall von Lanzinger. So etwas wäre in Bad Aussee sicher nicht passiert. Auch dazu gibt es eine Organisationsverantwortung der Entscheidungsträger. Die Rettung, der Transport von Bad Aussee von der Verständigung bis das Rote Kreuz wieder voll einsatzfähig ist, dauert mindestens 2 ½ bis meist 3 Stunden. Das muss man sich vor Augen halten. Das ist personalintensiv und man muss mehr Ressourcen auch vorhalten beim Roten Kreuz. Das Rote Kreuz hat nichts dagegen, weil das natürlich ein Geschäft ist und die km kriegen. Weil der Herr Dr. Pichlbauer oder auch Frau Dr. Moritz diese komplexen Operationen, die 20, 30 lebensbedrohlich chirurgisch erkrankten Patienten angesprochen haben, die in Bad Aussee pro Jahr anfallen. Das sind keine komplexen Operationen. Das sind ganz banale Operationen, die jeder Chirurg versorgen muss. Das sind eingeklemmte Bauchwandbrüche oder durchgebrochene Mägen oder akute Blutungen. Das sind banale Dinge, die jeder Chirurg der halbwegs trainiert und ausgebildet ist, versorgen können muss. Ich glaube, Sie müssen die Zeichen der Zeit erkennen. Ich möchte ein Zitat von Gorbatschow bringen: „Das Leben verlangt mutige Entscheidungen. Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben“. Und unser Gesundheitsminister hat in einem Interview in der Kleinen Zeitung am 15.5. heurigen Jahres erst gesagt: „Ich habe nichts davon, wenn ich in Tirol einen Herzinfarkt habe, das beste Spital aber in Wien ist. Was wir wo brauchen, wissen die Leute vor Ort am besten.“ Und die Kosten die die Frau Dr. Moritz angesprochen hat, die sind durch die schlechte Auslastung und wir wissen genau, die schlechte Auslastung ist ja gewollt. Ist ja teilweise gesteuert vom Management. Die Tagkosten sind in peripheren Spitälern viel billiger. In zentralen Kliniken wie im AKH kostet das mindestens das Dreifache. Also, wo ist eine Kostenausparung? Ich muss nur schauen, dass die Auslastung gebessert wird und nicht verschlechtert. Danke. (Beifall)

Präsidentin Gross: Als Nächster zu Wort gemeldet hat sich Herr Dipl.-Ing. Fartek.

Dipl.-Ing. KHBW Ernst Fartek: Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren!

Wir haben heute schon sehr viele Meinungen gehört von namhaften Experten, von Betroffenen, von Menschen die sich Sorgen machen. Aber ich glaube, wir müssen uns eines fragen, worum geht es wirklich, worum geht es für die KAGes als das Gesundheitsunternehmen in der Steiermark wirklich und worum geht es für die alle hier herinnen Sitzenden wirklich? Es geht darum, dass wir medizinische Versorgung mit höchstmöglicher Qualität für alle Steirerinnen und Steirer sicherstellen wollen und können. Und, und das ist ein zweiter wichtiger Faktor auf den ich besonders hinweisen möchte, es sind auch heute viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von uns hier anwesend. Es geht auch darum, dass wir unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hervorragende Arbeitsbedingungen bieten können, damit sie genau diese Aufgabe bestmöglich erfüllen können. Und als drittes, und das ist unsere Herausforderung, als KAGes geht es darum, dass wir den medizinischen Fortschritt möglichst allen nahe bringen können. Und bei diesem Gesamtpaket geht es darum, wie bewältigen wir das am

besten. Und da haben wir heute die Wege aus meiner Sicht schon sehr oft gehört, wir müssen uns anpassen an neue Entwicklungen. Wir können diese Herausforderung bewältigen, in dem wir neue Strukturen aufbauen, indem wir unsere Angebote so anpassen, wie sie für die Bevölkerung notwendig sind. Und genau das möchten wir in den Standorten Aussee und Mürzzuschlag machen. Genau deshalb wollen wir, wie Sie es, Herr Schönberger, angesprochen haben, dort Gesundheitszentren entwickeln. Sie haben Recht, die sind noch nicht ganz konkret, weil das etwas völlig Neues ist und damit bietet sich aber auch die Chance, hier neue Wege zu gehen und hier wirklich eine neue Form der Versorgung zu bringen. Wir wollen in Aussee z.B. versuchen, die fachärztliche Versorgung vor Ort zu bringen, die jetzt schwer erreichbar ist. Z.B. einen Augenarzt, einen Hautarzt, nicht täglich, aber einmal in der Woche zum Beispiel für die Bevölkerung erreichbar zu machen in einem neuen Gesundheitszentrum. In Mürzzuschlag haben wir schon gehört vom Herrn Schneidhofer, wirklich hervorragend formuliert, was in dem Haus benötigt wird. Die Akutgeriatrie Remobilisation weiter auszubauen. Die Physiotherapie weiter zu stärken, zu modernisieren, die Rheumatologie als Schwerpunkt zu etablieren und auch hier eine fachärztliche Versorgung zu ermöglichen, die es bisher noch nicht vor Ort gibt. Und damit sind wir genau auf dem Weg, den wir gehen wollen in Richtung Gesundheitszentren und in Richtung wohnortnahe Versorgung, angebotinduziert für die Bevölkerung. Herr Schneidhofer hat es für mich perfekt ausgedrückt. Er hat gesagt, Mürzzuschlag möchte Filter und Drehscheibe sein. Und genau das ist es, was wir brauchen. Wir brauchen eine abgestufte Versorgung. Ein Versorgungsmodell, das vor Ort wohnortnahe beginnt mit diesem Angebot, das Sie alle täglich brauchen und das Spezialversorgung in Zentren in Kliniken bildet. Dort wollen wir hin, indem wir auch investieren. Wir wollen in Bad Aussee endlich beginnen, neu zu bauen. Wir wollen hier eine neue Form von Krankenhaus in den Gesundheitspark integrieren und wir wollen in Mürzzuschlag notwendige Adaptierungen, Verbesserungen, Umbaumaßnahmen und Zubauten durchführen. In Summe nehmen wir dafür 17 Millionen Euro in die Hand und ich glaube, auch das ist ein Faktor, den man nicht ganz unter den Tisch fallen lassen darf. In dieser Zeit ist es auch wichtig, dass wir in den Regionen wirtschaftliche Impulse setzen. In diesem Sinne möchte ich Sie ersuchen, im Interesse einer hochqualitativen wohnortnahen Versorgung, eine Entscheidung zu treffen, damit wir loslegen können als KAGes mit der Verbesserung der Standorte und mit der Entwicklung hin zu Gesundheitszentren. Danke schön. *(Allgemeiner Beifall)*

Präsidentin Gross: Als Nächste zu Wort gemeldet hat sich die Frau Patienten- und Patientinnen- und Pflegeombudsfrau, Mag. Renate Skledar. Ich darf dir das Wort erteilen.

Mag. Renate Skledar: Ja meine Damen und Herren, vorausschicken möchte ich, dass ich hier für Herrn Dr. Pachinger stehe, also für den Sprecher aller PatientInnenvertretungen, der leider im Ausland ist. Weil wir übereingekommen sind, dass man ihm eher nicht ein Naheverhältnis – also wenn ich in eine bestimmte Position trete - zur KAGes oder zu sonst jemanden im Land geben kann. Er hat gestern

in der Kleinen Zeitung dazu umfangreich Stellung genommen, wie seine Sicht ist und das ist auch die Sicht aller österreichischen Patientenanwälte. Wir wissen, dass wir Reformen brauchen. Wir brauchen Reformen, die medizinisch, ökonomisch und ethisch vertretbar sind. Wir merken auch natürlich, dass es Ängste gibt bei Reformen. Es geht ja da um das Eingemachte. Die Menschen fürchten ja um ihre Gesundheit. Aber wenn heute sehr, sehr oft der Bürger von der Straße, der versteht das nicht, zitiert wird, das ist schon auch meine Erfahrung. Wir haben es ja auch mit den einfachen Bürgern zu tun, die uns fragen: „Ja dürfen die denn das? Ja können die denn das?“ Zunehmend fragen wir das auch dann bei Gutachten. Und wir haben auch sehr großen Erfolg für die Patienten dann, wenn zuerst das als Komplikation eingestuft wird und man sagt ja, diese Spezialoperation, die wurde da ja nur so und so fort gemacht, dann war es ein Fehler. Das ist Tatsache. Wir sagen zu den Patienten sehr, sehr oft, die Leute kommen ja zu uns hin, verunsichert, wir haben das ja auch heute gemerkt. Manche Experten sagen dies, manche Experten sagen das und dazwischen ist der Mensch, der in seiner Not und in seiner Existenz bedroht ist. Wir sagen immer, manche Fragen und Lösungen kann man nicht selbst beantworten. Die muss man wirklich einem Experten überlassen und was wir heute so gesagt haben, ich denke es gibt Experten, die haben eine Eigenmeinung, die haben vielleicht persönliche Interessen und für uns österreichischen Patientenanwälte ist die Frau Dr. Moritz die Expertin, die völlig unbeeinflusst ihre Meinung vertreten kann. Und für uns gilt ihre Fachmeinung. Wir denken auch nicht, dass es eine soziale Kälte und Verantwortungslosigkeit gibt in diesem Land, sondern dass es auf einem sehr hohen Niveau hier ausgetragen wird, Pro und Kontra. Und ich würde mir wünschen, dass das auch in anderen Bereichen so ist, wo es vielleicht viel notwendiger erscheint, was mit den alten Menschen passiert, wie die versorgt werden. Was mit den Pflegeheimen passiert, wie mit der Pflege umgegangen wird und das betrifft uns alle. Und ich würde mir auch wünschen als Patienten- und Pflegeombudsfrau, dass sich auch Bürger dort einbringen würden. Ich warne davor, dass es jetzt, der Streit, darum geht, dass da vielleicht nur mehr Justamentstandpunkte eingenommen werden. Danke.
(Beifall)

Präsidentin Beutl: Ich bedanke mich für die Wortmeldung und darf als nächstem Redner Herrn Peter Musek das Wort erteilen. Bitte.

Peter Musek: Frau Präsident, meine sehr geehrten Abgeordneten, meine Damen und Herren. In dem von hohen Bergen umringten Ausseerland leben ganz eigene Menschen. Die Ausseer sind einfältig, querköpfig, teilweise sogar widerwärtig. Sie sind sich in vielen Sachen nicht immer einig, aber in einer Angelegenheit halten sie zusammen wie Pech und Schwefel, beim Landeskrankenhaus. Der Vollerhalt des Spitals ist den Ausseern seit mehr als 6 Jahrzehnten ans Herz gewachsen und zu der mit großem Abstand wichtigsten Angelegenheit geworden. Es geht nicht um ein Krankenhausverliebtsein, wie das Prof. Tscheliessnigg und Dr. Pichlbauer bezeichnen, sondern um eine Notwendigkeit. Der Ausbau des Schigebietes Loser und die Errichtung der Grimmingtherme haben große Bedeutung, sind

aber in der regionalen Bewertungsskala gegenüber dem Spital Peanuts. Wenn sich die Ausseer mit ganzer Kraft um den Vollerhalt ihres Spitalen einsetzen, so fußt das auf eine über Generationen gewachsene Entwicklung. Schon in den 50iger Jahren gingen die Ausseer für Ihren Primarius Dr. Zeilinger auf die Straße und starteten eine Sammelaktion um mitzuhelfen, dass das Land das Spital von der Gebietskrankenkasse übernehmen kann. Bundesrat Köberl hat daran erinnert, dass es 1994 in Graz ernsthaft an eine Schließung des Ausseer Spitals angedacht worden ist und rasch wurden 16.000 Unterschriften gesammelt und an Landeshauptmann Dr. Krainer sowie den Landesräten Dr. Strenitz und Schmied übergeben. Obwohl die Delegation sehr kühl empfangen wurde, war die Schließung kein Thema mehr. Das nicht mehr taufrische LKH gibt es noch, aber der stets zugesagte Bau eines neuen Spitals wurde immer wieder auf die lange Bank geschoben. Im März 2005 wurde angeordnet, dass die Chirurgische Abteilung im Zuge der Chirurgiereform geschlossen werden soll. Ein extremer Wintereinbruch, wo die Klachau, der Koppen und der Pötschen mehrere Tage lang gesperrt waren und das Ausseerland per Auto, per Zug und aus der Luft nicht mehr erreicht werden konnte, machte allen klar, was eine Schließung der Chirurgie für die Bevölkerung und deren Gäste zu bedeuten hat. Es wurden 22.000 Unterschriften für den Vollerhalt des Spitals gesammelt und nach unzähligen Verhandlungen wurde im August 2005 folgender Kompromiss mit Landesrat Mag. Erlitz erarbeitet:

Die Chirurgie bleibt auch im neuen LKH in vollem Umfang mit 26 Betten samt eigener Abteilung und Primariat erhalten und schon im Frühjahr 2006 soll gebaut werden.

Meine Damen und Herren, das versprochene Spital ist 2006 nicht gebaut worden und auch 2007 nicht. Aber 2008 war seitens der KAGes und der Landesregierung plötzlich keine Rede mehr von der Einhaltung des gegebenen Versprechens. Und als im Dezember 2008 im Zuge der Diskussion um das LKH Mürrzuslag durchsickerte, dass es der Ausseer Chirurgie an den Kragen gehen soll, formierte sich Widerstand. Die besorgten Menschen im Ausseerland, das sich in einer extremen Randlage befindet, können es nur schwer verstehen, dass sich Teile der Landesregierung nun nicht mehr an ein Versprechen erinnern, das sie vor vier Jahren gegeben haben. Weil eine Regierungspartei leider nicht mehr zu ihrer Zusage steht, hat sie im Ausseerland ein gravierendes Glaubwürdigkeitsproblem und Vertrauensdefizit. Die Ausseer können sehr wohl unterscheiden, dass es sich bei der nun versprochenen „Qualitätsverbesserung“ um eine drastische Einschränkung der medizinischen Versorgung handelt (*Glockenzeichen*) – 20 Sekunden, Frau Präsident – und sind mündig genug, um zu unterscheiden, dass weniger niemals mehr oder gar besser sein kann. Eine am Menschen orientierte Politik sollte sich nicht im Zusperrten erschöpfen. Auch die einfältige querköpfige und oft widerwärtige Landbevölkerung hat ein Recht auf eine bestmögliche medizinische Nahversorgung und sollte nicht auf lange Transportwege auf möglicherweise gestauten Straßen angewiesen sein. Wenn man den Ausseern die Chirurgie wegnimmt, reißt man ihnen die Seele und das Herz aus dem Körper. Und deshalb ersuche ich die Damen und Herren Landtagsabgeordneten, eine Kleinregion nicht vor den Kopf zu stoßen. Und ich denke da neben den Vertretern der SPÖ insbesondere an die regionalen

Abgeordneten der Grünen und der SPÖ, an Lambert Schönleitner und Ewald Persch. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit! (*Beifall*)

Präsidentin Beutl: Als nächster Redner gemeldet ist der Herr Primarius Dr. Pessenbacher, der aber erkrankt ist und nun darf ich die Frau Dr. Kohlberger ersuchen, dass sie sein Statement vorträgt und ich ersuche um zeitliche Disziplin, damit wir tatsächlich alle Redner, alle angemeldeten Redner drankommen lassen können.

ao.Univ.-Prof.Dr. Petra Kohlberger: Sehr geehrte Landtagsabgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren!

Herr Primarius Pessenbacher ist leider akut erkrankt und er hat mich heute in der Früh gebeten, an seiner Stelle sein von ihm verfasstes Manuskript zum Statement der Notfallmedizin vorzulesen.

Herr Primarius Pessenbacher ist Mitarbeiter des Landes Steiermark, der Fachabteilung 7B für Katastrophenschutz und Landesverteidigung und leitet die Koordinationsstelle für Notfall- und Katastrophenmedizin. Ich kann Ihnen folgenden Wortlaut wiedergeben:

Neben einem dichten Netz an Rettungsdienststellen wurde in den letzten zwei Jahrzehnten das steirische Notarztsystem immer weiter ausgebaut und modernisiert, sodass mit der Jahrtausendwende ein flächendeckendes System mit 21 bodengebundenen Notarztstützpunkten entstand. Dies geschah unter der Federführung des Landes in Zusammenarbeit mit der KAGes, der Medizinischen Universität Graz, Allgemeiner Unfallversicherungsanstalt, Diakonie Schladming und Marienkrankenhaus Vorau und dem Roten Kreuz. Als ein Instrument der Qualitätskontrolle betreibt das Land Steiermark als zuständige Aufsichtsbehörde seit mehreren Jahren eine zentrale Notfalldatenbank, in der alle Notarzteinsätze der einzelnen Stützpunkte laufend erfasst werden. So kann nachgewiesen werden, dass die international deklarierte Hilfsfrist von 15 Minuten, dies ist die Zeit vom Anruf in der Leitstelle bis zum Eintreffen der ersten Hilfskräfte am Notfallort in der Steiermark zusätzlich zum Rettungsdienst beinahe flächendeckend auch durch die einzelnen Notarztsysteme erfüllt wird. Alle angeführten Notfallsysteme stellen sicher, dass rund um die Uhr bei medizinischen Notfällen vor Ort geholfen werden kann. Trotzdem hat sich das Berufsbild der über 400 aktiven Notärztinnen und Notärzte in den letzten Jahren drastisch gewandelt. Entsprechend den speziellen Anforderungen und im Interesse der Patienten wird der Notarzt auch immer mehr zum Notfallmanager. Dies bedeutet schon seit längerer Zeit, dass die Notfallversorgung am Einsatzort stattfindet, weiterführende Maßnahmen aber sehr oft überregional vernetzt zwischen Krankenhausabteilungen, Einsatzorganisationen und Behörden durchgeführt werden. Hier sei als Beispiel die Umsetzung der von den Herzspezialisten geforderten Versorgungsabläufe beim akuten Herzinfarkt angeführt. Heute ist es für den Notarzt und für den Betroffenen selbstverständlich, dass er als Patient mit akutem Herzinfarkt nach Erstversorgung vor Ort sofort in eines der Herzkathederzentren gebracht wird. Die enge Zeitvorgabe vom Auftreten der Symptome bis zum Eintreffen im Kathederzentrum von 90 Minuten lässt sich nur durch das optimale

Zusammenspiel der an der Akutversorgung beteiligten Notärztinnen, dem Rettungsdienst und den kardiologischen Zentren der Krankenhäuser erreichen. Dementsprechend wurde auch in der Ausstattung der Notarztwagen investiert. So sind heute beim Projekt „Telemetrie“, dies bedeutet, dass EKG-Daten des Patienten vom Notfallort direkt in das Krankenhaus übertragen werden, ganz nach amerikanischem Muster in einem überwiegenden Teil der Notarztssysteme bereits umgesetzt. Damit ist gewährleistet, dass der Notarzt schon während des Transportes die weiteren Maßnahmen gezielt mit dem Herzspezialisten absprechen kann und eine lückenlose Fortführung der Therapie am Herzzentrum stattfindet. Ganz besonders möchte ich das meist überdurchschnittliche Engagement der über 400 aktiven Notärztinnen und Notärzte hervorheben, die nicht nur im Rahmen des organisierten Notarztendienstes zur Verfügung stehen, sondern auch einen wesentlichen Beitrag bei der Bewältigung von planbaren Veranstaltungen, wie zum Beispiel dem Papstbesuch in Mariazell, die Euro 2008 und vor allem auch bei nicht planbaren Großereignissen leisten. Gerade bei der Abwicklung von Großeinsätzen wird deutlich, dass nicht nur notfallmedizinisches Spezialwissen gefordert ist, sondern vor allem die überregionale Zusammenarbeit im Sinne eines ausgefeilten Notfallmanagements durchgeführt werden muss. Ein dichtes Netzwerk an Rettungsdienststellen mit über 350 Rettungswagen, alle mit einem Defibrillator ausgestattet, den 21 bodengebundenen Notarztstützpunkten, zwei Hubschrauberstützpunkten, den niedergelassenen Ärztinnen, jedes System für sich ist flächendeckend, sichern zusammen mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens und den Behörden die Notfallversorgung der Bevölkerung. Dankeschön! (*Beifall*)

Präsidentin Beutl: Ich darf anmerken seitens der Präsidiale, dass es nicht üblich ist, Statements zu verlesen. In einer Diskussion ist die persönliche Anwesenheit erforderlich. Es ist nun passiert. Ich ersuche aber Abstand davon zu nehmen, dass jetzt auch andere auf die Idee kommen und Statements verlesen lassen. Das ist nicht im Sinne der Geschäftsordnung und ich möchte das ausdrücklich angemerkt haben. Danke!

ao.Univ.-Prof.Dr. Petra Kohlberger: Zu meiner eigenen Entschuldigung und zur Entschuldigung von Herrn Primarius Pessenbacher, er ist heute im halb neun in der Früh hier gewesen, war sichtlich fibrill, krank, gehört ist Bett und ich habe ihm sozusagen als menschlichen Dienst hier diese Bereitschaft erklärt. (*Beifall*)

Präsidentin Beutl: Ich darf als Nächstem dem Dr. Hans Petritsch zu Wort bitten.

Dr. Hans Petritsch: Sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren!

Ich möchte nur ganz kurz einige kurze Stellungnahmen in Ergänzung zu dem was ich Vormittag schon gesagt habe, machen. Erstens zu den Fallzahlen, hier möchte ich auf Frau Dr. Moritz antworten bzw.

ergänzend etwas sagen. Ja, Ihre Zahlen sind prinzipiell in Ordnung. In Bezug auf die Krankenhäuser wie Bad Aussee stellt sich aber die Frage, wie sehr diese Fallzahlen z.B. die Blinddarmoperationen, sich bereits verändert haben. Wir haben Zahlen aus den letzten Jahren, 2005 bis 2009 mit zuletzt 29, da haben Sie prinzipiell absolut Recht. Relativiert wird das aber dadurch, dass bereits sehr viele und das weiß ich aus niedergelassener Praktiker, sehr viele Patienten gar nicht mehr nach Bad Aussee gegangen sind, weil diese Frage immer dahinter gestanden ist. Machen Sie das, dürfen Sie das? Das ist das erste. Viele Jugendliche und Kinder werden in Bad Aussee gar nicht mehr operiert, weil sie dort nicht operiert werden dürfen, Abwanderung nach Bad Ischl. Nächstes Beispiel, die Relativierung dieser Fallzahlen in Richtung Orthopädie. Wir haben im Bezirk Liezen drei Primarie für Orthopädie, Herrn Primarius Rammach, Herrn Primarius Höflechner und den Dr. Gruber. Der eine ist Konsiliararzt in der BVA im Rehabzentrum der BVA in Bad Aussee, ist aber Primar in Kirchdorf, Das heißt, er zieht Patienten aus dem Ausseerland, aus dem steirischen Salzkammergut. Operiert werden die Patienten in Kirchdorf. Höflechner ähnlich. Ordination Schladming, Operation Schwarzach-St. Veit. Dr. Gruber, Ordination Bad Ischl, Operation in Gmunden. Relativierung der Fallzahlen. Die kommen gar nicht mehr nach Bad Aussee. Die sind sowieso weg oder da können sich die Fallzahlen gar nicht mehr erhöhen. Wenn das aber so weiter geht, dann befürchte ich, dass Patienten die dann operativ bereits auswärts, also sprich in einem anderen Bundesland, ein einem anderen Krankenhaus versorgt werden, auch wegen anderer Probleme nicht mehr in das Krankenhaus Bad Aussee gehen. Das heißt, es fehlen uns dann plötzlich auch die internistischen Patienten und das ist zu befürchten für das gesamte Krankenhaus. Zum Primarius Grabner wollte ich sagen, ja, ich bin komplett mit Ihnen d'accord, Spitzenmedizin und spezielle Medizin, da haben Sie vollkommen recht. Ich wollte niemanden unterstellen, dass er nicht in seinem Haus und mit seinen Ärzten Spitzenmedizin hat. Diese Sorgfältigkeit wollte ich keinem Arzt absprechen, falls das in diese Richtung geht. Ja, auch in Rottenmann Spitzenmedizin. Spezielle Medizin, ganz spezielle Medizin wissen wir, hinaus oder dorthin wo es wirklich gemacht wird. Also, diese Differenzierung ist notwendig. Zur Frau Skledar, der Patientenanwältin, das was Sie gebracht haben sind wirklich nur allgemeine Äußerungen über die Fehlersituation. Wenn Sie aber Daten haben, bitte, wenn Sie Klagen haben, dann legen Sie das für den Landtag auf den Tisch. Es wurde vom Herrn Abgeordneten der Grünen bereits gebracht. Wenn Sie da Probleme haben, dann legen Sie es hin. Legen Sie bitte aber auch alle Vergleiche hin. Legen Sie das für Bad Aussee, für Rottenmann, für die Grazer Klinik und für alle Krankenhäuser hin, dann hat Ihre Äußerung einen Wert, sonst ist es nur ein allgemeines Statement, das uns in Wirklichkeit nicht weiterbringt. Danke. *(Beifall)*

Präsidentin Beutl: Ich bedanke mich und darf als nächstem Redner dem Herrn Dr. Walter Strobl das Wort erteilen. Bitte, Herr Doktor.

Dr. Walter Strobl: Sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren!

Ich möchte nur auf ein paar Stellungnahmen noch einmal Replik nehmen. Einerseits sehe ich, dass doch ein großer Konsens besteht im Bezug darauf, dass man Ängste der Bevölkerung die da sind und die sicherlich nicht geschürt werden sollen, aber die einfach da sind bezüglich der Sicherheit einer Versorgung und bezüglich einer Reduktion der Infrastruktur, auch ernst nehmen wird. Ich glaube, da scheint es in den Gesprächen, die ich zumindest in der Pause auch geführt habe, einen ziemlichen Konsens zu geben, dass hier regional wirtschaftliche Faktoren sehr wichtig genommen werden. Das Zweite ist, dass es offensichtlich auch einen Konsens gibt, dass die Fallzahlen dieses Verteilungsproblem, der ja der eigentliche Konflikt ist, nicht lösen können und, dass wir dadurch dort stehen, dass wir uns fragen sollen, inwiefern soll eine ländliche Infrastruktur gegenüber der städtischen – und ich sage das als Städter – eigentlich verbessert werden. Ich glaube, da ist ein wahnsinniger Nachholbedarf. Und wenn man das will, dann ist halt wieder die nächste Frage, ist es nicht möglich, Fahrzeiten unter 30 Minuten auch zu erreichen. Wir haben ja gehört, die Bevölkerung wird wesentlich älter. Das waren Stellungnahmen, die dann zum anderen Schluss gekommen sind, dass sie gesagt haben, wir sollen Akutgeriatrien bauen. Natürlich brauchen wir die auch, aber gerade für die ältere Bevölkerung brauchen wir eben die Möglichkeit, dass sie auch ihr Krankenhaus, ihre Angehörigen im Krankenhaus erreichen können. Da muss es Möglichkeiten geben. Wahrscheinlich ist der Ausbau einer Schnellbahn von Bad Aussee nach Rottenmann teurer als eine Chirurgie etwas größer auszubauen oder zu lassen. Also, es geht um Umstrukturierung, Kooperationen, das ist überhaupt keine Frage, eine Vollchirurgie wie sie jetzt besteht wird nicht weiter bestehen, aber sie wird im Sinne einer Chirurgie weiterbestehen müssen und im Sinne eines Krankenhauses, das auch einen OP hat. Weil, wenn man zu dem Schluss kommt und sagt, man bietet allen Menschen in der Steiermark wirklich die medizinischen Möglichkeiten des 21. Jahrhunderts, und das ist gefallen, dann gehört meiner Ansicht nach da nicht nur das CD dazu, nicht nur eine Remobilisierung, die eigentlich selbstverständlich ist, nicht nur ein Palliativ- und Hospizteam, das heutzutage selbstverständlich ist, nicht nur eine Akutgeriatrie, die selbstverständlich ist, sondern es gehört auch zumindest ein vollwertiger OP dazu. Vielen Dank. *(Beifall)*

Präsidentin Beutl: Bedanke mich für die kurze Wortmeldung und darf dem Herrn Dir. Herbert Angerer das Wort erteilen. Bitte, Herr Angerer.

Dir. Herbert Angerer: Sehr geehrte Frau Präsidentin, meine sehr geehrten Damen und Herren!
Nur noch zwei, drei kurze Erwähnungen. Wenn man Leistungen in den peripheren Regionen, in den ländlichen Regionen wegnimmt, muss man sich bewusst sein, natürlich besonders im Bereich der Gesundheit, man nimmt den ländlichen Regionen laufend Selbstwertgefühl. Wenn immer weniger wird in den peripheren Regionen, ich brauche jetzt die Beispiele nicht erwähnen was alles schon geschlossen wurde, dann wirkt sich das auf die Menschen aus. Aber ich hoffe, das ist nicht bewusst. Zweiter Punkt, wegen den Kosten. Im Rechnungshofbericht und manche beziehen sich ja sehr auf den

Rechnungshof, steht drinnen, dass in Graz jährlich 40 Millionen Euro Einsparpotential vorhanden wäre. Dazu unsere Chirurgie in Bad Aussee kostet 3,8 Millionen. Und jetzt nehme ich an, wenn die Chirurgie bei uns weggenommen würde, dann entstehen die Kosten ja wo anders. Vielleicht kann man dort rationeller arbeiten und man spart einige hunderttausend Euro. Also ich bitte, der Eindruck für uns ist manchmal, am leichtesten wird gespart bei den Schwächsten und das ist an der Peripherie. Noch einen Eindruck habe ich, man will, glaube ich, mit Macht der Bevölkerung ein Modell aufzwingen, das die Menschen vor Ort eigentlich nicht wollen. Das hört man an den Applauszenen, wie die Bevölkerung denkt und ich kann nicht, auch wenn ich noch so Experte bin oder politisch es ganz richtig verstehe, ich kann nicht den Menschen ein Modell aufzwingen, was sie nicht wollen. Und letzter Punkt, bitte noch einmal, es ist noch einmal mein Appell an dich, Helmut Hirt und an die KAGes-Führung, wir hätten ja ein Modell für Bad Aussee. Noch einmal, acht Ärzte würden zusammenarbeiten. Der Dr. Döttelmayer möchte seine zahnärztlichen Operationen nicht mehr in Hallein machen. Er hat eine Praxis in Aussee, will es in Bad Aussee machen. Weiß nicht 50, 60, 70 Operationen. Die Frau Dr. Gaiswinkler möchte operieren. Ungefähr 800 Operationen haben wir in Bad Aussee, das ist sicher von der Gesamtanzahl wenig. Du sagst selbst in deinen Aussagen, Helmut Hirt, 1000 sollten es sein. Allein mit Dr. Döttelmayer, Frau Dr. Gaiswinkler kommen wir schon auf über 900. Wenn wir mit Prof. Seckl kooperieren, von der Uni-Klinik Graz aus, und er hat Frau Dr. Moritz, weil Sie gesagt haben, jetzt sollen die Patienten nach Aussee gekarrt werden, nein, der hat auf seiner Warteliste Patienten aus der ganzen Steiermark, auch aus unserer Region, aus der Obersteiermark. Und er sagt, er würde ein - zwei Tage pro Woche - er hat Chirurgen aber es fehlen ihm OP-Säle und Operationsmöglichkeiten - er würde sie nach Aussee schicken, dass die dort operieren und eben die Leute, die in der Region nahe dem Ausseerland sind. Also noch einmal abschließend, dann kommen wir auf 1200 bis 1400 Fälle, lieber Herr Landesrat. Aber es braucht das Wollen. Noch einmal bitte, machen wir doch ein Projekt Chirurgie Klein und Fein im Ausseerland. Die Möglichkeit haben wir, wenn Sie wollen. Danke nochmals. *(Allgemeiner Beifall)*

Präsidentin Beutl: Bedanke mich für die Wortmeldung und darf als Nächsten den Herrn Ribitsch Dieter an das Rednerpult bitten. Bitte Herr Ribitsch. Dr. Ribitsch, Entschuldigung.

Dr. Diether Ribitsch: Sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren!

Ich bin seit 9 Jahren leitender Anästhesist und Leiter des Notarzteams in Bad Aussee tätig. Wie ich dorthin gekommen bin, war für mich von Anfang an klar, so weiter machen wie es ist, ist keine ausreichende Erfüllung meines Auftrages. Wir sind keineswegs diejenigen, die einfach nur an dem Bestehenden beharren und das ohne Veränderungen weiterführen wollen. Es war klar, dass eine Anästhesie, die rund um die Uhr für die Patientenbetreuung vorhanden ist, so viele Anästhesisten braucht, dass die durch den normalen operativen Betrieb nicht ausgelastet sind. Deswegen haben wir sofort mit dem Aufbau einer Schmerzambulanz begonnen. Diese Schmerzambulanz hat sich sehr

positiv entwickelt, obwohl sie unter räumlich völlig unzulänglichen und unverträglichen Bedingungen weiter arbeiten muss. Und ich muss sagen, Dinge schmerzen einfach manchmal. Wir haben von 2004 an Pläne gehabt für einen Ausbau der Schmerzambulanz in einem neuen Haus mit drei kleinen Räumen. Als eine der letzten Aktion des vergangenen KAGes-Vorstandes wurden ohne Kommentar und ohne Erklärung zwei Räume davon in Abstellräume umgewidmet. Das ist für mich doch eine gewisse Wertung meiner bisherigen Arbeit, die in dieser Form, denke ich, nicht gerechtfertigt ist. Der zweite Schritt war, dass wir mit dem Aufbau eines mobilen Palliativteams begonnen haben, das ich 5 Jahre geleitet habe und das inzwischen von der Internen Abteilung weitergeführt wird. Das waren allerdings nur die Dinge, die sich direkt auf die Anästhesie beziehen. Wir, viele Ärzte aus dem Krankenhaus Bad Aussee, haben immer wieder diskutiert, und es war uns klar, es ist ein so kleines Haus, es kann so in dieser Form einfach nicht weitergeführt werden. Die einzige Möglichkeit für dieses Haus ist, wenn wir zusätzlich zur Basisversorgung für die Bevölkerung weitere spezielle Schwerpunkte entwickeln können. Und für diese Schwerpunkte, die wir dort entwickeln können, hat sich angeboten, dass es, seit inzwischen 2½ Jahren, die Klinik für psychosomatische Medizin in Bad Aussee mit 120 Betten gibt. Rechnungshof, Landesregierung, KAGes haben immer wieder betont, wie wichtig Synergien zwischen dem Landeskrankenhaus und der Psychosomatik sind. Wo sind die Synergien? Es ist noch kaum andiskutiert. Es gäbe so viele Felder aus meiner persönlichen Tätigkeit heraus. Die Entwicklung einer Schmerztherapie ist nach modernen Gesichtspunkten nur in Zusammenarbeit von Medizinern und Psychologen und Physiotherapeuten möglich. Wir hätten Chancen, wie sie sonstwo in Europa kaum jemals gegeben sind. Es gibt den sogenannten Gesundheitspark, da fehlt noch das LKH. Es steht schon die Psychosomatik und das Seniorenzentrum. Wir haben ein mobiles Palliativteam. Es wäre dort die Möglichkeit und es gab dafür die Konzepte, dort eine Palliativstation und eine Hospizstation aufzubauen, wozu die Synergien allein durch die räumlichen Bedingungen gegeben wären, sehr günstig wären. Viele von unseren Vorschlägen und Ideen haben sich auch widergespiegelt in dem Beschluss der Landesregierung nach dem Landesrat Erlitz und sein Team des Öfteren Diskussionen mit uns geführt haben. Z. B. der Ausbau einer Hand- und Fußchirurgie. Ein Bereich, in dem es deutliche Defizite gibt bei uns. Die medizinische Direktion der KAGes hat für diesen Bereich für die Region Bezirk Liezen einen Bettenbedarf von sechs Betten errechnet. Im regionalen Strukturplan Gesundheit wird der Bettenbedarf für Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie im Raum Ausseerland mit 22 Betten definiert. Das ergäbe eine Größenordnung von 28 Betten. Es geht nicht um die Betten (*Glockenzeichen der Präsidentin*) es geht um die Versorgung der Patienten. Wenn man davon etwas verlegen kann in halbstationäre oder ambulante Bereiche ist das sicher gut. Wir haben vor zwei Jahren bei Landesrat Hirt mit einem Vorschlag für ein gemeinsames Ambulatorium Psychosomatik LKH vorgesprochen. Sie haben das damals sehr positiv gewertet. Ich kann mich erinnern an Ihre Aussage, das ist das Beste, das ich bisher von Bad Aussee gehört habe. Leider haben wir seither nichts mehr über dieses Projekt gehört. Ich bitte darum, solche Dinge noch einmal zu diskutieren. Danke! (*Beifall*)

Präsidentin Beutl: Danke. Als nächster Rednerin darf ich die Frau Helene Schneidhofer-Skernjug ersuchen zum Rednerpult zu kommen.

Helene Schneidhofer-Skernjug: Geschätzte Frau Präsidentin, geehrter Herr Landesrat, geschätzte Mitglieder der Landesregierung, meine liebe Damen und Herren!

Wenn früher von einer Geriatriischen Abteilung im LKH Mürzzuschlag die Rede war, so möchte ich darauf hinweisen, dass ich zwar schon im 82 Lebensjahr bin, ich es aber noch nicht für nötig befinde, dass man eine Geriatrie etwa für mich dort einrichtet. Ich bin hier, weil ich für die Chirurgie in Mürzzuschlag eintreten möchte. Ich habe 20 Jahre die Buchhaltung im Krankenhaus Mürzzuschlag geführt. Ich habe ein enges Verhältnis zu diesem Haus, sowohl zur internistischen, als auch zur chirurgischen Abteilung und ich möchte Sie von Herzen bitten, darüber nachzudenken, ob man nicht doch wieder eine Allgemein Chirurgie aufbauen kann. Wir haben vor 80 Jahren, also im Jahr 1929 den ersten Aseptischen Operationssaal in unserem Krankenhaus erhalten und dort sofort zu arbeiten begonnen. Natürlich wurde immer wieder die technische Entwicklung weiter aufgebaut, sodass man sich dort wirklich auf den Tisch legen kann. Inzwischen sind es auch zwei Tische. Ich selbst habe dort 5 Operationen mit großem Erfolg hinter mich gebracht. Ich habe von meinen sechs Kindern zwei Söhne in Mürzzuschlag geboren, bestens. Einen mit Sectio und einen mit Normalgeburt. Es war einfach hervorragend. Und was ich dazu sagen möchte, wir haben hier ein großes Einzugsgebiet. Wir werden mit dem Bezirk Mürzzuschlag und wenn wir Mariazell dazurechnen, auf jeden Fall 50.000 Einzugsfälle zusammenbringen, die ja gesetzlich vorgeschrieben sind für eine Allgemein Chirurgie. Ich möchte Sie vielmals darum ersuchen darüber nachzudenken, ob man die Allgemein Chirurgie in Mürzzuschlag nicht wieder aktiviert und dafür einen Wechsel vornimmt etwa so, dass man in Bruck/Mur, wo ja eines der modernsten Herzkatheterlabors eingerichtet ist, die nötige Herzchirurgie dazu macht, und statt dieser Herzchirurgie die Allgemein Chirurgie und die Unfallchirurgie nach Mürzzuschlag verlegt. So wie es die ganzen Jahre über erfolgreich gemacht worden ist und durchgeführt wurde. Da möchte ich den österreichischen Herzverband, nämlich in Mürzzuschlag, noch vorstellen. Ich habe auch schon den Landesverband geleitet, acht Jahre lang. Ich habe Kontakt zu sehr vielen Personen und alle, mit denen ich gesprochen habe, haben mir gesagt, es geht nicht ohne Chirurgie. Was sollen wir den machen? Jemand aus der Freien in der Mürz hat gesagt, wenn ich mein Kind besuchen will, ich habe kein Auto, habe ich eine Tagesreise nach Bruck/Mur zu absolvieren und wenn ich Glück habe, komme ich auch noch nach Hause, sonst muss ich übernachten. Leisten kann sich das finanziell auch keiner mehr. Das sind so Nebenerscheinungen, denn einem operierten Kind oder auch Erwachsenen, ich weiß wovon ich spreche, tut es gut, wenn die Hand gehalten wird und man sagt, es wird schon wieder, du brauchst nur Mut haben, dann kommt eine innerliche Erhebung und die Seele, die angesprochen wird in diesem Moment, ist bereit auch den Körper aufzubauen. Also es ist auf jedem Fall ein enges Verhältnis zwischen physische und psychische Daseinsberechtigung.

Und aus diesem Grund möchte ich noch einmal bitten, überlegen Sie das und wollen Sie das? Denn alles Können kommt von Wollen, was ich auch von mir sagen kann. Ich habe eine schwere Pankreasoperation gehabt, konnte nicht links und rechts liegen und heute gehe ich zweimal in der Woche 500 bis 700 Meter Schwimmen in einer Stunde. Also was man will, das kann man auch. Und ich bitte Sie daher, sehr geehrter Herr Gesundheitslandesrat, bitte denken Sie darüber nach, machen Sie es so. Und es ist auf jedem Fall wichtig, zu wollen, dann kann man auch. Und ich möchte mit den Worten des amerikanischen Präsidenten Barack Obama schließen: „Yes, we can“! Danke für Ihre Geduld. (Beifall)

Präsidentin Beutl: Ich bedanke mich für diese besondere Wortmeldung und darf als nächstem Redner dem Herrn Abgeordneten Werner Murgg das Wort erteilen. Bitte, Herr Doktor!

LTAbg. Dr. Werner Murgg: Geschätzte Frau Präsidentin, geschätztes Plenum, vor allem ein schöner Gruß an Sie, liebe Frauen und Männer, die Sie aus der Region Bad Aussee und Mürzzuschlag hier in den Landtag gekommen sind, um dieser Enquete beizuwohnen!

Ich möchte ein paar Worte, fünf Minuten sind ja nicht viel, zum LKH Mürzzuschlag und zu Ihrer geschätzten Initiative verwenden. Zum LKH Bad Aussee wird dann unser Klubobmann Kaltenegger noch etwas sagen. Aber eingangs gestatten Sie mir ein paar Bemerkungen allgemein politischer Natur, die nicht nur für Mürzzuschlag und Bad Aussee gültig sind, sondern eigentlich für unser gesamtes medizinisches System nicht nur in der Steiermark, sondern weit darüber hinaus. Wir sollten immer im Auge behalten, dass die Spitäler nicht der KAGes gehören, sondern den Steirerinnen und Steirern und dass letztlich der Landtag, das ist für mich der gebündelte politische Wille der Steirerinnen und Steirer, ohne weiteres nach Anhören von Experten- und Expertinnenmeinungen eine politische Entscheidung zu fällen hat. Und diese Entscheidung hat ein Gesundheitslandesrat genauso zur Kenntnis zu nehmen wie ein KAGes-Vorstand und ein Gesundheitsökonom. Das ist für mich sozusagen der politische Rahmen, unter dem ich hier diskutieren will und diskutieren möchte.

Ich habe heute der Diskussion sehr aufmerksam gefolgt. Ich habe großteils den Argumenten unterschiedlichster Richtungen folgen können, aber ich muss es fast mit einem Klassiker eigentlich zusammenfassen. Habe nun Philosophie, Juristerei, Medizin und Archtiologie, so heißt es glaube ich, studiert mit großem Bemühen und dann geht es irgendwie weiter. Bin nun aber so klug, als nie zuvor. Genau und so ähnlich geht es mir heute. Ich bin kein Mediziner und bin auch kein Gesundheitsökonom. Letztlich prallen die Argumente aufeinander und wir werden eine politische Entscheidung treffen müssen im Juni oder im Juli.

Warum geht es? Ich glaube, es geht – und diese Kritik sei mir an diejenigen schon gestattet, die heute so vehement für die Schließung der Chirurgie in Mürzzuschlag oder für das Nichterrichten der Chirurgie in Bad Aussee argumentieren, diese Kritik sei mir gestattet – es geht letztlich um das Argument der Wirtschaftlichkeit. Und da bin ich Frau Dr. Moritz dankbar. Sie haben es ja

zusammengefasst, Mindestgröße hat etwas mit Wirtschaftlichkeit zu tun. Genau, und es ist auch in anderen Wortmeldungen der Diskutantinnen und Diskutanten durchgeschimmert, dass diese Wirtschaftlichkeit, dass diese ökonomischen Kriterien letztlich ausschlaggebend oder zu einem wesentlichen Teil ausschlaggebend sein sollen. Aber dann sage ich schon, sind wir so offen, sagen wir, die KAGes macht eben 500 – haben wir heute glaube ich gehört – Millionen Defizit, wir müssen und wir können nicht, aber bitte verstecken wir uns da nicht hinter den Qualitätsargumenten und tun wir nicht so, dass etwas, was man den Menschen wegnimmt oder nicht oder vorenthält und nicht baut, vielleicht noch eine Verbesserung wäre.

Zum LKH Mürzzuschlag ganz kurz: Der Primarius Amsüss hat es ja angesprochen, 2004 ist etwas versprochen worden und das ist letztlich nicht eingehalten worden. Warum die Fallzahlen heruntergehen? Es ist auch schon angerissen worden, weil eben die Mürz nur nach Süden fließt, was auch die Patientenströme betrifft, und leider nicht nach Norden. Ich bin – ich darf das wirklich nur im Stakkato hier ein bisschen zusammenfassen – dem Dr. Strobl sehr dankbar für seine Wortmeldung, der ein bisschen die Volkswirtschaft auch hineingebracht hat. Wir müssen ja auch an die vielen Besucherinnen und Besucher der Patienten denken, die dann vielleicht, wenn ein altes Ehepaar da jemand, die kein Auto haben, im Krankenhaus Bruck liegt und die vielleicht in Neuberg an der Mürz wohnen, ja das sind ja Tagesreisen, wenn diese Menschen ihre Angehörigen besuchen wollen. Jetzt kann man sagen, gut, das ist uns allen egal, das ist uns wurscht, dafür gibt es halt dieses und jenes, das müssen wir zur Kenntnis nehmen. Ich will das nicht zur Kenntnis nehmen angesichts des gewaltigen Reichtums, den wir letztlich – Österreich gehört zu den sieben reichsten Ländern der Welt, hört man immer – ja haben und da müssen wir eben die Mittel so umschichten, dass eine Versorgung der Menschen, vor allem der peripheren Regionen ermöglicht werden soll. Es werden die Postämter zugesperrt, es werden die Sparkassenfilialen zugesperrt, es werden die Krankenhäuser ausgedünnt, also so kann es nicht sein. Sie wissen alle, es hat Beschlüsse gegeben des Gemeinderates Mürzzuschlag in diesem Sinne, es hat Beschlüsse gegeben aller Umlandgemeinden, der Gemeinderäte (*Glockenzeichen*) – ich komme sofort zum Schluss, geschätzte Frau Präsidentin, vielleicht eine halbe Minute noch – es hat Beschlüsse aller Gemeinderätinnen und Gemeinderäte gegeben der Umlandgemeinden von Mürzzuschlag, des Mürztales, dass eben die Chirurgie in einer ordentlichen Ausstattung erhalten werden soll. Und es hat auch die SPÖ Mürzzuschlag – wo ist der Abgeordnete Zelisko, ich habe ihn heute schon einmal gesehen – es ist fast noch druckfrisch, also in einer Aussendung gesagt, die SPÖ Mürzzuschlag tritt vehement für den Erhalt der Chirurgie am LKH Mürzzuschlag ein. Und das ist genau dieses Glaubwürdigkeitsproblem, dass die Politik heute hat, dass Aussagen einer Landesregierung und einer Regionalpartei dann, wenn es ernst wird, offenbar nichts mehr wert sein sollen. Also ich appelliere wirklich quasi an mich selbst aber an alle anderen Politikerinnen und Politiker, das, was sie den Menschen versprechen, auch dann wenn die Sache umgesetzt werden soll, nicht vergessen haben. In diesem Sinne hoffe ich doch noch also, dass nicht

nur Bad Aussee die Chirurgie bekommt, sondern auch die Chirurgie in Mürzzuschlag erhalten bleibt.
Danke! (*Beifall*)

Präsidentin Beutl: Als nächstem Redner darf ich dem Herrn Bürgermeister Karl Rudischer das Wort erteilen. Bitte, Herr Bürgermeister!

Bürgermeister Karl Rudischer: Sehr geehrter Frau Präsident, sehr geehrte Damen und Herren!

Ich darf vielleicht ganz kurz sagen, ich bin seit zwei Jahren Bürgermeister der Stadt Mürzzuschlag und fühle mich natürlich in meiner Aufgabe allererst den Mürzzuschlagerinnen/Mürzzuschlagern verbunden und verpflichtet. Also ich nehme jetzt nicht im Sinne einer SPÖ oder ÖVP oder KPÖ oder FPÖ Stellung, um die geht es mir nicht. Es geht mir zweifellos um die beste Lösung für die Stadt. Auch Versprechen, bei aller Wertschätzung und Respekt davor, die vor Jahren von dem einen zum anderen gegeben wurden, sind für mich jetzt nicht im Vordergrund. Ich unterstelle jetzt einmal vielen, dass dort und da was versprochen wurde, was dann einfach nicht zu halten war. Das Ziel, die bestmögliche, in dem Flugblatt, das ich auch beim Eingang bekommen habe, wo steht „Die Steuerzahler haben ein Recht auf die bestmögliche medizinische Versorgung“ denke ich, ist doch unbestritten. Da sind wir uns alle einig, ist auch unsere und meine Meinung und glaube ich, ist außer Streit. Die Frage, die Gretchenfrage ist eben, wie ist das zu bewerkstelligen? Dass wir eine starke Region brauchen, dass wir die Regionen nicht ausdünnen dürfen, ist auch völlig einvernehmlich klar. Und gerade deswegen bin ich schon der Meinung, wir brauchen ein starkes leistungsfähiges auch Imageträchtiges Landeskrankenhaus. Und da möchte ich auch sagen, das Landeskrankenhaus Mürzzuschlag mit rund 150 Beschäftigten denke ich, wenn ich nicht irre (Schneidhofer: „270!“) 270, Entschuldigung, 270 schwerer Fehler, ich korrigiere das, 270 Beschäftigten, ist ein gutes Haus, hier wird gute Arbeit geleistet. Wir haben u.a. eine hervorragende interne Abteilung mit Rheuma, mit Remprogrammen, mit speziellen Angeboten. Bei einem Besuch um die Weihnachtszeit hat mich ein Patient angesprochen, ob ich denn der Bürgermeister sei, er muss mir gratulieren zu diesem Krankenhaus. Er sei aus Liezen und so gut eben hier in seinem Rheumaleiden geholfen wurde, ist ihm noch niemals geholfen worden. Die Leute sind so freundlich und er möchte sich bedanken. Da habe ich gesagt, das ist sehr nett, aber er braucht sich nicht bei mir bedanken, ich gebe das gerne weiter. Ebenso seit meinem Antritt des Amtes wissen wir, dass im chirurgischen Bereich immer wieder Frage herrscht, des gibt Missstände, es gibt diese Vorkommnisse, die du Magreth sagst, dass die Leute warten müssen, hin und her geführt werden, das ist sicher nicht in Ordnung oder salopp gesagt, eine Sauerei. Das sind Qualitätsprobleme, die gehören geändert, die gehören verbessert, aber wie das optimal gelöst werden kann, muss ich trotz aller, ich weiß schon, Fachleute gibt es zu jedem Thema in verschiedenen Richtungen, aber ich glaube, wir müssen und da schon dieser Fachmeinungen bedienen. Und wenn eben mir und uns gesagt wurde, auch in vielen Gesprächen von einem Prof. Tscheliessnigg, von Bezirkskärztervertretern, von den Bedienstetenvertretungen, von der KAGes, von verschiedensten

Fachleuten, dass eine chirurgische Versorgung im Bereich von ?ritzen oder ähnlichen Dingen nicht ein zukunftssträchtiges Konzept für die nächsten 10, 15 Jahre ist, dann muss ich das schlicht zur Kenntnis nehmen, sage ich einmal. Natürlich wäre mir lieber, wenn wir die Klinik in Graz schließen und nach Mürzzuschlag verlegen, aber das wird nicht machbar sein. Wir haben auch eine Resolution beschlossen, im Gemeinderat, wir sind hätten alle den Wunsch, dass das so passieren möge, wie wir wissen, ist das aber letztlich nicht im Entscheidungsbereich der Stadt und ist sozusagen als Wunsch deponiert. Wir haben in mehreren Gesprächen immer wieder darüber diskutiert. In der Bürgermeisterkonferenz mit Fachleuten, wo uns eben auch erläutert wurde und wir haben es ja heute auch schon in verschiedensten Statements gehört, dass das so nicht sinnvoll und zukunftssträchtig ist. Die Sorgen die bestehen, nämlich was möchte ich primär als Bevölkerung vom Krankenhaus, wenn ich verletzt bin, wenn mir ein Unfall passiert, dass mir geholfen wird, sind sehr wohl berechtigt und da fordern wir natürlich nach wie vor das maximale Angebot. Ein Notfallsystem, das es ja gibt, muss so gestärkt werden, wenn eben dadurch jetzt durch die Chirurgieänderung eine Schwächung eintreten sollte, dass sie weiterhin gegeben ist. Das brauchen wir. Wir brauchen diese Ambulanz 24 Stunden, 7 Tage die Woche. Wir brauchen Schwerpunkte vielleicht von der Akutgeriatrie weiterführend Orthopädie, ich weiß es nicht. Alles was an Stärkung des Hauses möglich ist, brauchen wir, wollen wir haben und dafür treten wir ein. Und meine Bitte sozusagen, blockieren wir uns doch möglichst wenig. Versuchen wir wirklich gemeinsam das Machbare zu machen. Auch zu unserem Forum PRO LKH. Ladet mich ein, ich habe wirklich auch aus der Zeitung erfahren, dass das Forum existiert. Ich wurde nicht dazu eingeladen. Ich bin aber auch nicht beleidigt. Ich sage nur, ich komme gerne dazu. Versuchen wir das Machbare zu machen, aber gehen wir doch ein Stück weg von diesen gegenseitigen Unterstellungen, man will irgendetwas Schlechtes oder man stimmt zu irgendwelchen - ich weiß nicht welchen - existenziellen Benachteiligung der Bevölkerung zu. Das stimmt sicher nicht und ganz im Gegenteil, ich beeile mich schon, weil es hier blinkt, ich möchte die fünf Millionen sehen in Mürzzuschlag. Ich möchte Investitionen sehen. Es soll umgebaut werden, es soll was passieren. Wir müssen eine Weiterentwicklung für die nächsten 15 Jahre bewerkstelligen. (*Glockenzeichen der Präsidentin*) Bitte treffen Sie eine Entscheidung möglichst im Sinne eines starken Hauses, eines starken Gesundheitszentrums für die Region und machen wir es. Fangen wir es an, setzen wir es um. Überall wo wir beitragen können, werden wir das gerne tun, aber wie gesagt, ich fordere oder ich lade alle ein, bitte blockieren wir uns nicht mit, wir haben heute schon gesagt von justament Standpunkten oder sonstigen Dingen. (*Glockenzeichen der Präsidentin*) Berechtigte Sorgen gehören behandelt und gehören miteinbezogen, aber in einem konstruktiven Sinn.

Präsidentin Beutl: Als nächstem Redner darf ich dem Herrn Klubobmann Drexler das Wort erteilen. Bitte Herr Klubobmann.

LTabg. Mag. Christopher Drexler: Geschätzte Frau Präsidentin, meine sehr verehrten Damen und Herren!

Erlauben Sie mir einige Anmerkungen zur heutigen Diskussion und wir werden in diesem Haus ja in eine Plenarsitzung vor dem Sommer noch eine sehr ausführliche Gelegenheit haben, alles weitere zu diesem Thema zu diskutieren. Zum Einen: Ich bin in einem gewissen Sinne froh, dass wir die heutige Enquete gemacht haben. In einem gewissen Sinne sage ich deswegen, weil eigentlich schon alles Entscheidungsreif war und entschieden war und insofern natürlich die Enquete, es soll mich niemand falsch verstehen, in einem gewissen Sinne ein Fleißaufgabe war. Aber es war ein sehr schönes Darstellen aller Argumente Pro und Kontra. Und so kann ich am Ende der Enquete oder in die Zielgerade der Enquete gehend feststellen, es gibt Argumente dafür und es gibt Argumente dagegen. Und es wird der Politik nicht erspart bleiben, in einem Abwägungsprozeß zu sagen, welche Argumente für die einzelnen politischen Verantwortungsträger eben überwiegen oder zählen. Und das ist genau der Stand, wo wir schon einmal waren oder schon mehrmals waren, wenn wir uns etwa mit dem LKH Bad Aussee auseinandersetzen. Warum bin ich froh, dass wir die Enquete gehabt haben? Es ist ein bisschen der Eindruck in der Vergangenheit erweckt worden, wer für das LKH Bad Aussee einschließlich Chirurgie ist, hängt emotionale Argumente an, liebt das Krankenhaus, aber alles Sachliche, Expertenhafte spricht dagegen. Also dieser Eindruck ist bei mir jedenfalls ausführlich zerstreut worden am heutigen Tag, weil im Gegenteil, es gibt auch fachliche, sachliche Argumente zu Hauf, die für den Regierungsbeschluss vom September 2005 sprechen. Und alles andere hätte mich auch enttäuscht. Alles andere hätte mich fassungslos gemacht. Weil, verehrter Herr Bürgermeister aus Müzzuschlag, es hat nicht ein Versprechen gegeben, wo Irgendeiner Irgendeinem gesagt hat, wir bauen das und wir machen dieses oder jenes. Nein, meine sehr verehrten Damen und Herren, es hat im September 2005 einen einstimmigen Regierungssitzungsbeschluss gegeben, der eine Vorgangsweise für Aussee und für Müzzuschlag vorgesehen hat. Ja um Himmels willen, ich nehme nicht an für meinen Teil, dass die Steiermärkische Landesregierung aus Jux und Tollerei, ohne sich ausreichender Expertisen zu bedienen damals im September 2005 entschieden hat, in Aussee die Investitionen vorzusehen, die man damals eben vorgesehen hat. Das wäre ein Armutszeugnis für die damalige Landesregierung und ein Gutteil der Landesregierung ist personell noch ident. Wir reden ja nicht von einem Beschluß von 1905, aus 1925, aus 1975 oder aus sonst irgendeinem in zeitgeschichtlichen Dimensionen erfassbaren Bereich. Wir reden von einer Entscheidung, die vor wenigen Jahren stattgefunden hat, auf Basis ziemlich exakt der gleichen Zahlen, Daten und Fakten, die auch heute noch gelten. Und insofern verstehe ich, daß man sich in der Region gegen den neuerlichen Schwenk eines Teils der Landespolitik zur wehren beginnt. Und meine sehr verehrten Damen und Herren, die Frau Vorstandsdirektorin Dr. Kohlberger hat am Anfang begonnen und hat aus einem Rechnungshofsbericht zitiert. Ja meine sehr verehrten Damen und Herren, bedanke mich für jedes Zitat aus einem Rechnungshofsbericht. Ich kenne Tausende bald, ja. Derselbe Rechnungshof, der in der Dampfschiffstraße in Wien, hat beispielsweise festgestellt, dass die Steiermärkische

Krankenanstaltenges.m.b.H., kurz KAGes, einen Vorstandsdirektor braucht und nicht zwei oder schon gar nicht drei. Dennoch hat der Herr Gesundheitslandesrat gesagt, ihm sind lieber drei. Ja also bitteschön, wenn wir jede Anregung, wenn wir jeden Hinweis des Rechnungshofes 1:1 als Handlungsauftrag sehen, dann fällt jeder Spielraum für politische Entscheidungen. Ich würde mir wünschen, dass der Herr Landesrat Hirt, die Mehrheit in der Regierung und insgesamt die Gesundheitspolitik und auch das außerordentlich umsichtige Management der KAGes andere Rechnungshofberichte ernster nimmt. Wie viel ist Ihnen schon empfohlen worden, was Sie bei Krankenhausneubauten sparen könnten und nicht verschwenden sollten. Wie viel ist Ihnen schon empfohlen worden z.B. im Rahmen des Untersuchungsausschusses zu Spitalsbauten rückzufordern, einzufordern, Schadenswiedergutmachungen im Zusammenhang mit dem LKH West beispielsweise einzufordern. Davon höre ich nichts. Wo ist Ihr Ehrgeiz, ein paar Millionen zu holen. Ein paar Millionen zu sparen, wenn es darum geht, mächtigen Cliquen, mächtigen Unternehmungen und mächtigen Lobbys auf die Zehen zu steigen. Die Energie und die Entschlossenheit ist dann da, wenn man glaubt oder vermeintlich glaubt, auf schwache Gegner zu treffen. (*Glockenzeichen der Präsidentin*) Und das ist das, was mich bei der Diskussion um Aussee und auch um Mürzzuschlag ein wenig stört. Die Regierung hat solide entschieden im September 2005. Die ganze Diskussion ist insofern eine Fleißaufgabe und ich bekenne mich dazu und nach all dem heute Gehörten mehr den je, dass wir beim seinerzeitigen Beschluss von 2005 und ich sage noch einmal, der stammt nicht aus grauer Vorzeit sondern aus der unmittelbaren Vergangenheit, bleiben sollen. Heute haben wir kurze Redezeiten, es gäbe noch sehr viel an Argumenten zu würdigen, etwa den Hinweis, den habe ich überhaupt nicht verstanden, dass die SPÖ gestern sagt, die ÖVP wird diesen Tag zur Polemik missbrauchen, weil wir uns erlaubt haben, politische Mandatare für die Diskussion zu nominieren. Mein Verständnis einer Enquete ist, mit politischen Entscheidungsträgern auf Basis ausreichender Expertise Entscheidungen vorzubereiten. In diesem Sinne hat die Enquete ihren Zweck erfüllt, obwohl sie eine Fleißaufgabe war. Herzlichen Dank. (*Beifall*)

Präsidentin Beutl: Ich darf nun als letztem Redner dem Herrn Landesrat Hirt das Wort erteilen, bevor wir dann zu Statements der 4 Klubs übergehen. Bitte Herr Landesrat 5 Minuten, bitte.

Landesrat Mag. Helmut Hirt: Sehr geehrte Frau Präsidentin, geschätzte Abgeordnete, meine Damen und Herren!

Herr Klubobmann, ich gehe noch etwas weiter zurück bzw. nach vor und ich erwähne das Jahr 1994. Nämlich das sollte man sich auch in Erinnerung rufen. Im Jahr 1994 hat die Steiermärkische Landesregierung eine Standortgarantie für jedes Krankenhaus beschlossen. Und ich denke, auch heute steht jeder von uns zu diesem damaligen Beschluss und zu dieser Garantie. Aber wir haben schon damals vor 15 Jahren gesagt, Standortgarantie heißt nicht, daß alles gleich bleibt sondern das wir selbstverständlich und ich glaube das ist wohl ganz klar für alle auch, den medizinischen Fortschritt

wahrnehmen und dementsprechend auch das medizinische Angebot auch verändern müssen. Das kann nicht heißen, und das habe ich heute bei der einen oder anderen Wortmeldung vielleicht so gespürt, das kann nicht heißen, es bleibt alles so wie es ist und es kommt noch mehr dazu. Wir wissen ganz genau, dass wir uns damit nicht auf den Boden der Priorität bewegen, sondern das heißt normal ganz klar, verändern im Sinne von das nicht alles gleich bleibt, dass das selbstverständlich nicht alle zufrieden stellt, aber das wir uns gemeinsam bemühen, die Zukunft jedes einzelnen Standortes zu stärken. Und gerade weil es Randlagen gibt und weil die geographischen Gegebenheiten so sind, bemühen wir uns ja, dass wir auch für Aussee und Mürzzuschlag zukunftssträchtige Lösungen treffen und es ist überhaupt kein Zweifel daran, dass irgend jemand daran denkt, dass man vielleicht Aussee oder Mürzzuschlag nicht mehr auf der Landkarte als Krankenhausstandort vorfinden möchte. Das ist, glaube ich, außer Streit zu stellen, aber es geht auch ganz klar um die Gleichwertigkeit der Versorgung. Wir müssen dem medizinischen Wandel Rechnung tragen und es ist, glaube ich, nur ein Gebot der Vernunft, dass man dazu auch Fachleute heranzieht. Es wird am Ende immer eine politische Entscheidung sein und bleiben. Das ist auch klar. Ich bedanke mich aber auch bei allen im Prinzip, Pro und Kontra, die heute Herzblut gezeigt haben. Das ist, glaube ich, eine ganz wesentliche Eigenschaft, dass zeichnet, glaube ich, auch uns - und ich nehme das auch für alle in Anspruch in der Politik - aus, und ich sage ganz persönlich dazu, ja ich gebe zu, ich hänge an jedem einzelnen Krankenhaus, es ist auch mein Herzblut dabei. Aber das heißt, dass man es verändern muss und ich bin mir dessen bewusst. Ich könnte es mir viel leichter machen, das habe ich auch schon in Aussee gesagt, ich könnte locker ein Local Hero sein, wenn ich allen Recht gebe vor Ort, aber das ist etwas, wo man auch klar sagen muss, damit kommt die Politik insgesamt nicht weiter. Und ich stehe dazu, dass ich mit meinem Standpunkt nicht nur Freunde schaffe, nicht nur Zustimmung ernte sondern selbstverständlich auch Kritik. Das ist auch Inhalt einer Demokratie und Inhalt der Politik. Ich wehre mich nur gegen eines, sage aber dazu, dass ich das schon vergessen habe, es sollte in dieser Diskussion nicht um persönliche Untergriffe gehen, nicht um etwaige parteipolitische Strategien, nicht um Revanchefouls, nicht um persönliche Emotionen, sondern schlicht und einfach um eine sachliche mit Herzblut getroffene Entscheidung im Interesse der Steirer und Steirerinnen. Dankeschön. (*Beifall*)

Präsidentin Beutl: Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Ich möchte mich bei allen 27 Diskussionsteilnehmern sehr, sehr herzlich für Ihre engagierten Wortmeldungen und auch für die Zeitdisziplin bedanken. So ist es uns möglich, doch im Zeitrahmen zu bleiben und nun überzugehen zum letzten Teil dieser Enquete, nämlich zu den Statements der im Landtag vertretenen Fraktionen.

Und dazu darf ich nun zum ersten Statement die Frau Abgeordnete Mag. Lackner vom Landtagsklub der SPÖ zum Rednerpult bitten. Bitte, Frau Abgeordnete, Sie haben zehn Minuten wie vereinbart. Danke!

LTAbg. Mag. Ursula Lackner: Sehr geehrte Frau Präsidentin, geschätztes Auditorium!

Die Enquete hat ihre Richtigkeit heute bewiesen. Es war richtig und wichtig, sie durchzuführen und sie hat über überwiegend weite Strecken auch zur Versachlichung dieser Thematik beigetragen. Es gab wichtige und gewichtige Wortmeldungen und ich glaube auch, dass heute Sichtweisen, Perspektiven, Meinungen auf den Tisch gekommen sind, die für manchen oder manche neu sind und die letztlich auch informativ waren für alle zukünftigen Entscheidungen. Die Bevölkerung von Bad Aussee und Mürzzuschlag fürchtet um ihre Gesundheit. Experten und Expertinnen tun das auch, aber aus diametral entgegengesetzten Gründen, weil diese Befürchtungen eben anders gelagert sind. Es geht uns – und das möchte ich für unseren Klub sehr deutlich sagen – nicht um eine Demontage, es geht uns nicht um ein Schlechterreden einer Region. Es geht uns auch nicht – ganz im Gegenteil – um eine Schlechterbehandlung von einer Bevölkerungsgruppe. Aber es geht um die Schwerpunktsetzung im steirischen Gesundheits- und Spitalsbereich im Sinne von Patienten- und Patientinnensicherheit, im Sinne der Kosten natürlich, im Sinne von Qualität und im Sinne von Versorgungssicherheit. Dieser Spagat oder diese Grätsche, von der heute schon manchmal gesprochen worden ist, ist glaube ich nicht so schwierig, weil die Reform in allen Regionen und von allen Krankenhausstandorten bereits vollzogen worden ist bis auf Bad Aussee. Feldbach, Fürstenfeld, Knittelfeld, Judenburg, Bruck, Mariazell, Mürzzuschlag, es gibt Kooperationen, es gibt die Synergien im Sinne überregionaler Abstimmungen. Es gibt Schwerpunktsetzungen wie in Bruck, in Leoben, in Bad Radkersburg, auf der Stolzalpe und es gibt Zielvereinbarungen. Und wie Landesrat Helmut Hirt auch gesagt hat, es gibt seit 1994 eine Standortgarantie für alle Krankenhausstandorte in der Steiermark. Allerdings – und das möchte ich noch einmal hier auch für den Klub sagen – mit Anpassung des medizinischen Angebotes an den Bedarf und an die Veränderungen, die es eben im Laufe einer Zeit gibt. Und gerade an Strukturen von Krankenhäusern sieht man den intensiven Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt. Und hier möchte ich bei Herrn Prof. Tscheliessnigg anschließen, was die Komplexität des Wissens, was die Kosten und was die Ausbildung betrifft. Der medizinische Fortschritt verdoppelt sich alle fünf Jahre. Und das zeigt sich am deutlichsten immer wieder und überall im Bereich der Chirurgie. Und wie gesagt, das unterstreicht auch die Ausführungen von Prof. Tscheliessnigg, dass es die Universalisten, die immer wieder heute auch hier zitiert worden sind, dass es die nicht mehr geben wird können. Es ist Spezialkompetenz gefragt und unverzichtbar.

Qualität – und da komme ich auf einen weiteren Punkt, der heute schon oft angesprochen worden ist – Qualität hängt sicherlich nicht nur an Fallzahlen, sondern auch an anderen Parametern wie Routine, Kommunikation, Teamfähigkeit, Austausch von Wissen. Aber was die Fallzahlen betrifft, erlauben Sie mir einen Satz. Dieser Aufhänger besteht nämlich darin, dass es einfach zu viele Belege gibt, um diesen Mengen- und Qualitätszusammenhang zu ignorieren. Eine Studie fordert eine andere heraus, aber ich möchte wirklich darauf hinweisen, dass es nicht erwiesen ist, dass Fallzahlen keine Relevanz hätten, um es umgekehrt zu sagen.

Die Chirurgerieform – und das ist ein weiterer Punkt – ist auch in der Zusammenschau mit der integrierten Gesundheitsversorgung zu sehen, wie es Frau Dr. Moritz auch gesagt hat. Es geht um drei regionalen Strukturplan Gesundheit, den wir beschlossen haben, es geht um den österreichischen Strukturplan Gesundheit, der 2008 beschlossen worden ist, wo wesentliche Bereiche wie das Notarztsystem enthalten sind. Das bedeutet aber auch, um es anders zu sagen, dass Gesundheitsversorgung nicht nur im Spital stattfindet. Jedes nicht zeitgemäße unangemessene, auch über Gesetze, gesetzliche Verpflichtungen hinausgehende System erzeugt anderswo Defizite und Unterversorgung. Ich nenne als Beispiele Prävention, ich nenne die Geriatrie, ich nenne auch die Palliativversorgung und ich möchte noch einmal erwähnen den Aspekt der Endkosten, der von Frau Dr. Moritz eingebracht worden ist.

Ich erwähne auch die Berichte des Landesrechnungshofes und des Rechnungshofes, die eindeutig und unmissverständlich sind, wo sogar explizit diesen Berichten zu entnehmen ist, dass die chirurgische Vollversorgung nicht zweckmäßig und nicht nachvollziehbar ist und dass die Projektkontrolle letztlich sogar formuliert hat, dass der Neubau in Bad Aussee nicht notwendig sei.

Wir haben auch die Stimmen der Primärärzte gehört. Und ich möchte, wenn ich zum Abschluss kommen darf, das Positive auch herausstreichen. An beiden Standorten, sowohl in Bad Aussee als auch in Mürzzuschlag wird investiert. An beiden Standorten gibt es medizinische Schwerpunkte, die – was Mürzzuschlag betrifft – sogar aus dem eigenen Haus gekommen sind und die in Wirklichkeit unter Dach und Fach sind. Das dürfen wir hier ja auch einmal sagen. Also Mürzzuschlag, was die Akutgeriatrie und die Remobilisation betrifft und Rheumaschwerpunkt, Bad Aussee Schmerz, auch schon angesprochen heute, und die Interne. Und natürlich an beiden Standorten sieht das Konzept, das von der Frau Prof. Kohlberger vorgetragen worden ist, die chirurgische Basis- und Notfallversorgung rund um die Uhr, das heißt 24 Stunden an sieben Tagen die Woche, vor.

Der Landtag wird in seiner Sitzung im Juli gut beraten sein, diese so wichtigen Fragen auch sachlich zu behandeln und zu entscheiden, so wie wir das heute gemacht haben auf Grund von fachlichen Grundlagen. Und was keinesfalls passieren darf, und das ist mir sehr wichtig, mir persönlich, wir dürfen keine Region gegen eine andere ausspielen. Der Landtag hat bei all seinen Entscheidungen die Verpflichtung, eine qualitätsvolle, eine leistbare, eine zeitgemäße und eine räumlich ausgewogene Versorgung für alle Steirerinnen und Steirer zu gewährleisten und sicherzustellen. Und auch wenn ich aus dem Bezirk Graz-Umgebung komme und der Kollege Lackner aus dem Bezirk Liezen, wir – glaube ich – müssen uns immer auch für die gesamte Steiermark als Abgeordnete verstehen. Wir müssen auch eine weitergehende Perspektive einnehmen im Landtag, nämlich auch über die kleinräumig regionalen Bedürfnisse hinaus. Das Konzept liegt uns vor mit Angeboten, die das beinhalten, was die Bevölkerung braucht. Bestmögliche Qualität ist Patientinnen- und Patientenrecht. Das wurde heute schon ein paar Mal gesagt und das bedeutet, Spitzenleistungen in Zentren und wohnortnahe Grundversorgung. Eine zukunftsorientierte Planung der benötigten Strukturen kann nur von Bedarf und nie und nicht von Personen bestimmt sein. Keine Strukturveränderungen

vorzunehmen, wie das manchem vielleicht vorschwebt, würde bedeuten, dass die Bevölkerung im Ausseerland und im Mürztal schlechter gestellt sein wird als die Bevölkerung in allen andern Regionen der Steiermark. Hingegen bedeutet eine Strukturveränderung im Sinne des Konzeptes, die Bevölkerung am medizinischen Fortschritt teilhaben zu lassen und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung auch für die Zukunft sicherzustellen. Ich ersuche vor allem die Gäste aus dem Ausseerland und aus dem Mürztal darum, sich dieser Entwicklung nicht zu verschließen. Ich danke Ihnen. *(Beifall)*

Präsidentin Beutl: Ich bedanke mich für das Statement und darf als zweitem Redner dem Herrn Abgeordneten Bacher vom Landtagsklub der ÖVP das Wort erteilen. Bitte, Herr Abgeordneter.

LTabg. Johann Bacher: Liebe Frau Präsidentin, Herr Landesrat, geschätzte Damen und Herren Professoren, liebe Gäste aus dem Ausseerland und aus dem Mürztal, liebe Kolleginnen und Kollegen! Spannende Diskussion den ganzen Tag. Ich habe einiges dazu gelernt. Schließe mich dort an, was mein Klubobmann zum Schluss gesagt hat. Wir haben vieles Neues gehört, aber es war auch vieles dabei, das wir schon bereits 2003, 2004, 2005 gekannt haben. Liebe Kollegin Lackner und Herr Landesrat Hirt, wir haben eine Standortgarantie abgegeben. Es gibt keinen Bereich in der Steiermark, keinen Bereich, der so eine Dynamik an Neuerungen, an neuen Herausforderungen, an wissenschaftlichem Fortschritt hat, wie in den Spitälern. Und den geht man nicht nur im Zentralkrankenhaus Graz, Herr Professor Tscheliessnigg mit, sondern selbstverständlich auch in den Regionen draußen, meine Damen und Herren. Und es ist unzulässig zu behaupten, dass die „draußen“, in den peripheren Häusern diese Dinge nicht so erbringen, die den Patienten gut tun. Das ist unzulässig. Ich wundere mich sehr, es sind Vertreter vom Krankenhaus Mürzzuschlag da, nur die Vertreter des Krankenhauses Bad Aussee vermisse ich hier. Wir reden miteinander, in dem Fall reden wir übereinander. Weil das wäre notwendig gewesen, dass der zuständige Primarius Miocinovic, den hat ja der Herr Bürgermeister Marl, der jetzt glaube ich nicht mehr da ist, massiv gefordert. Er hat ja das Primariat in Bad Aussee gefordert. Der hat auch der Region den Neubau versprochen. Ich bin mir nicht ganz sicher, ob der Spatenstich heuer stattfinden kann. Ich bin mir nicht ganz sicher. Weil da haben wir bereits die dritte Planung. Wir haben ursprünglich für 70 Betten geplant. In der Zwischenzeit für 50 und jetzt sind wir, glaube ich, bei 37 Betten. So kann keine Spitalpolitik in der Steiermark funktionieren, meine Damen und Herren. Ich sage ganz klar auch dazu, und das hat der Vorstandsdirektor Fartek gemeint, es geht einerseits um die bestmögliche medizinische Versorgung unserer Bevölkerung. Es geht aber auch um die leistbare medizinische Versorgung der Bevölkerung und es geht auch um das Ausloten der Möglichkeiten. Wenn es im Jahr 2005 einen gemeinsamen Beschluss gegeben hat, genau die Chirurgie in Bad Aussee und in Mürzzuschlag zu erhalten, wird man einen triftigen Grund gehabt haben. Es hat sich nichts Wesentliches verändert, meine Damen und Herren. Ich habe heute nicht festgestellt, dass 399 chirurgische Fälle die Qualität ausmachen und 250

nicht. Und wir haben erst vor kurzem, vor einem Jahr den regionalen Struktur- und Angebotsplan gemacht, Herr Hofrat Gaugg. Was steht da drinnen? Chirurgische Versorgung Bad Aussee und Mürzzuschlag. Ich lese nichts drinnen, dass in Bad Aussee plötzlich ein Palliativ kommen soll oder eine Remobilisation kommen soll, das lese ich in Rottenmann, aber in Bad Aussee lese ich es nicht. Das heißt, wenn ihr dort Defizite habt, dann müsst ihr es machen. Ich kann nicht hergehen und sagen, in Bad Aussee brauche ich keine Chirurgie, dafür kriegt ihr einen Hautarzt, dafür kriegt ihr einen Augenarzt, dafür kriegt ihr einen Kinderarzt. Wenn dort Bedarf ist, dann muss man es machen. Ich kann nicht das eine mit dem anderen ersetzen. Wenn es Anforderungen gibt, dann muss man es machen. Wir haben uns in Bad Aussee dazu geeinigt, dass es ein chirurgisches Angebot gibt unter bestimmten Einschränkungen und auch mit einem Bettenangebot. Da gibt es einen gültigen Regierungsbeschluss, meine Damen und Herren. Das was ich verurteile bei der Diskussion ist, dass wir immer politische Zusagen machen und nach ein paar Jahren können wir uns nicht mehr daran erinnern. Lieber Helmut Hirt, du hast erst vor kurzem, im Jahr 2007 in der Kronen Zeitung gesagt: „Hirt zerschlägt böse Gerüchte um die Chirurgie Mürzzuschlag“. Ja, wie nehmen es denn die Leute dort auf. Es steht dann zum Schluss noch: „Der zuständige Landesrat sagt in dieser Causa Chirurgie gibt es keine Veränderungen.“ Artikel, 4. Juni 2007. Das bleibt doch in der Bevölkerung hängen. Ich kann mich erinnern, der Landesrat Erlitz hat hier herinnen gesagt: „Wenn man in Bad Aussee die Chirurgie sperrt, katapultiert die Patienten um hundert Jahre zurück.“ Der wird sich ja bitte um Gottes Willen was gedacht haben bei diesen Äußerungen. Er wird sich ja was gedacht haben dabei. Noch einmal zurück zum RSG. Wir haben einen Regionalstruktur- und Angebotsplan gemacht und da steht die Chirurgie drinnen. Ich war damals in der Plattform derjenige der gefragt hat, wo sind denn im Strukturplan die neuen Perspektiven in der Steiermärkischen Gesundheitspolitik. Ich habe damals festgestellt, dass es ein Fortschreiben der Fakten ist die wir bis dort hin gehabt haben. Wir haben nur den Mut nicht, Veränderungen anzusprechen. Und dann, wenn es Wahlzeiten gibt, dann sagen wir allen alles zu. Nur nach der Wahl vergessen wir höflich wieder darauf. Daher ist es auch keine Retourkutsche, was wir da herinnen verlangen. Wir werden peinhart bei diesen Beschlüssen bleiben, meine Damen und Herren. Nur dass das klar ist. Selbstverständlich bei allen Herausforderungen die es an das Gesundheitswesen gibt. Nur es kann nicht sein, dass die eine Gruppe in dem Haus immer alles verspricht und die andere Gruppe immer in Abwehrposition gehen muss. Wir haben damals bei der Diskussion und Hermann Schützenhöfer war es und die ÖVP, die sehr zweifelhaft bei dieser Chirugiereform mitgegangen ist und genau diese Fragen 2004 angesprochen hat, die heute hier diskutiert werden. Nur sie wurden vom Tisch gewischt. Der derzeitige Landeshauptmann Voves hat die Gitarre ausgepackt, hat was vorgespielt und hat gesagt, liebe Leute im Ausseerland, ihr kriegt alles was wir euch versprochen haben. Das ist SPÖ-Politik in der Steiermark. Das ist Gesundheitspolitik in der Steiermark. Das muss man nur auch der Bevölkerung sagen. Und da kann man sich nicht hierher setzen und sagen, das ist alles nichts. Wir brauchen die Qualität. Na selbstverständlich brauchen wir die Qualität. Ich bin zutiefst überzeugt, dass beste Qualität auch draußen geleistet wird. Es ist

unzumutbar, wenn die Ärzte und die Schwestern und das Personal in einem Krankenhaus ständig von außen erfahren, was sie für eine miese Arbeit leisten. Das ist eines Gesundheitslandesrates, das ist einer KAGes-Führung nicht würdig, meine Damen und Herren. Wie sollen die bitte einen ordentlichen Job abliefern. *(Beifall)* Das kann man nicht machen und das tut man nicht. Das was man tut ist zusammensitzen und zu sagen, wie können wir aus dem Schlamassel herauskommen. Wir werden mithelfen. Nur so leicht geht es nicht, dass man vor der Wahl, was man nach der Wahl nicht halten kann. In diesem Sinne sind wir auf der Seite der Bevölkerung, die sich von der Gesundheitspolitik in der Steiermark etwas erwartet. Sie können sich auf uns verlassen. Danke. *(Beifall)*

Präsidentin Beutl: Als Nächstem darf ich dem Herrn Klubobmann Kaltenegger das Wort erteilen und ich ersuche unsere Gäste sich an die Geschäftsordnung zu erinnern und auch daran zu halten. Bitte, Herr Klubobmann.

LTabg. Ernest Kaltenegger: Sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren!

Die heutige Enquete sollte ja die Aufgabe haben, die Mandatarinnen und Mandatäre des Landtages zu unterstützen bei der Entscheidungsfindung. Ich muss sagen, für meine Fraktion und für mich, es ist gelungen. Es ist nämlich insofern gelungen, dass wir in unserer Haltung bestärkt wurden, dass wir sowohl in Mürzzuschlag als auch in Bad Aussee eine vollwertige Chirurgie brauchen. Das ist, denke ich, eines der Ergebnisse der heutigen Beratung. Es wurde schon angesprochen, der Regierungsbeschluss aus 2005 wurde ja hoffentlich nicht aus taktischem Kalkül angesichts der damals bevorstehenden Landtagswahl, sondern wohl überlegt und anhand konkreter Fakten gefasst. Und was hat sich bitte an den Fakten seit 2005 verändert? Es sind nicht einmal vier Jahre vergangen. Das Notarztsystem, von dem heute gesprochen wurde, gibt es in Aussee seit 1999. Die Einwohnerzahl ist auch nicht, meines Wissens, dramatisch zurückgegangen. Man hat auch nicht in den letzten vier Jahren so tolle Entwicklungen vollbracht, die es heute überflüssig machen, chirurgische Eingriffe durchzuführen. Bei der Einwohnerzahl muss man auch noch betonen, das hat ja heute in der Diskussion eine Rolle gespielt, dass man die tatsächlich anwesende Bevölkerung nicht außer Acht lassen darf. Das sind nämlich nicht nur jene, mit dem Hauptwohnsitz im Ausseerland, sondern auch all jene, die als Touristinnen oder Tourist oder Zweitwohnungsbesitzer sich dort aufhalten. Eine wichtige Rolle hat auch die Diskussion über die so genannten Fallzahlen gespielt. Und für mich ist ganz klar und deutlich herausgekommen, dass die Bewertung der Qualität ärztlicher Arbeit nicht ausschließlich nach Fallzahlen vollzogen werden kann, sondern dass man auch andere Dinge berücksichtigen muss und dass es auch, wenn man nur von den Fallzahlen spricht, es eine problematische Seite gibt, dass man eben Fallzahlen erhöhen möchte oder muss, um entsprechend noch konkurrenzfähig unter Anführungszeichen zu sein. Und unbestritten ist auch, dass die geografischen Besonderheiten unbedingt zu berücksichtigen sind. Es ist nicht nur die räumliche Distanz zu bewerten, also wie viel Kilometer Luftlinie es sind zum nächstgelegenen Krankenhaus, wo es eine vollwertige chirurgische

Abteilung gibt, sondern es sind auch die praktischen Wege zu berücksichtigen. Also, wie geht es zum Beispiel im Winter? Wir haben heute sehr eindrucksvolle Fotos gesehen. Wie schaut es aus, wenn hier zwei Meter Schnee liegen, wie kommt man dann voran? Hier greift das einfach zu kurz, wenn man nur die Entfernung alleine sieht und die geografischen Besonderheiten nicht berücksichtigt. Und noch etwas, ein gut ausgebautes Gesundheitswesen ist auch ein erheblicher Faktor bei der Bewertung eines Standortes. Ob es jetzt um Betriebsansiedlungen geht oder ob es um die Entscheidung geht, ob ich meinen Hauptwohnsitz da haben möchte oder dort. Solche Faktoren spielen natürlich eine Rolle. Und man darf auch nicht übersehen, dass der Erhalt der chirurgischen Abteilungen auch die Sicherung von Arbeitsplätzen bedeutet, heute notwendiger denn je. Es wird sehr viel unternommen, um Arbeitsplätze zu sichern. Wo das Land unmittelbar die Möglichkeit hätte, nämlich im eigenen Bereich was zu tun, ist man oft sehr nachlässig.

Wir haben heute auch sehr interessante Vorschläge gehört, z.B. von Herrn Dir. Angerer und auch von Herrn Dr. Ribitsch. Vorschläge über Kooperationsmöglichkeiten, die es beispielsweise in Aussee gibt. Wenn eine relativ kleine Gruppe schon sehr schlüssige Vorschläge vorlegen kann, wie muss es dann erst aussehen, wenn die mächtige KAGes sich dahinter setzt und sich bemüht, hinsichtlich Kooperationen gute Vorschläge zu machen? Zum Schluss möchte ich Sie noch mit zwei Zahlen konfrontieren. Mir ist bewusst, dass mir einige jetzt vielleicht Populismus unterstellen werden, aber diese Zahlen sollten genannt werden, weil sie sehr deutlich belegen, wie bei uns oft die Gewichtung in der Politik aussieht. Ich habe mir das heute ausgedruckt. Es ist eine Statistik der OECD und hier wird informiert, dass die österreichischen Gesundheitsausgaben insgesamt im Jahr 2007, das ist also die letzte Zahl die vorliegt, insgesamt 20,9 Milliarden Euro ausgemacht haben – eine große Summe. Fast ein Fünffaches dieser Summe hat man vor wenigen Monaten innerhalb kürzester Zeit beschlossen, um die Banken in Österreich zu unterstützen. Das ist auch ein Zeichen, was uns was wert ist.

Und die Gesundheit der Bevölkerung sollte uns wesentlich mehr wert sein. Also die gesamten Gesundheitsausgaben von fünf Jahren der öffentlichen Hand in Österreich für die Banken innerhalb kürzester Zeit beschlossen und die Chirurgischen Abteilungen, um die es heute geht, in Müzzuschlag, in Bad Aussee kosten nicht einmal im Promillebereich von dem was hier in kürzester Zeit ausgegeben wurde. Das ist eine Schlussbemerkung von mir und ich kann Ihnen auch sagen, also die KPÖ bleibt bei ihrem Standpunkt. Wir treten auch bei der kommenden Landtagssitzung, wo dieser Punkt dann zur Abstimmung steht, für die Erhaltung der beiden Chirurgischen Abteilungen in Müzzuschlag und Bad Aussee ein. Danke schön. (*Beifall*)

Präsidentin Beutl: Zum letzten Statement darf ich die Frau Klubobfrau Lechner-Sonnek ans Rednerpult bitten und damit nähern wir uns tatsächlich dem Ende diese Enquete. Ich erinnere noch einmal, dass Sie von allfälligen zustimmenden oder ablehnenden Kundgebungen Abstand nehmen mögen.

LTAbsg. Ingrid Lechner-Sonnek: Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren. Es wäre jetzt natürlich eine interessante Frage, ob Herr Direktor Angerer ein größeres Problem mit der Stützung der Banken durch den Bund oder mit der Erhöhung des Gesundheitsbudgets hat. Aber das sprechen wir nachher aus. (*Dir. Angerer: „Ein bisschen was Banken und etwas mehr Gesundheit!“*) Ein bisschen etwas Banken aber mehr Gesundheit hat er gesagt, Na ja gut, okay. Gleich zu Beginn möchte ich sagen: Ich bin froh, dass diese Enquete stattgefunden hat. Jetzt kann ich schon fast in der Vergangenheitsform reden, weil ich die letzte Rednerin heute bin. Es war auch der Wunsch der Grünen, das zu tun. Meine Damen und Herren, auch wenn der Kollege Drexler sagt, das ist ohnehin schon längst entschieden und es hat sich nichts geändert für ihn. Vorher war es nämlich so, dass rein parteipolitisch motiviert argumentiert wurde. Also, ich habe bei allem Respekt von der ÖVP-Seite keine großartigen gesundheitspolitischen Argumente in Erinnerung und auch wenn es Kränkungen gibt, auch wenn der Rote den Schwarzen geärgert hat und umgekehrt, kann das nicht die Entscheidungsebene sein, wo man dann sagt, man ist für oder gegen ein Projekt. Das war der Grund für mich und für uns auch zu verlangen, dass es eine öffentliche Debatte gibt und zwar nicht nur zwischen eben Expertinnen und Experten, sondern auch unter Beteiligung der Öffentlichkeit. Und das war auch ein Grund für uns von vornherein zu sagen, wir möchten gerne, dass die Bürgerinitiativen, die sich zusammengeschlossen haben, weil sie Befürchtungen haben, auch hier von vornherein das Wort bekommen haben. Ich glaube, das hat auch für eine lebendige Debatte gesorgt und ich bin an sich sehr froh, dass wir viel verschiedene Informationen bekommen haben. Jetzt kann man natürlich sagen, ja mein Gott, es gibt Argumente dafür und dagegen. Na eh klar. Dazu müssten wir keine Enquete machen, das ist keine Neuigkeit. Aber was für mich eine wichtige Sache war, zurück zu führen zu dem, worum ist es eigentlich gegangen.

Es geht um die Gesundheitsversorgung der steirischen Bevölkerung. Und da ist eines sichtbar geworden, es kommt sehr auf den Blickwinkel an, wie man entscheidet und es ist einfach ein Riesenunterschied, ob jemand in einer Region sitzt und hört da fällt was weg und nicht erfährt ob es irgendetwas Neues gibt und woran der Gewinn einer möglichen neuen Situation liegt oder ob man als zuständiger Mensch, der für Gesundheitsplanung zuständig ist, der zum Beispiel ganz Österreich anzuschauen hat oder die ganze Steiermark, denkt und handelt. Das ist für mich etwas sehr Wichtiges. Das ist für mich sehr deutlich geworden. Und ich denke, es ist beides zu tun. Es ist eine übergeordnete Gesundheitsplanung zu machen, ich komme noch dazu, warum das so ist, und es ist natürlich auch darauf zu schauen, dass die Regionen versorgt sind. Es kann aber nicht heißen, dass zum Beispiel eine Region sagt, wir wollen das so und sie entscheidet allein. Denn wir hier herinnen haben zu verantworten, was daraus entsteht.

Und was entsteht daraus? Wir haben vorher auch schon den Begriff gehabt der Versorgungsgerechtigkeit. Ich möchte Ihnen nur kurz sagen, was mir da alles durch den Kopf geht. Es darf also die Gesundheitsversorgung nicht zum Beispiel Männer bevorzugen und Frauen benachteiligen oder die Alten bevorzugen und die Jungen benachteiligen. Und es darf eine

Gesundheitsversorgung in einem Bundesland auch nicht eine Region bevorzugen und eine andere benachteiligen. Ich sage Ihnen, warum ich das jetzt sage. Mich hat vorhin beim Mittagessen jemand angesprochen, eine Person, die aus einem Krankenhaus kommt, das die Chirugiireform schon hinter sich hat und die hat genau das gesagt. Die hat gesagt: „Sind wir blöd gewesen? Warum kommen wir dazu? Wir haben es gemacht.“

In mehreren Teilen der Steiermark, der Oststeiermark, Weststeiermark, in zwei Fällen in der Obersteiermark ist die Chirugiireform durchgeführt worden. Man hat im Übrigen auch viele gute Erfahrungen und es war überall schwer. Das sagt Ihnen auch jeder. Jede Umstellung, jede Veränderung ist schwierig. Aber wie kommen diese Regionen dazu? Dass sie es getan haben aus einer Einsicht heraus? Und andere sagen, wir tun es nicht, weil für uns Veränderung nicht in Frage kommt.

Wie ist das legitimierbar? Und jetzt möchte ich etwas aufgreifen, was der Herr Kollege Murgg gesagt hat, er hat gesagt, es ist eigenartig, er war relativ spät am Tag dran, es ist eigenartig, dass nicht über die Finanzen gesprochen wird. Ich möchte gerne über die Finanzen sprechen. Es ist schon richtig, dass der Herr Kollege Kaltenegger gesagt hat, ja eigentlich könnten wir unser Gesundheitssystem durchaus budgetär noch besser absichern. Wir haben die Debatten da herinnen öfter. Da sind Sie und ich, glaube ich, der gleichen Meinung, Vermögen gehört besteuert in Österreich, dann würde mehr Geld hereinkommen. Aber zu glauben, dass damit alle Probleme im Gesundheitsbereich zu regeln sind, das wäre auch – würde ich sagen – naiv, denn es gibt noch andere Bereiche, wo viel Geld gebraucht wird. Das fängt bei der Bildung an, geht über das Soziale noch in andere Bereiche, Umwelt zum Beispiel. Also man kann nicht sagen, wenn es eine Vermögensbesteuerung gebe, dann hätten wir das Geld. Das ist keine Lösung. Das ist auch in der momentanen Situation keine Lösung, weil wir alle wissen noch nicht, ob wirklich in Zukunft viel mehr Geld durch die Besteuerung von Vermögen hereinkommt. Das heißt, wenn zum Beispiel alle Standorte, alle Krankenhäuser sagen würden, okay, es gibt eine Entwicklung, aber wir bleiben gleich wie bisher und wir wollen noch weitere Abteilungen, weitere Angebote hinzuhaben, dann muss ich Ihnen ganz pragmatisch die Frage stellen, haben Sie es lieber so, dass Sie mehr Steuern zahlen oder wollen Sie mehr Selbstbehalte zahlen? Wir alle wissen, dass das Gesundheitssystem budgetär wirklich in den Nähten kracht. Das wissen wir. Und jetzt kann man sich ärgern darüber in einer Region und in einem Krankenhaus, das gestehe ich jeder Person zu, aber wenn man so wie ich und die 55 Kollegen in diesem Haus sagt, das ist mir jetzt egal, dann ist das fahrlässiges politisches Handeln in meinen Augen. Wir haben die Verantwortung, dafür zu sorgen, dass das Gesundheitssystem in der Steiermark und in Österreich lange gut funktionieren kann und Versorgungsgerechtigkeit herrscht. Und aus diesem Zusammenhang, aus diesem Grund heraus muss man schauen, wie ist das Gesundheitssystem laufend zu adaptieren, an den Bedarf und an die sich ändernde Entwicklung anzupassen, denn nur dann ist es überlebensfähig und nur dann ist es legitimierbar. Und das ist eine wichtige Aufgabe.

Ich glaube, der Herr Landesrat hat es heute auch schon gesagt, das ist mir auch auf der Zunge gelegen, ich könnte es mir auch viel leichter machen. Nein, ich habe mich jetzt zu Wort gemeldet, Herr

Kollege, Sie waren vorher dran, ich könnte es mir viel leichter machen. Ich könnte sagen, jeder kann alles haben, jede kann alles haben. Ich hätte es noch dazu besonders leicht, weil ich bin in der Opposition, ich muss das nicht einmal in der Regierung irgendwie vertreten und ich muss auch in der Regierung nicht „herumschubeln“ zwischen den verschiedenen Bereichen und schauen, wo ich jetzt das Geld dafür herkriege. Aber ich habe ein Verständnis von meiner Arbeit und das ist das, auch Verantwortung zu übernehmen auch dann, wenn es nicht besonders lustig ist. Und es ist nicht besonders lustig, wenn dahinten gebuht wird oder wenn dahinten Missfallenskundgebungen sind, das ist nicht lustig. Ich bitte nicht um Mitleid, ich sage es Ihnen nur. Und trotzdem bleibe ich bei meiner Haltung, dass ich sage, das Gesundheitssystem muss an den Bedarf angepasst werden und zwar laufend. Denken Sie an Dienstleistungsbetriebe, welcher Dienstleistungsbetrieb kann über Jahre und Jahrzehnte das Gleiche anbieten? Keiner, weil er sich einfach danach richten muss, was wird gebraucht. Und was wird gebraucht in den Regionen? Ja, da bräuchte man auch – das gebe ich zu und das finde ich, wird auch eine Aufgabe sein – bessere Verfahren, das zu entwickeln. Denn mir reicht es nicht, über einen Leserbrief oder Zurufe zu sagen, aha, das und das und dies brauchen wir. Was uns fehlt, ist zum Beispiel, dass wir wirklich gute Daten haben. Dass wir auch wirklich wissen, ich habe in der Zwischenzeit wieder mit einigen Personen hier gesprochen, die heute am Vormittag sich schon geäußert haben, was uns fehlt, das sind echt gute Angaben, was ist wirklich mit der Qualität und was wird wirklich getan in den Spitälern, was kommt wirklich raus, was ist die Ergebnisqualität? Das haben wir nicht. Das haben wir in der Steiermark mit Sicherheit aufzubauen und zwar rasch. Und dann brauchen wir nicht mehr debattieren, stimmen die Zahlen, stimmen sie nicht. Jetzt sind wir noch in manchen Bereichen so auf der Ebene des Glaubens. Ich glaube, dass es so ist, nein, ich glaube, es ist anders. Das ist eine sehr wenig seriöse Vorgangsweise.

Ich möchte noch eines hervorheben, den Unterschied, der mir aufgefallen ist besonders heute in dieser Enquete, zwischen der Frage Mürzzuschlag und Bad Aussee. Nämlich in Mürzzuschlag hat das Team des Krankenhauses für sich festgestellt – ich war dort, ich habe auch Gespräche geführt, ich sage das nicht nur wegen dieser Enquete, sondern weil ich es gesagt bekommen habe – man hat dort von sich aus festgestellt, so geht es nicht mehr lange weiter, wir müssen uns verändern und hat selber ein Konzept entwickelt, das dieser Veränderung Rechnung trägt. Das finde ich imponierend und wer gegen so etwas ist, den verstehe ich überhaupt nicht. In Aussee habe ich einfach ein anderes Gefühl, dass man versucht, an der Form festzuhalten und dass Veränderung heißt, gebt uns mehr dazu. Und ich denke, für mich ist heute noch nicht das letzte Wort gesprochen. Ich habe noch immer die Meinung und die Hoffnung, dass es zu einer Lösung kommt. Aber ich bleibe dabei, man muss sich verändern, um zu bleiben. Und ich finde, dass es sich die Bevölkerung verdient hat, nämlich in der ganzen Steiermark, dass hier nicht mit unterschiedlichem Maß gemessen wird, sondern dass in allen Regionen derselbe Vorgang möglich ist und dass jene, die diesen Vorgang, nämlich zu reflektieren und zu schauen, wie muss sich das System ändern, dass das auch respektiert wird und gesehen wird als das, was es ist, verantwortungsvolles politisches Arbeiten, auch wenn nicht jeder und jede in jedem

Augenblick damit einverstanden ist. Ich glaube an eine gute Lösung. Ich habe noch nicht meine politische Rede zum 7. Juli gehalten wie meine Kollegen von der ÖVP. Und ich danke allen, die gekommen sind zu dieser Enquete. Ich finde, sie war sehr hilfreich, sie war sehr interessant, wenn auch manchmal für den einen oder die andere schwierig auszuhalten.

Trotzdem danke und einen schönen Abend. *(Beifall)*

Präsidentin Beutl: Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Ich möchte mich bei Ihnen allen sehr, sehr herzlich für Ihre wirklich engagierten und informativen Beiträge bedanken, bei den Referenten, bei den Diskussionsteilnehmern, bei den Abgeordneten. Ich möchte mich ebenfalls sehr herzlich für das Interesse der Gäste bedanken und möchte noch einmal daran erinnern, dass eine solche Enquete sich an Regeln und an eine Geschäftsordnung zu halten hat und in diesem Sinne hoffe ich, haben Sie das Verständnis für unsere Maßnahmen gefunden.

Ich weise darauf hin, dass eine Publikation dieser Veranstaltung im Internet erfolgen wird. Noch einmal herzlichen Dank für Ihr Interesse und für Ihr Durchhaltevermögen und ich darf Ihnen nun eine gute Heimfahrt wünschen und erkläre die Enquete für beendet. Danke!

Ende der Enquete: 16:44 Uhr