

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

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

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

Wie wird das vor sich gehen?

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

Was passiert mit den Mitarbeitern?

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

Und wer ist schlussendlich der Träger und wie wird abgerechnet?

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



„Längst überfällige Entscheidungen treffen.“

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

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

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

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

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

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