

Masterarbeit

Erhöhung der operativen Fallzahlen einer Chirurgischen Abteilung eines Standardkrankenhauses durch eine Änderung der Abteilungswahrnehmung und eine Erweiterung des operativen Spektrums

eingereicht von

Dr. med. univ. Siegfried Sauseng, FEBS

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Business Administration

(MBA)

an der

Medizinischen Universität Graz

Universitätslehrgang

MBA in Health Care und Hospital Management

unter der Anleitung von

Erstbetreuer

Prim. Dr. med. univ. Othmar Grabner

Zweitbetreuer

Univ. Prof. Dr. med. univ. Helfried Metzler

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 12.11.2021

Siegfried Sauseng eh

Vorwort/Danksagung

Ich möchte mich bei allen OrganisatorInnen und Vortragenden des MBA Lehrgangs bedanken, da letztendlich jeder einzelne motivierende Spuren hinterlassen hat und ein Stück zur Idee des Themas und der inhaltlichen Ausformung beigetragen hat.

Mein besonderer Dank gilt meiner Ehefrau Eva – Maria, die durch enorme zeitliche, mentale und logistische Unterstützung während des MBA Studiums und durch einen motivierenden „Tritt in den Allerwertesten“ zur rechten Zeit die Fertigstellung dieser Arbeit erst ermöglicht hat.

Ohne die großzügige, wohlwollende Unterstützung meiner Eltern während des langen Ausbildungsweges und ohne die finanzielle Hilfe zur Teilnahme am ULG wäre dieses Projekt nicht denkbar gewesen.

Des Weiteren möchte ich meinen Schwiegereltern, Eltern, Verwandten und Freunden für die unterschiedlichen fachlichen Inputs sowie für zahlreiche Korrektur- und Verbesserungsarbeiten danken.

Zu guter Letzt darf ich als stolzer Papa meine Masterarbeit meiner Tochter Helena widmen.

Zusammenfassung

Hintergrund

Chirurgische Abteilungen von Standardkrankenhäusern stehen oft vor dem Problem, die ihnen zur Verfügung stehenden OP-Kapazitäten nicht ausreichend ausnutzen zu können. Dies liegt einerseits an einem oft niedrigen medizinisch-hierarchischen Stellenwert mit einer negativ besetzten Wahrnehmung des Leistungspotentials, welchen eine derartige Abteilung oft in ihrer unmittelbaren Umgebung hat. Andererseits führen Strukturreformen und zunehmende Spezialisierungen zu einer Ausdünnung des operativen Spektrums und somit zu einer Verminderung der operativen Fallzahlen. Dies führt unweigerlich zu sinkender MitarbeiterInnenmotivation, zu Nachwuchsproblemen, betriebswirtschaftlichem Misserfolg und letztendlich zu einer Hinterfragung des gesamten Standortes.

Methoden

Es werden sowohl bezüglich der Wahrnehmung als auch des operativen Spektrums Möglichkeiten aufgezeigt und mit Literaturdaten aus den Bereichen der Betriebswirtschaftslehre, des Hospital Managements und der Humanmedizin in Einklang gebracht. Die daraus abgeleiteten Chancen werden unter einer besonderen Berücksichtigung der zu erwartenden Häufigkeiten im Einzugsgebiet eines Standardkrankenhauses und der anstehenden Strukturreformen beleuchtet.

Ergebnis

Sowohl durch eine Steuerung der endogenen und exogenen Wahrnehmung als auch durch eine gezielte Erweiterung des OP-Spektrums, entsprechend den Anforderungen der jeweiligen Versorgungsregion, können ausreichend viele Möglichkeiten zur Erhöhung der operativen Fallzahlen entwickelt werden. Diese beiden Instrumente zeigen sich in weiterer Folge als eine wechselwirksam miteinander verbundene Einheit.

Conclusio

Ein gut gefülltes OP-Programm zeigt sich als eines der entscheidendsten Tools zur erfolgreichen Führung und Weiterentwicklung einer Chirurgischen Abteilung. Nur durch eine permanente Awareness gegenüber den sich laufend ändernden medizinischen Herausforderungen ist es möglich, dauerhaft ein breites chirurgisches Spektrum, das die Bedürfnisse der Versorgungsregion abbildet, anbieten zu können.

Abstract

Background

Surgical departments of standard size hospitals in Austria often cannot take advantage of their operating room capacities. On the one hand this seems to be related to a low medical-hierarchical status with a negative perception within the hospitals surroundings. On the other hand a reduction of the operative spectrum due to ongoing specialization and structural changes is leading to that. This contributes to falling employee motivation, young talent problems, economic troubles and last but not least to a questioning of the whole department itself.

Methods

In this work possible changes of the departments status of perception and the operative spectrum are shown and broad together with the existing literature in the field of economics, hospital management and human medicine. The derived possibilities get analyzed in relation to the expected frequency in the catchment area and the structural changes planned.

Results

There can be created multiple modalities to raise the number of operations. As well for the perception management as the increasing of the operative spectrum (correlated to the requirements of the catchment area) successful tools can be pointed out. Subsequently it shows that these two instruments are reacting like an interacting unit.

Conclusion

It shows that a high number of operations and a well filled operation room is of vital importance for the development of a surgical department. Only the permanent awareness and reaction to the ongoing changes of the structural prerequisites and the medical needs of the catchment area allow a permanent enlargement of the operative spectrum.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	10
1.1	Thema der Arbeit	10
1.2	Grundsätzliches	10
1.2.1	Die Verteilung der Krankenhäuser zwischen dem öffentlichen Sektor und anderen Anbietern	11
1.2.2	Weitere Differenzierung und Definitionen von Krankenanstalten	11
1.3	Krankenhausverbünde	13
2	Die OP-Auslastung als zentrales Element für das Funktionieren einer Chirurgischen Abteilung eines Standardkrankenhauses	15
2.1	Der Begriff Effizienz angewandt auf chirurgische Abteilungen	16
3	Die OP-Auslastung	17
3.1	Spezielle Aspekte der OP-Auslastung von Standardkrankenhäusern	18
3.2	Steigerung der Operationszahlen	19
3.3	Warum ist nun ein volles OP-Programm wichtig für die Führung einer chirurgischen Abteilung?	21
4	Der Stellenwert der Chirurgischen Abteilung	23
4.1	Die verschiedenen Arten der Wahrnehmung einer Abteilung	24
4.1.1	Die intramurale Bedeutung der chirurgischen Abteilung	25
4.1.1.1	Das selbstbewusste Selbstbildnis	25
4.1.1.2	Die Fremdwahrnehmung der Chirurgischen Abteilung durch die Partnerabteilungen der Krankenanstalt	27
4.2	Können diese Formen der Wahrnehmung eine Auswirkung auf die OP-Auslastung haben?	28
4.3	Die extramurale Bedeutung der Chirurgischen Abteilung	30
4.3.1	Die intrinsische Wahrnehmung des extramuralen Stellenwertes	31
4.3.2	Die extrinsische Wahrnehmung des extramuralen Stellenwertes	35
4.3.2.1	Doch wie schafft es die Chirurgische Abteilung von Anfang an beratend zur Seite zu stehen. Wie entsteht ein frühzeitiger Initialkontakt zwischen ZuweiserIn, PatientIn und Krankenhaus?	37
5	Wie hoch kann der Benefit dieser Maßnahmen beziffert werden?	43
5.1	Benefit durch eine Verbesserung der intramuralen endogenen Wahrnehmung	43
5.2	Einordnung des zu erwartenden Benefits im Falle einer Positivierung der extrinsischen intramuralen Wahrnehmung	45
6	Wie kann eine Vergrößerung des Allgemeinchirurgischen OP Spektrums zu einer höheren Auslastung der bestehenden OP Kapazitäten beitragen beziehungsweise diese erhöhen	45
6.1	Die Möglichkeiten zur Steigerung des Spektrums durch Kooperation mit den einzelnen Disziplinen	47

6.1.1	Orthopädie/Unfallchirurgie	47
6.1.1.1	Die Handchirurgie	48
6.1.1.2	Die Chirurgie der peripheren Nerven.....	50
6.1.1.3	Sporttraumatologie.....	50
6.1.2	Gefäßchirurgie	51
6.1.2.1	Die Varikositäs der oberflächlichen Beinvenen	51
6.1.2.2	Dialyseshunt bzw. Formen der Nierenersatztherapie	52
6.1.2.3	Port - a - Cath Implantationen	53
6.1.3	Thoraxchirurgie.....	54
6.1.4	Die plastische Chirurgie	55
6.1.5	Dermatologische Chirurgie	56
6.1.6	Gynäkologie	58
6.1.6.1	Mammachirurgie.....	58
6.1.6.2	Beckenbodenchirurgie	60
6.1.7	Innere Medizin	61
6.1.7.1	Geriatrie	62
6.1.7.2	Onkologie	62
6.1.7.3	Rheumatologie.....	62
6.1.7.4	Kardiologie	62
6.1.7.5	Nephrologie	62
6.1.7.6	Gastroenterologie	63
7	Steigerung des OP Spektrums und der OP-Auslastung durch BelegärztInnen.....	64
7.1	Kinderchirurgie	64
7.2	Urologie.....	65
7.3	Gefäßchirurgie	65
8	Diskussion	66
	Literaturverzeichnis	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Lage der Zentralkrankenhäuser in Österreich bezogen auf die regionale Verteilung ausgesuchter Krankheitsentitäten entlehnt von Statistik Austria – adaptiert.....	12
Abbildung 2 How to Increase Efficiency in the Hospital Sector? Results of a Long-term Benchmark Study in GermanyAlexanderKarmann & FelixRösel Wirtschaftsdienst	17
Abbildung 3 Operative Diagnosen nach Krankenhausentlassung 2011 - entlehnt aus Gesundheitsportal Österreich	20
Abbildung 4 idealisiertes Glas Bier zur Veranschaulichung des „Biermodells“	22
Abbildung 5 die Arten der Selbstwahrnehmung – Siegfried Sauseng	25
Abbildung 6 das operative Spektrum der Allgemeinchirurgie und die Überschneidungen mit anderen Fächern	46
Abbildung 7 Der Kreislauf zwischen positiv bewerteter Wahrnehmung und einer Erhöhung der operativen Fallzahlen	67
Abbildung 8 Kalkulation der Wachstumsücke – entlehnt aus Health Care Blog – „Was ist Innovationsmanagement“	68
Abbildung 9 "Inside out" und "Outside In" Effekt - wie Erneuerungen und Innovationen marktfähig werden	69

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 (Tabelle zur Krankenhausgröße entlehnt aus Gesundheitsversorgung (gbe-bund.de) – Layout verändert).....13

Tabelle 2 How to Increase Efficiency in the Hospital Sector? Results of a Long-term Benchmark Study in Germany Alexander Karmann & Felix Rösel *Wirtschaftsdienst*.....17

1 Einleitung

1.1 Thema der Arbeit

In der folgenden Masterarbeit sollen die bestehenden und zukünftigen Möglichkeiten zur Erweiterung des OP-Spektrums einer chirurgischen Abteilung eines Standardkrankenhauses erarbeitet und aufgezeigt werden. Dies hat vor dem Hintergrund anstehender Strukturreformen und der zunehmenden Bildung von Krankenhausverbünden entscheidende Bedeutung für das zukünftige Tätigkeitsprofil solcher Abteilungen. Man muss davon ausgehen, dass die klassische chirurgische Kleinabteilung, die jedes chirurgische Teilgebiet anbietet und alle diese Teilbereiche, so gut dies möglich ist, abzudecken versucht, ein Auslaufmodell darstellt. Daher wird durch eine derartige Abteilungsstrukturierung und fachliche Auslegung eine längerfristige Planung und ein Ausbauen einer zukünftigen Wettbewerbsfähigkeit beinahe unmöglich.

Wenn diesen reformbedingten Strukturänderungen, dem demographischen Wandel, der stetigen Profiländerungen des Faches Allgemeinchirurgie und der schwankenden Attraktivität des Berufes Chirurg/-in nicht aktiv begegnet wird, so werden ebensolche Chirurgische Einheiten sehr bald vor dem typischen Problem stehen, dass zur Verfügung stehende OP-Kapazitäten nicht genutzt werden können und zu wenig operiert wird. Dies setzt einen Circulus vitiosus in Gang, welcher zu Unzufriedenheit bei MitarbeiterInnen, Ausbildungsschwierigkeiten, ineffizienter Leistung und letztendlich zu einer Hinterfragung des gesamten Standortes führt.

Das Ziel einer hohen OP-Auslastung für eine Chirurgische Abteilung ist somit in erster Linie nicht nur ein betriebswirtschaftliches Ziel, sondern vielmehr noch das entscheidende Tool zur erfolgreichen Führung einer Chirurgischen Abteilung über viele Jahre.

Daher ist es die oberste Pflicht, die neuen Chancen zu erkennen und nicht den vermeintlich verlorenen Betätigungsfeldern vergangener Jahre nachzuweinen.

Denn letztendlich stehen in der nächsten Dekade nicht nur die einzelnen Chirurgischen Abteilungen vor einem entscheidenden Wandel, sondern das gesamte Fach der Allgemeinchirurgie hat die Möglichkeit, sich neu zu positionieren.

1.2 Grundsätzliches

Da es einen großen Unterschied für die operativen Möglichkeiten und den Versorgungsauftrag mit sich bringt, wie groß eine Chirurgische Abteilung ist, beziehungsweise wer der Geldgeber ist und inwieweit gewinnorientiert gearbeitet werden soll, muss dies zu Beginn der Arbeit möglichst genau definiert werden. Die in dieser Masterarbeit aufgezeigten Modelle und Strategien beziehen sich auf die gestalterischen Möglichkeiten an einer Chirurgischen Abteilung eines Allgemein Öffentlichen Standardkrankenhauses.

Zum Verständnis der entsprechenden Begrifflichkeiten bedarf es einer weiterführenden Erläuterung.

1.2.1 Die Verteilung der Krankenhäuser zwischen dem öffentlichen Sektor und anderen Anbietern

In Österreich gibt es zum jetzigen Zeitpunkt 275 Krankenanstalten, mit ca. 51.000 Akutbetten, die stationäre oder tagesklinische Leistungen anbieten (Stand Jänner 2021). Mehr als die Hälfte davon gehört öffentlichen Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden). Die übrigen Krankenhäuser werden konfessionell oder privat betrieben.

Prinzipiell wird daher zwischen „öffentlichen“ und „privaten Krankenanstalten“ unterschieden.

Für öffentliche Krankenanstalten gilt genauso wie für private das KAKuG (Krankenanstalten und Kuranstalten Gesetz), zusätzlich unterliegen sie dem Öffentlichkeitsrecht (§ 14 KAKuG). Des Weiteren wird in § 16 des KAKuG definitiv festgelegt, dass diese gemeinnützig sein müssen.

Hingegen unterliegen private Krankenanstalten nicht dem Öffentlichkeitsrecht (§ 39 KAKuG).

Da jedoch auch private Einrichtungen gemeinnützig sein können, werden private Krankenanstalten weiters unterteilt in private gemeinnützige (§16 KAKuG), beziehungsweise in private sonstige Krankenanstalten (§ 39 KAKuG). Im Unterschied zu den oben genannten sind letztere des Öfteren gewinnorientiert ausgerichtet. [1,2]

1.2.2 Weitere Differenzierung und Definitionen von Krankenanstalten

Natürlich haben unterschiedliche Krankenanstalten unterschiedliche Ausrichtungen.

Daher werden die Krankenanstalten grob in fünf Typen unterteilt.

- Allgemein öffentliche Krankenanstalten
- Sonderkrankenanstalten
- Pflegeanstalten für chronisch Erkrankte
- Sanatorien
- und Ambulatorien

Im Rahmen dieser Arbeit sind die allgemein öffentlichen Krankenanstalten von besonderem Interesse. Diese Gruppe von Krankenanstalten (der Großteil davon in öffentlicher Hand) wird je nach Versorgungsauftrag, beziehungsweise je nach Größe in drei Kategorien eingeteilt:

- 1.) Standardkrankenhäuser
- 2.) Schwerpunktkrankenhäuser
- 3.) Zentralkrankenanstalten.

Diese Einteilung erfolgt, trotz immer wiederkehrender Bestrebungen, nicht nach strikten gesundheits- oder bundespolitisch definierten Grundlagen und Richtwerten, sondern sind eher als orientierende Begriffe der einzelnen Krankenanstalten-Gesellschaften (oder -Träger) zu verstehen. (So sind zum Beispiel die Krankenanstalten der KAGES auf deren Homepage nach diesem Schema aufgelistet und werden damit in einen hierarchischen Kontext zueinander gesetzt. Hingegen verzichtet die oberösterreichische GESPAG gänzlich auf eine ähnliche Einteilung ihrer Krankenanstalten und Verbünde).

Orientierend kann festgehalten werden, dass Standardkrankenhäuser über ein Einzugsgebiet von 70.000 bis 130.000 Personen verfügen. Laut dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist in solchen Standardkrankenhäusern, als bettenführende Abteilung, nur eine medizinische Abteilung verpflichtend. Alle anderen Abteilungen sind eine „Kann-Bestimmung“ und müssen am jeweiligen Standort nicht zwingend vorliegen. Allerdings sind Standardkrankenhäuser verpflichtet, eine ambulante Grundversorgung, welche auch andere Fächergruppen betrifft, vorzuhalten. Im Bedarfsfall muss eine Kooperation mit einem anderen Krankenhaus oder einem übergeordneten Zentrum eingegangen werden, um diese Vorgabe zu erfüllen [3]. Eine Chirurgische (bettenführende) Abteilung ist am Standort eines Standardkrankenhauses somit nicht unbedingt erforderlich.

Durch diese Grundvoraussetzungenkonstellation ist jede chirurgische Abteilung eines Standardkrankenhauses prinzipiell immer von der Schließung bedroht. Da die rechtlichen Vorgaben eines allgemein öffentlichen und gemeinnützigen Krankenhauses ja auch ohne eine bettenführende chirurgische Abteilung ausreichend erfüllbar sind.

Das Einzugsgebiet eines Schwerpunktkrankenhauses sollte zwischen 250.000 und 300.000 Personen umfassen. An Abteilungen sollten hier eine Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals- Nasen- Ohrenabteilung, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie, Orthopädie/Trauma, Psychiatrie und Urologie vorliegen. [4]

Die höchste Stufe der durch Krankenhäuser geleisteten medizinischen Versorgung wird in Österreich durch die sogenannten Zentralkrankenanstellen gewährleistet. Als Zentralkrankenanstellen werden in Österreich prinzipiell die 5 universitären Kliniken (Wien, Graz, Innsbruck, Salzburg und Linz) sowie das Klinikum Klagenfurt und je nach Auslegung fallweise auch Wels (OÖ) und Feldkirch (V) bezeichnet.

Da dies für das allgemeinchirurgische Patientengut repräsentativ erscheint, wird in Abbildung Nr.1 die Lage dieser Schwerpunktkrankenhäuser in Österreich, bezogen auf die Verteilung von Verdauungserkrankungen und von Malignomen, dargestellt.

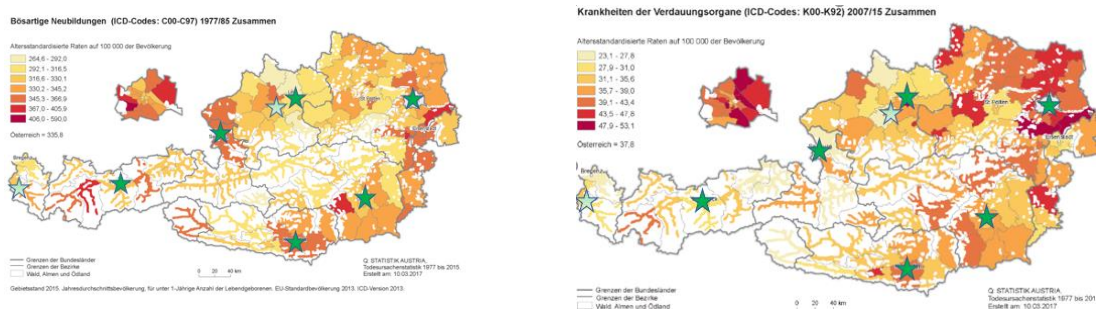


Abbildung 1 Lage der Zentralkrankenhäuser in Österreich bezogen auf die regionale Verteilung ausgesuchter Krankheitsentitäten entlehnt von Statistik Austria – adaptiert

In Deutschland ist eine ähnliche Einteilung gebräuchlich. Hier werden die Krankenhäuser in Versorgungsstufen eingeteilt. Im Allgemeinen von I bis III. Wobei manche Bundesländer bewusst eine solche Regelung aussetzen. Die Einteilung zu den Versorgungsklassen findet hauptsächlich über die Bettenanzahl der Krankenanstalten statt. Hier gibt es grobe Richtwerte. Krankenhäuser mit 200 bis 300 Betten gehören zur Versorgungsstufe I (entsprechend dem österreichischen Standardkrankenhaus), 400 bis 500 Betten werden zu Versorgungsstufe II gezählt (entsprechend einem Schwerpunktkrankenhaus) und über 1000 Betten werden der Versorgungsstufe III zugeordnet (entsprechend einer Zentralkrankenanstalt) [6].

Hingegen zeigt Tabelle 1, dass die meisten deutschen Krankenanstalten gar nicht sinnvoll anhand dieser Größenordnungen einordbar sind [6].

Tabelle zur Krankenanstalten-Größe in Deutschland

Tabelle 1 Krankenhausgröße entlehnt aus Gesundheitsversorgung (gbe-bund.de) – Layout verändert

Anzahl der Betten eines Krankenhauses	Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland
1 – 49	292
50 – 99	193
100 – 149	201
150 – 199	151
200 – 299	227
300 – 399	157
400 – 499	122
500 – 599	95
600 – 799	73
800 - 999	36
Über 1000	60

Hierdurch lässt sich erkennen, dass die Begrifflichkeit eines Standardkrankenhauses eigentlich nicht exakt festgelegt ist. Jedoch scheinen prinzipiell Krankenhäuser der Grundversorgung, beziehungsweise der erweiterten Grundversorgung, mit einer Bettenkapazität von 150 bis 300 Betten gemeint zu sein. Der Terminus scheint vor allem hervorstreichen, dass sich die entsprechenden Krankenanstalten in einem Verbund befinden und hierarchisch in diesen eingeordnet sind.

1.3 Krankenhausverbünde

Seit dem Jahr 1997 ist die Finanzgebarung von öffentlichen Einrichtungen nicht mehr durch die einzelnen Häuser selbst geregelt, sondern obliegt dem jeweiligen Landesgesundheitsfond. Daher sind die jeweiligen Länder natürlich bestrebt, die öffentlichen Krankenanstalten in Verbünden zu organisieren. (Nicht zuletzt, um finanzielle Doppelgleisigkeiten zu verhindern).

Der Landesgesundheitsfond ist aber nicht nur mit der Finanzierung beauftragt, sondern erhält auch weitgehende Befugnisse, um planerisch tätig zu werden. Be beziehungsweise hat er sogar die Pflicht eine Planung zu erstellen, um eben bedarfsgerechte medizinische Leistungen zu ermöglichen. Die „handelnden Organe“ des Landesgesundheitsfonds sind daher auch die Landesgesundheitsplattform und die Landes-Zielsteuerungskommission.

Der schrittweisen Einführung dieser steuernden und kontrollierenden Strukturen gingen in den 80er und 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts und spätestens in den 2000er Jahren die Gründungen von Krankenhausholdings unter Federführung der jeweiligen Länder voraus. So wurde 1985 in der Steiermark die KAGES, 1990 in Tirol die TILAK, 1993 in Kärnten die KABEG, die GESPAG 2002 in Oberösterreich und 2004 die niederösterreichische Landesklinik Holding als Krankenhausverbünde ins Leben gerufen.

Spätestens durch diese beiden entscheidenden gesundheitspolitischen Veränderungen müssen die Bestrebungen und Ziele eines Standardkrankenhauses auch in die übergeordneten Interessen und Zielsteuerungen der entsprechenden Holding passen. Sowohl

das Leistungsspektrum, die Größe und in weiterer Folge eventuell auch der Standort selbst sind somit keine autarken hausinternen Entscheidungen, sondern sie sind in einem gesundheitspolitischen Gesamtkontext zu sehen.

Über viele Jahre und Jahrzehnte hinweg war das Behandlungsspektrum an den Chirurgischen Abteilungen von Standardkrankenhäusern nicht näher definiert. Prinzipiell war das zugrunde liegende Behandlungsspektrum stark von der jeweiligen fachlichen Expertise der führenden ChirurgInnen geprägt.

Die Entwicklung der chirurgischen Möglichkeiten und Techniken ist jedoch nicht nur durch die alleinige Tatkraft der jeweiligen ChirurgInnen bestimmt, sondern unterliegt sehr stark der intensivmedizinischen, anästhesiologischen und radiologischen Infrastruktur.

Dementsprechend ist es auch notwendig, einem/r spezialisierten Chirurgen/-in einen ebenso spezialisierten Partner aus den anderen Fächergruppen zur Seite zu stellen, um einen entsprechenden Fachschwerpunkt vollständig abbilden zu können.

Dies ist in einem Standardkrankenhaus auf Dauer nur äußerst schwierig zu gewährleisten. Natürlich kann es sein, dass man gemeinsam ein Teilfeld entwickelt oder sogar etabliert hat. Allerdings müssen pro futuro planerische und medizindidaktische Handlungen gesetzt werden, um dieses Fachspektrum auch für die Zukunft zu erhalten. Leider ist es daher eher wahrscheinlich, dass ein zu hochspezialisiertes Teilgebiet auf Dauer (also über mehrere MedizinerInnen-Generationen hinweg) an einem Standardkrankenhaus nicht zu etablieren sein wird.

Des Weiteren haben sich die medizinrechtlichen und arbeitsrechtlichen Spielregeln in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert. War früher die ausreichende Expertise des/der Operators/-in Legitimation genug, gewisse Eingriffe durchführen zu können, so ist heutzutage ein permanenter Nachweis zu erbringen, dass auf dem neuesten Stand des medizinischen Wissens agiert wird. Auch muss das chirurgische Können, beziehungsweise Wissen viel breiter aufgestellt werden. Es reicht nicht mehr, dass eine „herausragende Persönlichkeit“ zur Verfügung steht, sondern es müssen mehrere KollegInnen zur Abdeckung dieses Fachgebietes befähigt und abrufbar sein. Dies betrifft im Besonderen das Komplikationsmanagement, die Operationsplanungen und die Nachbetreuung solcher PatientInnen.

Somit sind aus vielerlei Gründen die Zeiten einer „heroischen Single – Man – Chirurgie“ vorbei und können nicht die Grundlage (oder eine entscheidende Teilgrundlage) des zukünftigen operativen Behandlungsspektrums einer Abteilung sein. Eine stabile Erweiterung desselbigen kann nur mit einer durchdachten Planung als Teamprojekt funktionieren. Somit ist die Ausweitung des operativen Spektrums unabdingbar mit der Gesamtentwicklung einer Abteilung und einem permanenten Teambuilding-Prozess verknüpft.

Vielerorts kommt es im Falle eines Führungswechsels an einer Chirurgischen Abteilung zu einer Änderung, nicht nur von gewohnten Abläufen und Organisationsstrukturen, sondern auch des Operationsspektrums, das sich sehr oft Eminenz-geprägt an diesem Ort entwickelt hat. Da aus verständlichen Gründen anstehende Strukturreformen oft zeitgleich mit Neubesetzungen von Führungspositionen durchgeführt werden, wird diesen Reformen sehr oft die Schuld daran gegeben, dass nun dieser oder jener Eingriff nicht mehr durchgeführt werden kann oder darf.

Natürlich führen neue planerische Vorgaben tendenziell eher zu einer Verkleinerung des bestehenden operativen Spektrums. Was sich naturgemäß zu Lasten der OP-Auslastung, mit allen ihren Folgen für das Gefüge einer Chirurgischen Abteilung, bemerkbar macht.

2 Die OP-Auslastung als zentrales Element für das Funktionieren einer Chirurgischen Abteilung eines Standardkrankenhauses

Chirurgische Abteilungen von Standardkrankenhäusern müssen sehr oft mit einer niedrigen OP-Auslastung kämpfen. Durch steigende Quantitätsanforderungen und damit einhergehenden Definitionen von Mindestmengen, sowie durch eine Neuordnung der chirurgischen Fächer können gewisse Eingriffe nicht mehr angeboten werden. Dies führt unausweichlich zu einer (weiteren) Reduktion des bestehenden OP-Programms.

Jedoch ist ein gut gefülltes OP-Programm ein zentraler Punkt für eine chirurgische Abteilung. Ein gut gefülltes OP-Programm (hohe OP-Auslastung) ist nicht nur ein Surrogat Parameter für die wirtschaftliche Effizienz einer Abteilung [7], sondern ist auch ein zentrales Element der Zufriedenheit der MitarbeiterInnen und somit das Instrument, um die Zukunft der Abteilung gestalten und absichern zu können. Allerdings kann eine hohe OP-Auslastung durch eine effiziente Arbeitsweise allein eigentlich nur an Großkrankenhäusern erreicht werden [7]. Da an solchen Einheiten naturgemäß die Abarbeitung der zu erwartenden Patientenströme mehr im Fokus steht als die eigentliche Patientenrequirierung.

In einer Studie der Universitätsklinik Hamburg – Eppendorf konnte deutlich gezeigt werden, dass eine hohe OP-Auslastung ein Indikator für eine wirtschaftliche Effizienz ist. Hingegen können aber aufgrund einer hohen OP-Auslastung keine Rückschlüsse auf eine hohe Effizienz der Abläufe gezogen werden. Vice versa kann daher eine hohe OP-Auslastung auch nicht allein durch eine Optimierung der Abläufe erreicht werden [8].

Insbesondere an kleineren Abteilungen fällt somit der positive Effekt, der durch eine Optimierung der Abläufe zu erwarten ist, deutlich geringer aus als an Großabteilungen, da ja hier der ungeplante Patientenzustrom begrenzt ist. Und dieser wird benötigt, um entstehende Lücken im OP-Plan abfedern zu können und um Leerzeiten zu verhindern.

Somit ist eine dauerhafte Erhöhung der OP-Auslastung in diesen Fällen vor allem durch eine Steigerung der angebotenen chirurgischen Leistungen zu erreichen.

Natürlich wird ein großer Prozentsatz der geplanten Operationen aus den klassischen Feldern der Allgemein- und Viszeralchirurgie stammen. Aber durch eine alleinige Stärkung der bereits bestehenden Tätigkeitsfelder wird vermutlich keine ausreichende Steigerung der OP-Zahlen zu erzielen sein. Eher ist eine Steigerung der OP-Zahlen durch ein Ausschöpfen der Randgebiete des Faches zu erwarten.

Hierfür ist es fallweise notwendig und sinnvoll, Kooperationen mit Partnerabteilungen einzugehen.

Wenn es gelingt neue Therapieformen oder Therapieangebote einzuführen, dann müssen diese neu geschaffenen Möglichkeiten auch unbedingt kommuniziert werden, damit sie in der jeweiligen Versorgungsregion akzeptiert und etabliert werden.

Dadurch wird eine chirurgische Abteilung zu einem verlässlichen Ansprechpartner für viele Probleme der niedergelassenen Ärzte/-innen der Versorgungsregion. Hierdurch wird die Zusammenarbeit zwischen der chirurgischen Abteilung und dem medizinischen Umfeld (niedergelassene Ärzte/-innen und SpitalsmedizinerInnen der Partnerabteilungen und Nachbarkrankenhäuser) intensiviert. Letztendlich kann so eine Steigerung der Zahl an

Zuweisungen für elektive chirurgische Behandlungen, Abklärungen und Eingriffe aus eben diesem Kollegium erwartet werden.

2.1 Der Begriff Effizienz angewandt auf chirurgische Abteilungen

Natürlich ist es sehr schwierig den klassischen Effizienzbegriff auf medizinische Belange umzumünzen. Von Karmann und Rösel (Wirtschaftsdienst 2018) wurde dies wie folgt definiert. Die Effizienz wird hierbei als Relation zwischen notwendigem Input und dem Output verstanden und dargestellt [9].

Der Input setzt sich hauptsächlich aus den drei Vorbedingungen Arbeit, Kapital und Vorleistung zusammen.

Wobei für den Terminus Arbeit die Vollzeitäquivalente für Ärzte/-innen, Pflegepersonal und sonstiges Personal herangezogen werden. Kapital entspricht dem zur Verfügung gestellten Budget und mit Vorleistungen sind die laufenden Kosten, welche zur Bereitstellung einer entsprechenden Infrastruktur notwendig sind, gemeint.

Der Output ist die Zahl der behandelten PatientInnen, bereinigt um einen mortalitätsbasierten Qualitätsindex.

Interessanterweise kann in dieser Arbeit gezeigt werden, dass zwei Inputfaktoren stetig wachsen. Und zwar das Kapital und die Vorleistungen. Hingegen steigt der Inputfaktor Arbeit, also die Anzahl der medizinischen MitarbeiterInnen, deutlich weniger an. Der Output (also die behandelten Fälle und somit die erbrachte Arbeitsleistung) steigt hingegen deutlich an.

Diesen Zusammenhang verdeutlicht die Abbildung Nr.2 sowie die Tabelle Nr.2, welche in der vorhin zitierten Arbeit von Karmann und Rösel ebenfalls verwendet werden.

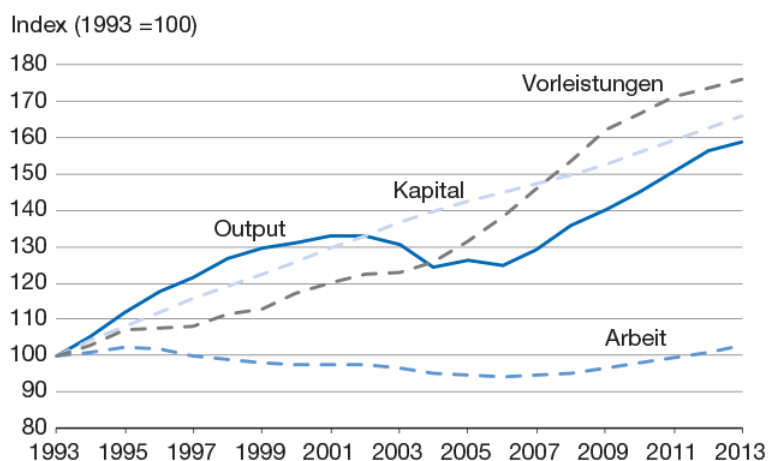


Abbildung 2 How to Increase Efficiency in the Hospital Sector? Results of a Long-term Benchmark Study in Germany
Alexander Karmann & Felix Rösel Wirtschaftsdienst

Tabelle Nr2 How to Increase Efficiency in the Hospital Sector? Results of a Long-term Benchmark Study in Germany
[Alexander Karmann](#) & [Felix Rösel](#) *Wirtschaftsdienst*

Variable		Messung
Output		Zahl der Behandlungsfälle, bereinigt um mortalitätsbasierten Qualitätsindex
Input	Arbeit	Vollzeitäquivalente von Ärzten, Pflegepersonal und sonstigem Personal (jeweils getrennt)
	Kapital	Krankenhaus-Kapitalstock in Preisen von 2013
	Vorleistungen	Vorleistungen für Energie, Material, Dienstleistungen (jeweils getrennt) in Preisen von 2013

Hieraus lassen sich zwei Zusammenhänge erkennen. Die zwei Inputfaktoren „laufende Infrastrukturkosten“ und notwendiges „Gesamtbudget“ sind stetig steigend. Dies wird sicherlich auch in weiterer Zukunft so bleiben. Ein gewisses Optimierungspotential besteht hier einzig und allein durch strukturpolitische Entscheidungen, wie Zusammenlegung von Krankenhäusern oder eine partielle Zusammenlegung, wie dies zum Beispiel durch Krankenhausverbünde ermöglicht wird. Außerdem werden durch die entstehenden Synergien die laufenden Kosten entsprechend aufgeteilt. Dies könnte bei entsprechender Durchführung zu einer deutlichen Effektivitätssteigerung führen, wobei natürlich diese beiden Inputfaktoren, nach erfolgter Zusammenlegung, erneut steigen werden.

Der zweite sehr interessante Zusammenhang zeigt sich darin, dass die Zahl der behandelten PatientInnen trotz beinahe gleichbleibender Vollzeitäquivalente stetig steigt. Dies lässt die gewagte Interpretation zu, dass durch fleißiges Abarbeiten der anfallenden Arbeit keine ausreichend große Effizienzsteigerung zu Stande kommt. Da dies entsprechend den Kurven in Abbildung Nr.2 einem zu erwartenden Verlauf entspricht.

Auf Chirurgische Abteilungen umgelegt, würden operierte oder eben chirurgisch behandelte PatientInnen den Output-Faktor darstellen. Somit muss es also ein Ziel der Abteilung sein, den Output an operierten (beziehungsweise natürlich chirurgisch behandelten) PatientInnen zu erhöhen oder eben permanent hochzuhalten. Hierfür ist es notwendig, dass neue chirurgische Behandlungsformen angedacht, erkannt und ermöglicht werden. Und dabei gleichzeitig mit den bestehenden Ressourcen verwirklicht bleiben. Wenn es hierdurch gelingt, eine hohe OP-Auslastung zu erreichen, so entspricht dies wohl am Ehesten einer chirurgischen Effizienzsteigerung.

3 Die OP-Auslastung

Um eine hohe OP-Auslastung mit möglichst vielen Operationen zu erreichen, müssen an einer Standardchirurgie andere Prozesse eingeführt und andere Strategien verfolgt werden als an einer Schwerpunkt- oder sogar Zentralkrankenanstalt.

An letzteren gehört es zu den Hauptaufgaben des OP-Managements, die logistischen Abläufe zu standardisieren und zu vereinfachen (da ja der „Case-Load“ bereits ohne spezielle Maßnahmen hoch ist). Hiermit können die zur Verfügung stehenden OP-Kapazitäten bestmöglich ausgenutzt werden. Eher ist es an diesen Abteilungen ein großes Problem, dass bei voll geplanten Operationssälen dringend zu versorgende Notfälle auftreten. Deswegen entsteht plötzlich die Notwendigkeit, OP-Ressourcen frei zu planen. Hierdurch ergeben sich Lücken im OP-Plan, die nicht durch eine Vorausplanung oder eine Überplanung geschlossen

werden können. Bei einem voll geplanten OP-Programm muss damit gerechnet werden, dass für einen Notfalleingriff zwei bis drei Elektivoperationen verschoben werden müssen. Dieses rechnerische Problem ist ein Hauptgrund dafür, warum Großabteilungen trotz genügendem Patientenzustrom mit OP-Auslastungsproblemen zu kämpfen haben. (Zum Vergleich lag die Anzahl an Akutoperationen an der Allgemein- und Viszeralchirurgie des Universitätsklinikums Graz in den Jahren 2020/21 bei 42 – 60%. Als akute Operationen wurden Eingriffe gerechnet, die innerhalb der ersten 24 Stunden nach einer ungeplanten Aufnahme durchgeführt wurden.)

Dies führt oft zur Einführung eines sogenannten „Dienst-OPs“, der aus der Statistik der OP-Auslastung herausgenommen wird. Natürlich besteht hier die Gefahr, dass der Operationssaal situationselastisch mit elektiven Fällen bespielt wird. Dies wiederum wirkt sich negativ auf die prozentuelle OP-Auslastung der übrigen Tische aus.

Eine andere Strategie, um mit diesem Problem umzugehen, ist die Einführung eines „kumulativen Dienst-OPs“.

Hierbei wird in einem Zentral-OP ein gewisses Kontingent an OP-Zeiten freigehalten. Und bei Auftreten eines Notfalles wird der nächste frei werdende OP-Platz zugeteilt und hiernach werden die hierfür abgesetzten Eingriffe „tetris-artig“ in andere OP-Säle verschoben. In diesem Fall ist der große Nachteil, dass eine Abteilung diese OP-Kapazitäten freihalten muss, um bei Bedarf eventuell Notfallseingriffe anderer Fächergruppen zu ermöglichen.

3.1 Spezielle Aspekte der OP-Auslastung von Standardkrankenhäusern

An kleineren Abteilungen kann eine operative Leistungssteigerung nicht nur durch eine effizientere OP-Maschinerie erzielt werden. Diese ist sicherlich zu einem vollen Erfolg notwendig. Jedoch erst in einem zweiten Schritt. Zuerst ist es sinnvoll, die Anzahl an Operationen zu erhöhen. Erst wenn genügend planbare operative Fälle zur Verfügung stehen kann und soll eine Optimierung der OP-Bespielung angefangen werden. Eine zu frühe Optimierung kann sich als zweischneidiges Schwert erweisen. Denn wenn hierdurch OP-Kapazitäten verloren gingen, dann müssen diese sehr langsam wieder „zurück-erarbeitet“ werden. Und wenn die OP-Kapazitäten in einer „Entwicklungsperiode“ der Abteilung gering sind, ist es beinahe unmöglich, neue OP-Techniken, Operationen oder Behandlungsmöglichkeiten zu etablieren. Daher muss das letztendlich wichtige Tool der Effizienzsteigerung durch eine verbesserte OP-Logistik gezielt eingesetzt werden. Der falsche Zeitpunkt hierfür kann ein ganz entscheidender und Weichen stellender Schritt für die Zukunft der gesamten Abteilung sein.

Die Anzahl der Notfälle, die in das Tages-OP-Programm eingepflegt werden müssen, liegt an Standardkrankenanstalten höchstens zwischen 5 und 10 Prozent. Dies kann als ein deutlicher Wettbewerbsvorteil bei kleinen bis mittelgroßen Elektiveingriffen gesehen werden, da hierdurch die Termintreue für geplante Operationen deutlich höher ist. Dennoch gilt es auch an Kleinabteilungen OP-Verschiebungen durch Notfallseingriffe zu verhindern. Deswegen ist eine nachvollziehbare OP- und Eingriffsraumplanung zu initiieren und zu gewährleisten.

Üblicherweise kann für eine klassische Standardchirurgie eine Plankapazität von 1 ½ bis 2 OP-Sälen pro Tag angenommen werden. (Rechnerisch liegt die Wochenkapazität des OP-Kontingents somit bei 7,5 bis 10 Tages-OP-Sälen)

Ungeplante Notfallseingriffe sowie natürlich auch Einschuboperationen aus anderen Gründen können durch die vorangehenden und anschließenden Leerlaufzeiten große Lücken in den Op-Plan bringen.

Diese Gefahr ist planerisch zu berücksichtigen. Je nach den zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen der anästhesiologischen Abteilung können unterschiedliche Strategien angedacht werden. Im Idealfall gibt es zusätzlich zu den Operationssälen einen Eingriffsraum, der ein steriles chirurgisches Arbeiten ermöglicht.

In diesem Fall ist es sinnvoll, in einem OP-Saal ein bis zwei kurze Eingriffe zu planen. (Mit einer durchschnittlichen Schnitt - Naht - Zeit von 20 bis 35 Minuten pro Eingriff). Diese Operationen könnten, im Falle eines plötzlich benötigten OP-Platzes (für eine Einschub-Operation) in den Eingriffsraum verlegt werden. Diese Möglichkeit besteht natürlich nur, wenn die personellen Ressourcen der anästhesiologischen Mannschaft vorhanden und die räumlichen Möglichkeiten gegeben sind.

Wenn die Grundvoraussetzungen nur ein Arbeiten in zwei Operationssälen zulässt, so müssen die für Einschuboperationen benötigten Zeitressourcen im Voraus eingeplant werden. Hier darf, an zuvor festgelegten Zeitpunkten oder Tagen, nicht die gesamte zur Verfügung stehende OP-Zeit verplant werden.

Natürlich ermöglicht diese Variante nicht nur Einschuboperationen zu den frei gelassenen Zeitpunkten, sondern zu jedem Zeitpunkt der Arbeitswoche. Allerdings müssen weiterführende Operationsverschiebungen im Anschluss durchgeführt werden. Hierbei ist die zuvor beschriebene Termintreue gegenüber den Elektivpatienten zwar etwas geringer, dennoch kann ein komplettes Absetzen von Operationen sehr oft vermieden werden.

3.2 Steigerung der Operationszahlen

Das primäre Ziel der OP-Planung soll es sein eine hohe OP-Auslastung zu erreichen. Diese kann prinzipiell auf zwei Arten angestrebt werden: Entweder durch langdauernde Eingriffe oder durch eine hohe Anzahl an Operationen.

Im Fall von Standardkrankenhäusern werden langdauernde komplikationsträchtige Eingriffe sicherlich nicht die Mehrzahl der Operationen darstellen. Deswegen wird es sinnvoll sein, zur Erhöhung der OP-Auslastung die absoluten Eingriffszahlen zu erhöhen.

Um eine entscheidende Steigerung der Operationszahlen an einer Chirurgischen Abteilung eines Standardkrankenhauses zu erzielen, müssen nicht nur die bestehenden Kompetenzen der klassischen Allgemeinchirurgie ausgereizt werden, sondern auch zusätzliche Randbetätigungsfelder oder neue Spezifitäten erkannt und ausgenutzt werden.

Hierfür ist es primär wichtig zu wissen, welche Operationen in welchem Ausmaß durchgeführt werden.

In der nachstehenden Tabelle werden die häufigsten Behandlungen beziehungsweise OP-Arten, welche pro Jahr in Österreich durchgeführt werden, aufgelistet. (In Abbildung Nr.3 werden die häufigsten Operationen, die in Österreich im Jahr 2011 durchgeführt wurden, aufgelistet.)

Durchgeführte Operationen vor Spitalsentlassungen in Österreich im Jahr 2011

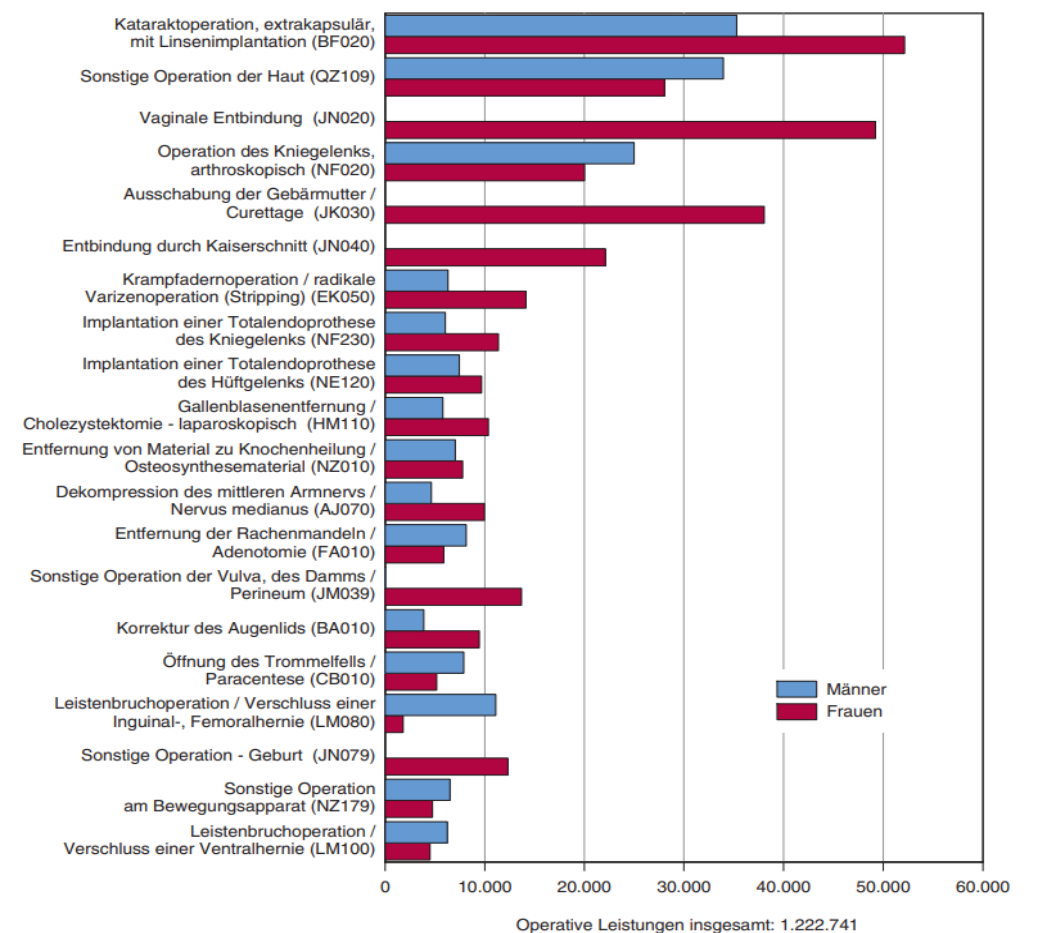


Abbildung 3 Operative Diagnosen nach Krankenhausentlassung 20011 - entlehnt aus Gesundheitsportal Österreich

In der Liste der 20 häufigsten Operationen finden sich die folgenden typischen allgemeinchirurgischen Eingriffe. Die Leistenhernienoperation, Eingriffe bei Karpaltunnelsyndrom, Cholezystektomien und Krampfadern (Varizen-) Operationen.

Hierbei ist eigentlich nur bei Varizeneingriffen und bei CTS-Operationen eine große Steigerung möglich, da die übrigen Eingriffe Standardeingriffe sind, die in jedem Krankenhaus mit einer chirurgischen Abteilung durchgeführt werden. In diesen Fällen kann die natürlich vorkommende Inzidenz im Versorgungsgebiet nicht unermesslich hoch gesteigert werden.

Bei Leistenhernien und Cholezystektomien kann einzig und allein die Tendenz zur Patientenmigration in andere Krankenanstalten vermindert werden. So kann indirekt ein sehr kleines Steigerungspotential ermöglicht werden.

3.3 Warum ist nun ein volles OP-Programm wichtig für die Führung einer chirurgischen Abteilung?

Natürlich ist ein volles OP-Programm ein Hauptgrund für eine hohe MitarbeiterInnenzufriedenheit, unter den an der Abteilung arbeitenden Ärzten/-innen und Chirurgen/-innen (vorausgesetzt es handelt sich zu einem Hauptteil um geplante Eingriffe). Und dies wiederum ermöglicht eine zielgerichtete Abteilungsentwicklung und -führung.

Aber warum ist das so?

Schließlich bedeuten mehr Operationen mehr Arbeit, mehr Verantwortung, mehr Komplikationen und auch mehr psychomentalen und emotionalen Stress für den einzelnen Akteur.

Ein gutes Erklärungsmodell zur Zufriedenheit von MitarbeiterInnen lässt sich aus dem Buch „Der neue Treppenläufer“ aus dem Jahr 2010 entnehmen. Hierin wird von Dr. Jörg Zeylinger ein MitarbeiterInnen - motivationsspezifisches Jobbild skizziert, welches als „das Biermodell“ beschrieben wurde [10].

Dabei handelt es sich um eine Aufteilung der zu erledigenden Arbeiten nach 3 Gruppen:

- Die unangenehmen, ungeliebten, lästigen und eventuell auch unterfordernden Arbeiten.
- Die eigentlichen Zentralaufgaben, die das Berufsbild auch charakterisieren und die zu einem Großteil gut zu erledigen sind.
- Die herausfordernden Aufgaben, die ein erhöhtes Engagement verlangen und sozusagen über dem geforderten Niveau liegen

Der Autor kommt zu dem Schluss, dass der optimale Verteilungsschlüssel der zu bewältigenden Arbeitsaufgaben bei 15 % aus Gruppe 1, 60-65% aus Gruppe 2 und 20 – 25% aus der 3. Gruppe liegen sollte, um ein dauerhaft motivierendes Arbeitsklima zu schaffen. Zur plakativen Darstellung wird diese Verteilung mit einem eingeschenkt Glas Bier verglichen. Wobei die attraktivsten Arbeiten durch den Schaum verkörpert werden und die unattraktivsten durch den im Allgemeinen eher unbeliebten Biersatz am Boden des Glases [10].



Abbildung 4 Grafik Nr. 4 – idealisiertes Glas Bier zur Veranschaulichung des „Biermodells“

Angewandt auf die zu erwartenden Arbeitspflichten an einer Chirurgischen Abteilung würde dies bedeuten, dass verwalterische Tätigkeiten, Leistungscodierungen, Dokumentenfreigaben und Arztbriefstellungen die 15% Marke nicht übersteigen sollten.

Tätigkeiten in Ambulanzen und Spezialambulanzen, in der Endoskopie, Patientenvorstellungen/ -besprechungen in Spezialboards oder interdisziplinären Sitzungen sowie die meisten Routine Operationen liegen hier sicherlich in der zweiten Gruppe (wobei diesen Aktivitäten natürlich eine abgestufte Attraktivität inne liegt).

In die 3. Gruppe fallen, für den chirurgischen Aufgabenbereich, am ehesten folgende Tätigkeiten hinein: Herausfordernde Operationen, die Etablierung neuer Eingriffe (neue Operationsmethoden, neue Operationsschritte, eventuell kombinierte Eingriffe mit endoskopischem oder radiologischem Teil) und die Möglichkeit, neue chirurgische Fähigkeiten kennen zu lernen und anzuwenden.

Natürlich kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Steigerung der Operationsanzahl nur zu einer Steigerung der Tätigkeiten in Gruppe zwei und drei führt. Es wird folgerichtig auch die sogenannte Basisarbeit vermehrt anfallen. Welche allerdings bei steigender Routine auch schneller und zielbewusster abgearbeitet werden kann. Man kann daraus ableiten, dass diese Arbeiten ein „notwendiges Übel“ darstellen, um die attraktiveren Tätigkeiten zu ermöglichen.

Interessanter Weise sinkt eben bei einer Reduktion des attraktiven Arbeitsanteils die empfundene Belastung, welche durch Basisarbeiten entsteht, nicht im gleichen Ausmaß. Diese werden im Gegenteil sogar verstärkt wahrgenommen. Letztendlich ist eben dieser Kausalzusammenhang ein Risikofaktor für die Entstehung eines „Boreout - Syndroms“ [11].

Vice versa zeigt sich einfach ein günstiger Effekt aus der Tatsache, dass der absolute Anteil an attraktiven Tätigkeiten höher wird. Grundbedingung ist eine möglichst gerechte Verteilung der unterschiedlichen Arbeiten auf die Teammitglieder.

So garantiert ein volles Operationsprogramm nicht nur einen hohen Anteil an attraktiven Arbeiten, sondern auch eine chirurgische Auslastung für die an der Abteilung arbeitenden Fachärzte/-innen.

Und dies hat eine große Bedeutung. Denn ein, den arbeitsrechtlichen Vorgaben entsprechendes Dienststrahl, erfordert 8 – 10 Fachärzte/-innen. Daher muss eine Chirurgische Abteilung auch diese Anzahl an ausgebildeten und permanent dem Staff angehörenden Chirurgen/-innen anstreben. Diese Fachärzte/-innen sollen ja auch in der Normaldienstzeit mit chirurgischen Arbeiten versorgt werden. Erstens natürlich um die geforderte Routine vorweisen zu können und andererseits um jedem/jeder einzelnen Mitarbeiter/in eine chirurgische, persönliche und manchen davon auch eine karrieristische Weiterentwicklung zu ermöglichen. Denn wenn die chirurgischen MitarbeiterInnen ihre eigenen Ideen und Vorstellungen in das Abteilungskonzept einarbeiten können und sich in diesem auch wiederfinden, kann dadurch eine hohe Identifikation mit dem Arbeitsplatz „CHIRURGIE“ erreicht werden. Eine viel höhere Anzahl an fachärztlichen MitarbeiterInnen sollte hingegen gut überlegt sein. Denn dies geht nicht zwangsläufig mit einer Steigerung der Teamleistungsfähigkeit einher.

Denn eine kleine („feine“) eingeschworene Einheit von Teammitgliedern, die sich mit dem gemeinsamen Arbeitsplatz identifizieren, kann ein hervorragendes Konzept für eine langjährige solide Arbeit darstellen.

Eine Bestätigung vieler dieser, aus der Praxis erahnten Effekte - betreffend das Arbeiten in kleinen Teams - konnten in einer im Journal of Business Research (Elsevier Verlag) 2015 publizierten Arbeit aufgezeigt und bestätigt werden [12].

Hierbei untersuchte das Autorenteam 141 Kleinbetriebe und analysierte deren Wettbewerbsfähigkeit unter unterschiedlichen strategischen Ausrichtungen. Es hat sich gezeigt, dass kleine Betriebe nur zu Anfangszeiten von einer extern vorgegebenen Strategie und einer kurzlebigen Personalstruktur profitieren. Bereits über viele Jahre bestehende Betriebe mit kleinerer Struktur profitieren hingegen aus der Ausschöpfung intrinsischer Innovationsquellen, Erfahrung und Zusammengehörigkeitsgefühl. Während eine neugegründete Firma also bestrebt sein muss, Marktanteile durch eine Neupositionierung zu lukrieren, muss eine langlebige Firma hingegen verstärkt auf die internen Ressourcen zurückgreifen. Bei entsprechender Förderung dieser Tendenzen wird so eine ausreichende Beweglichkeit auf einem sich stetig ändernden Markt entstehen [13].

Diese Schlussfolgerungen lassen sich, wenn gleich nicht eins zu eins, sehr gut auf eine Chirurgische Abteilung umlegen.

Es wird sich hierbei nämlich sehr selten um eine Neugründung einer Abteilung handeln. Bestehende Krankenhausabteilungen können immer relativ gut mit einem alten, langlebigen Unternehmen verglichen werden. Daher sollten, selbst wenn große Strukturänderungen zu planen oder durchzuführen sind (Vergleich zur oben genannten „externen Strategie“), die konkreten Umsetzungen der Strukturmaßnahmen und die Einführung von Neuerungen mit dem bestehenden Team ausgearbeitet - oder in idealisierter Vorstellung - selbst in diesem entwickelt werden. Gelingt dies, so wird dem Team beziehungsweise der Abteilung ein kontinuierlicher Erfolg beschert werden. Allerdings muss das Team kreativ genug sein, um eben, trotz eines langsamen und stetigen Wandels der Anforderungen, „up-to-date“ und wettbewerbsfähig zu bleiben. Hier vorausschauend zu Innovationen anzuregen und zu motivieren, ist eine permanente Herausforderung an die Führung der Abteilung. Da gerade bei einem gut eingespielten Team und effizienten Abläufen die Gefahr besteht, dass eine zufriedene Stimmung vorherrscht und diese dann Innovationsbestrebungen vermindert. Hierdurch kann es in weiterer Folge zu einer Stagnation kommen.

Hingegen können in einem effizient arbeitenden Team mit hohem Workflow und endogener Motivationsquelle Änderungen oftmals um vieles leichter angeregt und versucht werden.

Dieses beschriebene MitarbeiterInnengefüge führt uns zum Thema des Stellenwertes einer Chirurgischen Abteilung. Hierin liegt nämlich ein Kreislauf, der über die wahrgenommene und ausgestrahlte Kompetenz auf die Häufigkeit von Patientenzuweisung und die OP-Anzahl zurückwirkt. Und dies wirkt sich wiederum auf die Leistungsfähigkeit und Motivation des Teams aus.

4 Der Stellenwert der Chirurgischen Abteilung

Wie bereits erwähnt, ist der Stellenwert einer chirurgischen Abteilung ein enorm wichtiger Mitgrund um eine hohe OP-Auslastung erreichen zu können. Dieser Stellenwert kann aus externen Gesichtspunkten betrachtet werden beziehungsweise im Setting der eigenen Krankenanstalt bewertet werden. „Stellt die chirurgische Abteilung ein lästiges Übel aus vergangenen Tagen dar? Oder ist die Chirurgie die Visitenkarte des ganzen Krankenhauses nach außen und wirkt wie ein Magnet für ein überregionales Patientengut?“ Beide Betrachtungen liegen im Bereich des Möglichen.

Dies ist keine übertriebene Darstellung, da das Fachgebiet der Chirurgie polarisiert und in den Augen der Bevölkerung sehr gerne mit medizinischem Fortschritt beziehungsweise moderner Medizin versinnbildlicht wird. So wird man bei fast jedem Zeitungsartikel über gesundheitliche, medizinische oder gesundheitspolitische Belange als Sujetbild das Bild eines/einer, im Operationssaal arbeitenden, Chirurgen/in sehen oder es werden Bilder eines Operationssaales verwendet. Diesen „Präsenzvorteil“ des/der Chirurgen/Chirurgin in der allgemeinen Wahrnehmung gilt es auszunutzen. Denn das Standing einer Chirurgischen Abteilung wird sowohl durch ihre intramurale als auch ihre extramurale Bedeutung und Wahrnehmung geprägt. Im Idealfall wäre natürlich sowohl der extra - als auch der intramurale Ruf hervorragend. Dennoch unterliegen diese beiden wichtigen Faktoren, für den Stellenwert einer Abteilung, teilweise gänzlich anderen Gesetzmäßigkeiten. Welche aber in gleichem Maße gestärkt werden müssen. Denn dann können hieraus Möglichkeiten entwickelt werden, um eine höhere OP-Auslastung zu erreichen

Sowohl die intra- als auch die extramurale Wahrnehmung kann in die Selbstwahrnehmung beziehungsweise die Fremdwahrnehmung unterteilt werden.

Somit ergeben sich 4 Wahrnehmungsebenen, auf denen Verbesserungsmöglichkeiten bestehen.

- Die endogene intramurale Wahrnehmung (sozusagen das Chirurgische Selbstbild)
- Die exogene intramurale Wahrnehmung (die Einschätzung der hausinternen fachfremden KollegInnen)
- Die endogene extramurale Wahrnehmung (so sieht die Chirurgische Abteilung ihre Verantwortung in der Versorgungsregion)
- Die exogene extramurale Wahrnehmung (so sieht die Versorgungsregion „ihre“ Chirurgie)

4.1 Die verschiedenen Arten der Wahrnehmung einer Abteilung

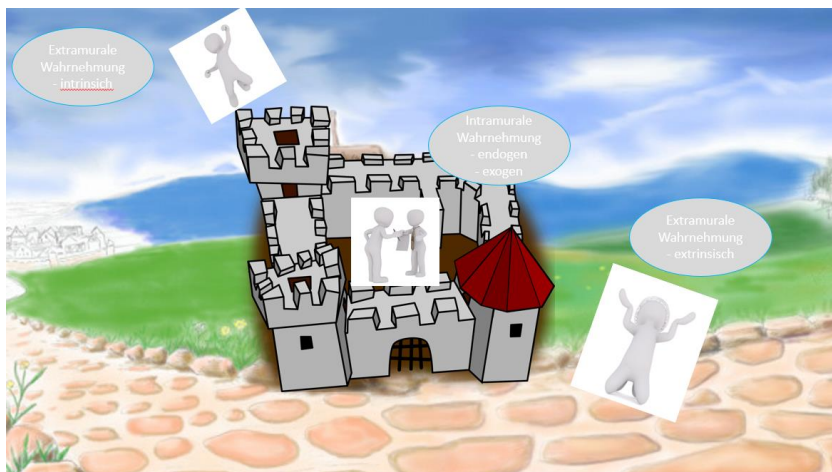


Abbildung 5 die Arten der Selbstwahrnehmung – Siegfried Sauseng

4.1.1 Die intramurale Bedeutung der chirurgischen Abteilung

Die intramurale Bedeutung hat einen maßgeblichen Einfluss auf die tagtägliche Zusammenarbeit mit den anderen Fachdisziplinen der Krankenanstalt. Diese intramurale Bedeutung und Wahrnehmung wird im Wesentlichen von zwei Quellen gespeist. Zum einen von einer selbstbewussten und kompetenten Selbstwahrnehmung, die natürlich nach außen hin ausstrahlt und weiter getragen wird. Zum andern wird die intramurale Bedeutung extrem von der Wahrnehmung der Chirurgischen Abteilung an den Partnerabteilungen des jeweiligen Krankenhausstandortes geprägt.

4.1.1.1 Das selbstbewusste Selbstbildnis

Wenn die MitarbeiterInnen der Abteilung mit Sicherheit auftreten können, so macht dies bereits einen sehr starken Eindruck. Damit dies möglich wird, muss die Chirurgische Abteilung - der eigene Arbeitsplatz - als leistungsstark, fachkundig und „up-to-date“ erlebt werden. Dies ist natürlich viel leichter zu erreichen, wenn der Arbeitsalltag mit vielen chirurgischen Tätigkeiten ausgefüllt ist. Eine möglichst hohe Operations- und Endoskopie-Frequenz der einzelnen Chirurgen/-innen trägt hier sehr zur Wahrnehmung und Ausstrahlung von Kompetenz bei. Es soll im Selbstverständnis der Abteilung und jedes/jeder einzelnen Mitarbeiters/in liegen, dass ein Problem chirurgisch gelöst werden kann. Dieses Selbstverständnis benötigt ein gewisses „Wir-Gefühl“, um so richtig zum Tragen kommen zu können. Andererseits unterstützt es enorm das Selbstwertgefühl und vor allem das „chirurgische Selbstbildnis“. Denn genauso wie es Internisten/-innen und Neurologen/-innen erlaubt ist, internistisch beziehungsweise neurologisch zu denken und zu handeln, so soll es auch für Chirurgen/-innen normal sein, chirurgisch denken und handeln zu wollen und zu können. Eine Grundbedingung, die heutzutage oft nicht mehr selbstverständlich erfüllbar ist. Denn sehr oft zeigt sich in der Wahrnehmung von Chirurgischen Fachärzten/-innen, dass sie mehr mit den Reglementierungen ihres Tuns zu kämpfen haben als mit der Lösung kniffliger chirurgischer Problemen.

Eine Gruppe von ExpertInnen kann hier sicherlich viel leichter hinter einer gemeinsamen Entscheidung stehen als dies ein Einzelner kann. Daher ist auch anzunehmen, dass gemeinsam öfter pro chirurgischem Vorgehen entschieden wird. Es sind somit Teamentscheidungen gefragt.

Das beinhaltet aber auch, dass die meisten Mitglieder der Abteilung (im Idealfall natürlich alle - dies ist unter AkademikerInnen aber äußerst selten zu erreichen) den/die einzelnen/einzelne Mitarbeiter/in unterstützen und die fachlichen Ansichten zumindest partiell teilen. Auf keinen Fall darf es hier zu einer interkollegialen Diffamierung kommen aufgrund einer eventuellen Fehlmeinung. Dies kann eigentlich nur durch eine Kultur des Miteinanders und Weiterleitens von Informationen verhindert werden. So wird zum Beispiel eine einmal getätigte (z.B. konsiliarische) Aussage nach Absprache im chirurgischen Kollegium abgeändert. Und der „hilfesuchenden“ Abteilung beziehungsweise dem/der anfragenden Kollegen/in anschließend mitgeteilt. Funktionieren kann es aber nur, wenn das „Weiterbesprechen“ von komplexeren Fragestellungen ein Routinevorgang ist und zur Abteilungskultur gehört. In diesem Zusammenhang ist es Wichtig, dass so eine Therapieänderung oder die Abänderung eines einmal getätigten Therapievorschlages nur als Kompetenz gewertet wird, wenn dies auch zeitnah geschieht.

So kann der Eindruck vermieden werden, „dass die eine Hand nicht weiß, was die andere tut“. Wenn es Usus ist, dass von der Chirurgie eine kompetente und lösungsorientierte Aussage zu erwarten ist, so wird die Chirurgische Abteilung bei komplexen Fragestellungen auch öfter zu Rate gezogen werden. Dies ist enorm wichtig für den intramuralen Stellenwert - also innerhalb der Krankenanstalt.

Dieses System für komplexe Fragestellungen soll nicht nur chirurgische Lösungen betreffen, die im eigenen Haus auch angeboten werden können. Sondern es ist vielmehr erstrebenswert, dass möglichst alle Lösungsmöglichkeiten des allgemeinchirurgischen Fachbereiches diskutiert und angeboten werden, selbst wenn die Therapievorschlüsse die Kompetenzen der eigenen Abteilung überschreiten. Dann sollte es dennoch eine Selbstverständlichkeit sein, dass die weiteren (extramuralen) chirurgischen Maßnahmen von Seiten der Chirurgie organisiert und geplant werden.

So kann die Chirurgische Abteilung zeigen, wie sehr sie an Zusammenarbeit und Lösung komplexer medizinischer Problemstellung interessiert ist. Und es wird klar, dass die chirurgische Kompetenz der Krankenanstalt auf jeden Fall bei der hauseigenen Chirurgie zu suchen ist.

Hier zeigt sich, dass insbesondere das Erkennen von chirurgischen Teilaspekten einer Erkrankung ein wirkungsvoller Mechanismus ist. Denn so können die Behandlungen komplexerer Krankheitsfälle auf breitere medizinische Schultern gelegt werden. Dies ist auf Dauer eine ungeheuer vertrauensbildende Maßnahme. In weiterer Folge können so auch chirurgische Möglichkeiten, die vielleicht nicht zu einer Heilung aber dennoch zu einer Verbesserung der PatientInnensituation führen, erkannt werden und letztendlich auch angewandt werden.

Daher sollten auch Fortbildungsmaßnahmen, die sich mit Themengebieten befassen, welche das primäre chirurgische Behandlungsspektrum der Abteilung überschreiten, von der Abteilung gefördert werden. Denn diese sind letztendlich der Nährboden für künftige Entwicklungen oder auch Kooperationen mit übergeordneten Zentren. Sehr oft können dann eventuelle Voruntersuchungen (radiologische Spezialuntersuchungen, endoskopische Vorabklärungen, chirurgische Funktionsdiagnostik bis hin zu laparoskopischen/laparotomischen Explorationen) oder Vortherapien (Port Implantationen, Perm-Cath-Anlagen oder Shuntanlagen etc.) an der eigenen Chirurgischen Abteilung geplant werden. So bleibt die Chirurgische Abteilung Teil der chirurgischen Behandlungsstrategie. Ebenso können natürlich, durch solch ein Vorgehen, chirurgische Nachfolgetherapien lukriert werden, wie Port Explantationen, Schmerzkathetherimplantationen oder sogar Thoraxchirurgische Eingriffe wie Thorakozentesen und thorakoskopische Schmerztherapien.

Bereits jetzt wird ersichtlich wie sinnvoll eine Zusammenarbeit mit einem übergeordneten Zentrum sein kann. Denn viele dieser Eingriffe sind natürlich nur möglich, wenn hier eine enge Zusammenarbeit und Therapieabsprache vorliegt und gepflegt wird. So können die Chirurgen/-innen des Standardkrankenhauses plötzlich Therapien oder Therapieschritte für viele PatientInnen und für viele Krankheiten andeuten und anbieten. Dies ist ein enormer „Boost“ für das Selbstvertrauen und die „endogene intramurale Wahrnehmung“.

Deutlich erleichtert wird solch ein Vorgehen, wenn es auch dem Gesamtkonzept einer Krankenanstalten-Gesellschaft oder der Trägergesellschaft entspricht, denn dann entsteht aus einem Benefit für die Chirurgische Abteilung des Standardkrankenhauses synergistisch auch ein kostensparender Effekt für das Gesamtbudget des Trägers.

4.1.1.2 Die Fremdwahrnehmung der Chirurgischen Abteilung durch die Partnerabteilungen der Krankenanstalt

Auch hier soll das Bild einer leistungsstarken und lösungsorientierten Abteilung gelebt werden. In den Augen der fachfremden KollegInnen soll ein Bild entstehen, dass eine hohe chirurgische Expertise vorliegt und dass die häufigsten chirurgischen Probleme im Haus gelöst werden können.

Brisanter Weise wird die chirurgische Kompetenz (und damit unterscheidet sie sich eben nicht von anderen medizinischen Disziplinen) verstärkt, an folgenden Skills gemessen oder besser gesagt wahrgenommen.

In einer multivariaten Analyse der Ludwig Maximilian Universität München, welche die Determinanten der PatientInnenzufriedenheit einer Krankenhausbehandlung analysierte, konnten die Parameter ärztliches Gespräch, Zeitaufwand für Arzt-Patienten Gespräch, gutes Patienten-Arzt-Verhältnis und ein generelles Arzt- und Therapievertrauen als unabhängige Parameter der Zufriedenheit herausgefiltert werden [13].*¹

Natürlich war die Stärke der Ausprägung abhängig von der globalen Gesamtzufriedenheit und diese wiederum von soziodemographischen Faktoren wie Alter, der Krankheitskonzeptwahrnehmung, der allgemeinen Lebenszufriedenheit und interessanter Weise von Voraufenthalten [13].

Diese Form der Qualitätswahrnehmung beziehungsweise eben der Zufriedenheit betrifft natürlich nicht nur die Gruppe der PatientInnen selbst, sondern spiegelt sich natürlich ebenso in der Wahrnehmung der zuweisenden KollegInnen wider. Da sie ja mit aufgeklärten, zufriedenen und somit auch gut weiterbehandelbaren PatientInnen konfrontiert sind, nachdem die Chirurgische Abteilung kontaktiert wurde oder eine chirurgische Behandlung durchgeführt wurde. Hierdurch entsteht ein Bild einer kompetenten Partnerabteilung. Allerdings wird eine alleinige bemühte PatientInnenbetreuung nicht völlig ausreichen, um die angestrebte intramurale Kompetenzwahrnehmung kreieren zu können. Zusätzlich ist es notwendig, die gleichen Faktoren, die bestimmend für eine erfolgreiche Interaktion mit dem/der Patienten/in sind, auch in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den zuweisenden KollegInnen anzuwenden.

All dies verdeutlicht die enorm hohe Kraft und den Stellenwert, den ausführliche Erklärungen der therapeutischen Möglichkeiten und ein möglichst hoher Zeiteinsatz bei der PatientInnenkommunikation haben. Ein explizites Eingehen auf die individuelle PatientInnensituation und Erklärungen, warum ein Eingriff diese oder jene Fähigkeit verbessern kann, beziehungsweise welche Gefahren abgewendet werden können, stärkt die Betreuungszufriedenheit bei PatientInnen und zuweisenden BehandlerInnen enorm. Ebenso wird laut oben genannter Studie aber auch die Erklärung über mögliche Gefahren einer Therapieform als Qualität empfunden [13]. (Obwohl dies von uns MedizinerInnen im Berufsalltag oft als Hemmnis empfunden wird, scheint dies in der PatientInnenwahrnehmung jedoch letztendlich positiv bewertet zu werden)

Diese Skills können nur abgedeckt werden, wenn auch eine entsprechend hohe Zeitressource und Personalressource hierfür vorliegt. Im normalen Krankenhausalltag ist dies äußerst schwer zu bewerkstelligen, da etwaige Anfragen meist in eine bereits anderweitig ausgebuchte

*¹ In diesem Absatz wurde nicht gegendert da es sich hierbei um den Wortlaut der zitierten Arbeit handelt.

arbeitsintensive Zeit fallen. Nicht zuletzt deswegen ist es äußerst unwahrscheinlich, dass permanent (also zu jedem noch so ungünstigen Zeitpunkt der Arbeitswoche) eine hohe Motivation zu einer, entsprechenden zeitaufwendigen Beantwortung einer unter Umständen interdisziplinären Fragestellung vorliegt.

Um dem zu entgegen, kann hierfür ein Konsiliardienst angeboten werden, der mit entsprechenden zeitlichen und eventuell auch räumlichen Ressourcen ausgestattet ist. Allerdings wird diese Aufgabe erfahrungsgemäß nicht gerne angenommen.

Da diese Aufgabe als Conclusio der oben zitierten Arbeit [13] aber einen enorm hohen Stellenwert in der Qualitätswahrnehmung hat und es sich auch aus meiner Sicht um ein absolut wertvolles „Werbetool“ für eine hohe positive intramurale Bewertung der Abteilung handelt, soll dem bei der Konsiliardienstvergabe Rechnung getragen werden.

Idealer Weise soll die Konsiliartätigkeit von ärztlichen MitarbeiterInnen der Führungsriege der Abteilung erbracht werden. Da hier in weit höherem Maße davon auszugehen ist, dass die enorm starke Auswirkung dieser Tätigkeit bei anstehenden Entscheidungen, Behandlungen und Beantwortungen mitbedacht wird.

Konkordant zu den Fallbesprechungen zur Stärkung der Selbstwahrnehmung sollten auch diese Fälle bei nächster Gelegenheit im Gesamtkollegium der Chirurgischen Abteilung zumindest kurz vorgestellt werden. Nicht unbedingt um die getroffenen Entscheidungen zu verbessern oder zu „over-rulen“, sondern viel eher um den eingeschlagenen Weg im chirurgischen Kollegium bekannt zu machen. Da durch auftretende „Folgefragestellungen“ sehr schnell jeder/jede einzelne Mitarbeiter/in gefordert werden kann. Und diese Folgeentscheidungen sind sicherlich leichter zu treffen bei Kenntnis des Sachverhaltes und der vorbestehenden Stellungnahme der gesamten Abteilung. Ebenso wird dadurch das routinemäßige Vorstellen von interdisziplinären oder „kniffligen“ Fragestellungen vorgelebt und daher leichter abteilungsintern verinnerlicht. Wodurch sich wiederum leichter ein entsprechender Abteilungsalgorithmus bei der Besprechung und Behandlung schwieriger Fälle entwickeln kann.

Gegenüber der Partnerabteilung wird durch dieses Verhalten gezeigt, dass die Problemlösungen und Hilfestellungen für die Chirurgische Abteilung eine hohe Priorität haben. Dies verbessert das Ansehen, das die Abteilung bei den Krankenhaus - internen Partnern genießt.

4.2 Können diese Formen der Wahrnehmung eine Auswirkung auf die OP-Auslastung haben?

Es ist anzunehmen, dass aus einem offenen Umgang und Diskurs mit interdisziplinären Fragestellungen zwangsläufig Operationsindikationen entstehen werden. Natürlich vorausgesetzt, diese werden im chirurgischen Kollegium abgewickelt und die getroffenen Entscheidungen können somit auf einem „breiten“ chirurgischen Rücken getragen werden. Denn verschiedene Chirurgen/-innen bringen natürlich auch unterschiedliche Erfahrungen und Therapieansichten in den Diskurs über die Behandlungsmöglichkeiten mit ein. Wenn sich hier ein Selbstbewusstsein entwickelt, dass wir eine chirurgische Lösung oder Hilfestellung anbieten können, so werden die abteilungsinternen und kollegialen Fallvorstellungen letztendlich zu einer Erhöhung der OP- Frequenz führen.

Leider gibt es keine evidenzbasierte Abhandlung darüber, ob gemeinsame chirurgische Entscheidungen öfter zu einer OP-Indikation führen als dies bei Einzelentscheidungen der Fall ist.

Hingegen gibt es jedoch in der Wirtschaftswissenschaft bereits den Begriff der Creability. Diese Begrifflichkeit beschreibt die Fähigkeit, dass in Teamentscheidungen öfter eine kreative konsensuale Lösung erreicht wird als durch einen einzelnen Entscheidungsträger. Ebenso wird mit dem Begriff des Crowdsourcing in der Betriebswirtschaftslehre der erhöhten Problemlösungskompetenz von Gruppen Rechnung getragen. Dieser spezielle Begriff wird heutzutage oft gleichgesetzt mit einer per Web erreichbaren Masse an Meinungen, welche oft verborgene Lösungsmöglichkeiten zu Tage bringt. Allerdings beschreibt der Begriff in seiner urtümlichen Form die höhere Lösungskompetenz einer Gruppe. (Das Wort Crowdsourcing wurde erstmals 2006 von Jeff Howe kreiert und beschreibt die teilweise synergistische, aber auch wettbewerbsorientierte Kompetenz einer Gruppe unterschiedlicher Akteure mit unterschiedlichem Wissensstand. (In dieser Urfassung können die Akteure intrinsisch oder extrinsisch motiviert sein). Aus meiner chirurgischen Arbeitserfahrung trifft diese Beschreibung eigentlich unerwartet gut auf eine Besprechung unter chirurgischen KollegInnen zu.

Natürlich sind Erkenntnisse der Betriebswirtschaftslehre nicht eins zu eins auf medizinische Vorgänge zu übertragen, dennoch unterstreicht es die hohe Lösungskompetenz einer Gruppe von FachspezialistInnen gegenüber individueller Einzelentscheidungen.

In weiterer Folge werden durch eine hohe chirurgische Lösungskompetenz immer wieder die vielseitigen Möglichkeiten chirurgischer Therapieansätze im Team entwickelt. Es ist anzunehmen, dass jede einzelne operative Lösungsstrategie das „Markenbild der Chirurgie“ sowohl nach außen als auch nach innen stärkt. Auch hier lässt sich aus der Betriebswirtschaftslehre lernen. Denn Unternehmen, in welchen es gelingt, eine hohe Markenidentität unter den MitarbeiterInnen zu verbreiten, haben im Allgemeinen eine weit höhere Leistungsbereitschaft und auch MitarbeiterInnenmotivation. Und eine ebensolche Leistungsbereitschaft wird dabei helfen, OP-Pläne und Endoskopie-Listen zu füllen. Somit kann man wahrscheinlich hier zu der Conclusio kommen, dass ein hoch motiviertes Arbeitsklima unter den chirurgischen Teammitgliedern zu einer höheren OP-Ausschreibungsrate führen wird.

Allerdings kann so ein erstrebenswertes Arbeitsklima leider nicht nur mit unternehmerischen Strategien und Leitlinien kreiert werden. Hier muss äußerst sorgsam auf jahrelang gewachsene Strukturen und Hierarchien eingegangen werden. Denn wie sich schon am Beispiel des Crowdsourcing zeigt, ist die richtige Mischung aus Expertise und Generationen der Weg zum Erfolg.

Hier vermischen sich letztlich die klassischen medizinischen Kompetenzen der Abteilung mit Führungsqualitäten. Gelingt dies, können sowohl die endogenen als auch die exogenen Qualitäten der intramuralen Wahrnehmung gestärkt werden. Wobei hier nochmals unterstrichen werden muss, dass diese Führungsaufgabe nicht diktatorisch von einem/einer Chef/-in ausgeht, sondern von den leitenden Oberärzten/-innen mitgetragen werden sollte.

4.3 Die extramurale Bedeutung der Chirurgischen Abteilung

Wie bereits zu Anfang des Kapitels erwähnt, ist sowohl die Konzeption der Abteilung nach außen als auch die Auslastung der OP-Kapazitäten in einem hohen Maße von dem Umfeld, in welches die Abteilung eingebettet ist, abhängig. Natürlich besteht nicht nur die intramurale Wahrnehmung und Rufbildung aus endogenen und exogenen Gesichtspunkten, auf welche teilweise verändernd eingewirkt werden kann. Sondern in gleichem Maße, wenn nicht sogar noch mehr, wird auch das extramurale Bild der Abteilung von äußeren und inneren Einflussfaktoren geprägt.

Hier verändernd eingreifen zu können ist aber schwieriger und folgt etwas anderen Gesetzmäßigkeiten. Der Hauptunterschied im Umgang mit den handelnden Parteien ist, dass es im Gegensatz zur täglichen Spitalsroutine, in welcher eine kontinuierliche Interaktion möglich und gegeben ist, in der Zusammenarbeit mit extramuralen Partnern eben nur zu punktuellen Kontakten und Interaktionen kommt. Eine kontinuierliche Zusammenarbeit ist fast unmöglich, da ja auch teilweise gänzlich unterschiedliche gesundheitslogistische Anforderungen an die (intra- und extramuralen) Systeme gestellt werden.

Daher ist eben ein möglichst reibungsloses Ineinandergreifen an den Schnittpunkten nicht nur eine große Herausforderung, sondern auch eine Chance, um Kontakte zu knüpfen und letztendlich eine hohe Zuweisungsmotivation zu erreichen.

Ähnlich wie die intramurale Wahrnehmung der Abteilung wird auch die extramurale Wahrnehmung durch zwei Richtungen der Zusammenarbeit geprägt. Auf der einen Seite steht der Stellenwert, den die KrankenhausmitarbeiterInnen der Zusammenarbeit mit niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, Fachärzten/-innen oder GesundheitsdienstleisterInnen geben. (Hier wirkt sich eben die Innenwahrnehmung sehr stark auf die Zusammenarbeit aus). Auf der anderen Seite ist die Wahrnehmung, welche vom unmittelbaren Umfeld eines Krankenhauses der Chirurgischen Abteilung entgegengebracht wird, einer der wichtigsten Knüpf- oder Angelpunkte zur Erhöhung der fachspezifischen Zuweisungen.

Im Lehrbuch Krankenhaus und Management [14] finden sich im Kapitel Qualitätsmarketing unter anderem zwei wichtige Statements, welche letztendlich den hohen Stellenwert einer positiven extramuralen Wahrnehmung bezogen auf eine verstärkte PatientInnenrekrutierung zeigen.

Einerseits bezogen auf die eigentliche PatientInnenakquisition selbst,

„Patienten werden außerhalb des Krankenhauses gewonnen, im Krankenhaus werden sie lediglich von der Richtigkeit der Entscheidung überzeugt“.

Sowie andererseits auf die Auswirkung einer erfolgreichen PatientInnengewinnung,

„Der entscheidende Wettbewerb von Krankenhäusern ist der Wettlauf um den geistig - emotionalen Besitz von Patienten und Kunden - wer diesen Wettlauf gewinnt, erzielt Selbstbestimmungsrechte“.*²

*² In diesem Absatz wurde nicht gegendert da die entsprechenden Textstellen Zitate aus dem erwähnten Lehrbuch darstellen.

4.3.1 Die intrinsische Wahrnehmung des extramuralen Stellenwertes

Üblicherweise unterstützt die Tatsache, dass an die stationäre Krankenhausmedizin beziehungsweise an niedergelassene Ärzte/-innen oder GesundheitsanbieterInnen unterschiedliche Systemanforderungen und Erwartungen gestellt werden, eher die Entwicklung eines zweigleisigen Nebeneinanderarbeitens als umgekehrt. Insbesondere für chirurgisch tätige Ärzte/-innen ist es meist ein unausweichlicher Fakt, dass beinahe das ganze Berufsleben in einem Krankenhaus verbracht wird. (Sehr selten wird ja eine Niederlassung von chirurgischen Fachärzten/-innen angestrebt, da eine dauerhafte operative Tätigkeit fast nur durch einen regelhaften Krankenhausbetrieb ermöglicht wird). Daher entwickelt sich verständlicherweise sehr leicht ein medizinisches Versorgungsverständnis, in welchem das Krankenhaus den Stern darstellt, um den sich alles dreht. Natürlich ist dies auch bei Krankenhausärzten/-innen anderer Fachrichtungen eine nicht ungewöhnliche oder abwegige Einstellung. Jedoch werden andere Gesichtspunkte leichter wahrgenommen, da in den meisten Fächern eine eventuelle Niederlassung und Selbstständigkeit eigentlich permanent eine realistische karrieristische Zukunftsoption darstellt. Hieraus ergibt sich naturgemäß eine höhere Beschäftigung mit dem anderen System.

So gut dies auf der einen Seite für die „innere Markenbildung“ der Chirurgie ist und sich hieraus ein riesiger Motivationsboost für die tägliche Arbeit ableiten lässt, so erschwerend kann dies für die Awareness gegenüber krankenhausfernen Problemstellungen sein.

Klarerweise ist eine Chirurgische Abteilung ein Ort, an welchem permanent Problemstellungen entstehen, die gelöst werden müssen und gleichzeitig sollten Routineabläufe hierdurch nicht gestört werden. Genau dies macht ja sicherlich für viele Chirurgen/-innen auch den Reiz dieses Faches aus. Daher ist es eine Chirurgische Abteilung gewöhnt, nicht zuletzt aus Selbstschutz, die Arbeitsstätte und den Arbeitsablauf vor äußerlichen Störeinflüssen so gut als möglich abzusichern.

Um eben eine Steigerung der intrinsischen Wahrnehmung des extramuralen Stellenwertes zu erzielen, muss es eine *Conditio sine qua non* sein, dass bei den MitarbeiterInnen der Abteilung eine Sensibilisierung für den Stellenwert der Abteilung in der regionalen und vielleicht sogar überregionalen Gesundheitsversorgung stattfindet.

Es soll also versucht werden, von dem Bild abzurücken, dass die Abläufe und Planungen an der Chirurgischen Abteilung rein einem inneren Uhrwerk zu folgen haben.

Vielmehr sollte daran gedacht werden, wie die Chirurgische Abteilung dem Gesundheitsnetzwerk der Region als starker Partner zur Seite stehen kann und möglichst viele medizinische Bedürfnisse der Region abfedern kann. Und letztendlich natürlich von diesen auch chirurgisch profitieren kann.

Sozusagen unter dem Slogan „Frag nicht, was eine Region für ihre Chirurgie tun kann, sondern was eine Chirurgie für ihre Region tun kann“ (*Anmerkung: Sehr frei nach John F. Kennedy*), soll ein Interesse an den diagnostischen Abläufen und Möglichkeiten, an der PatientInnen-Strom-Steuerung, der Altersstruktur und den unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten zu den Leistungen des Gesundheitssystems der Region entstehen.

Im Idealfall können dann diese aufgezeigten Bedürfnisse und Erkenntnisse positive Auswirkungen auf das chirurgische Spektrum der Abteilung haben. Da sich entsprechend den regionalen Notwendigkeiten, geriatrische, schmerztherapeutische, palliativmedizinische, kinderchirurgische, urologische, gastroenterologische, neurologische, dermatologische Behandlungsmöglichkeiten und OP-Indikationen ergeben werden.

Wie jedoch schafft man es, sich dieser oben beschriebenen idealisierten Offenheit zu nähern und einer „wir hier drinnen und die dort draußen“ Mentalität entgegenzusteuern.

Ein möglicher Ansatzpunkt für ein gezieltes Umdenken stellt die Möglichkeit zu einer nebenberuflichen beziehungsweise außerhalb des Krankenhauses liegenden chirurgischen Praxis für die MitarbeiterInnen dar. Dies soll jetzt nicht das erklärte Ziel der Abteilungsphilosophie sein. Jedoch wird dadurch, dass einige MitarbeiterInnen mit beiden Systemen arbeiten, das Bewusstsein für den niedergelassenen Bereich geschärft. Des Weiteren stärkt dies natürlich den Ruf der Abteilung nach außen. Und nicht zuletzt können so zusätzliche PatientInnen gewonnen werden, welche dann einer Operation zugeführt werden können. Was sich letztendlich als messbarer Erfolg für die Gesamtabteilung zu Buche schlägt. Die Institution Krankenhaus muss den KollegInnen auch eine realistische Möglichkeit geben, die OrdinationspatientInnen transparent in das OP - Programm einzupflegen. Natürlich ist dies gegenüber der Kollegenschaft offen zu kommunizieren, und es gilt dabei, den Benefit für die gesamte Chirurgische Abteilung hervorstreichen. (Ziel ist es nicht, ein privates OP- System zu initiieren, sondern die selbstbestimmten und zur Behandlungsmigration bereiten PatientInnen „zurück“ ins regionale Krankenhaus zu holen).

Solch eine Möglichkeit wird letztendlich auch die MitarbeiterInnen-Zufriedenheit und die MitarbeiterInnen-Treue hochhalten. Da hier der individuelle chirurgisch/medizinische Stellenwert und das berufliche Ansehen auch abseits der oft strengen Krankenhaushierarchie deutlich gesteigert werden können.

Denn dieses „individuelle Entwicklungspotential“ für den/die einzelne/-n Arzt/Ärztin kann sich zu einem sehr wichtigen Tool der MitarbeiterInnenbindung entwickeln. Denn ansonsten wird man in einem Krankenhaus der Standardversorgung immer wieder vor dem Problem stehen, dass ärztlich-chirurgische MitarbeiterInnen aufgrund der letztendlich begrenzten Aufstiegsmöglichkeiten die Abteilung verlassen werden und an größere Schwerpunkt- oder sogar Zentralkrankenanstalten wechseln werden.

Daher sind diese auch pekuniär interessanten Entwicklungsmöglichkeiten so gesehen auch ein gutes Tool, um den per se bestehenden Migrationstendenzen der MitarbeiterInnen etwas entgegenstellen zu können. Denn der/die karrieristische Mitarbeiter/-in, welche/-r als das chirurgische „Supertalent“ gilt, wird die Abteilung wahrscheinlich früher oder später einmal verlassen. Hier ist es sehr von Vorteil für die dauerhafte Abteilungshomogenität, wenn guten (und für die Abteilung sehr wichtigen) Chirurgen/-innen, denen nicht von Haus aus diese hohe Migrationstendenz inne liegt, die Möglichkeit gegeben wird, zum sogenannten „local hero“ aufzusteigen.*³

Ein gänzlich anderer Ansatz für eine mögliche Steigerung der Identifikation der Chirurgie mit ihrem lokalen Gesundheitssystem ergibt sich durch die in Zukunft geplanten Umstrukturierungen. Auf der einen Seite wird es hier verstärkt zur Bildung von Krankenhausverbünden kommen. Andererseits sollen die Krankenhäuser vermehrt eine Leitspital-Funktion übernehmen. Prinzipiell sollte mit dieser Leitspitalfunktion auch die Rolle der niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und Fachärzte/-innen neu konzipiert werden.

*³ [Als persönliche Anmerkung hierzu möchte ich ergänzen, dass eine chirurgische Abteilung sehr davon lebt, dass unterschiedliche Charaktere von Chirurgen/-innen entstehen. So ist auch der/die Chirurg/-in, der/die die Abteilung verlässt, weil er/sie nach höheren chirurgischen Würden strebt, letztendlich ein positiver Werbefaktor für die „Heimatabteilung“. Bei entsprechender Förderung werden diese KollegInnen auch meist gut über das Ursprungshaus reden. Ein Abgang im Unfrieden (nur weil sich ein/e Kollege/Kollegin weiterentwickeln möchte) sollte auf jeden Fall vermieden werden. Im Gegenteil, es sollte eine Abteilung eher stolz darauf sein].

Angepasst an die geographische Lage und ein gewisses Einzugsgebiet ist vielerorts die Etablierung von sogenannten Primärversorgungszentren geplant.

Somit wäre das Krankenhaus, ähnlich einer Schirmherrschaft, erster medizinischer Ansprechpartner für die Primärversorgungszentren. Und diese wiederum wären Außenposten beziehungsweise die verlängerten Arme des Krankenhauses.

Im Falle der Etablierung eines solchen Systems wäre es natürlich höchst sinnvoll, auch eine chirurgische Betreuung durch Fachärzte/innen des sogenannten Leitspitals direkt in den Räumlichkeiten des Primärversorgungszentrums anzubieten.

Erstens ergibt sich hierbei die Möglichkeit für regelmäßige Konsultationen vor Ort. Wobei vom Umfang her sicherlich ein Vormittag alle zwei Wochen ausreichend wäre. Eine dementsprechende Chirurgische Ambulanz müsste mit ausreichend Kompetenzen ausgestattet werden, sodass bereits Planungen und Aufklärungen für kleine und mittelgroße Operationen, Untersuchungen und vielleicht sogar die stationäre Aufnahme vollständig durchgeführt werden können.

Zweitens ist es auch wünschenswert, dass für die ärztlichen KollegInnen der anderen Fächer, die im Primärversorgungszentrum vertreten sind, ein/e chirurgische/r Ansprechpartner/in greifbar ist. Hier können chirurgische Problem- und Fragestellungen gesammelt werden. Aber auch der/die entsprechende Chirurg/-in kann bereits vorab konsultiert werden. Alles in allem wäre eben ein/e permanente/r chirurgische/r Ansprechpartner/in, der/die auf kurzem Weg erreichbar ist, wünschenswert.

Als absolute Novität und als tiefgreifende Änderung der bestehenden hierarchischen Strukturen könnte sich hieraus die Einführung eines/einer regionalen Oberarztes/Oberärztin entwickeln, der/die für dieses Primärzentrum eine leitende Funktion innehat. Somit hätte jede Region ihre/n eigene/n Chirurg/-in als Ansprechpartner. Natürlich kann nicht jede/r Chirurg/-in in jedem Teilgebiet der Chirurgie alle auftretenden Fragestellungen beantworten, oder alle Probleme behandeln. Aber der Sinn ist, dass bei entsprechendem Bedarf jederzeit auf die Manpower und das Wissen der gesamten Abteilung zurückgegriffen werden kann. Bei entsprechender Frequenz und entsprechendem Bedarf kann sich hier sogar eine chirurgische Besprechung zur intrakollegialen Vorbehandlung der vorangemeldeten Fragestellungen etablieren, die vorzugsweise am Tag vor der Präsenzambulanz im Heimatkrankenhaus abgehalten wird. So kann ein Maximum an fachlicher Expertise und chirurgischer Kompetenz geboten werden und gleichzeitig das höchstmöglich denkbare Maß an individualisierter, personifizierter Medizin (Chirurgie) erreicht werden.

Wenn eine solche Revolutionierung der flächendeckenden chirurgischen Versorgung gelingt, so wäre dies für die größten Teile der (österreichischen) betroffenen Bevölkerung ein unglaublicher Qualitäts- und Komfortzugewinn. Denn für eine vergleichbar hochstehende fachliche Expertise musste bisher auf große Zentren ausgewichen werden. So wäre dies im wahrsten Sinne des Wortes wohnortnahe möglich. Zusätzlich sind hier in einem einzigen Ambulanzbesuch bereits weitere Planungen und Organisationsschritte möglich.

Dies schafft sicherlich ein hohes Vertrauen unter den zuweisenden Ärzten/-innen, die jederzeit einen Ansprechpartner haben und diesen auch persönlich kennen. Auch für die PatientInnen aus dem entsprechenden Einzugsgebiet eines Primärversorgungszentrums gäbe es ein „chirurgisches Gesicht“ und der/die Chirurg/-in wäre bekannt.

Idealisierter Weise wäre auch eine etwas persönlichere Betreuung im Falle eines stationären Aufenthaltes im Heimatkrankenhaus durch den/die chirurgische/n Regionalleiter/-in denkbar. Dem müsste eine genaue Logistik zugrunde liegen, da bei weitem nicht jede/r einzelne

Patient/-in und dessen/deren spezielle Krankengeschichte im Gedächtnis des/der jeweiligen chirurgischen Regionalleiters/Regionalleiterin präsent sein kann. Bei einer entsprechenden Wertigkeit eines solchen Systems in einem Krankenanstalten-Verbund kann dies aber kein unlösbares Problem darstellen.

Wenn also eine flächendeckende Reform der Gesundheitsversorgung mit der Einführung von Primärversorgungszentren verwirklicht werden kann (dies sehen alle bekannten Planungen und Strukturpläne des ÖSG und RSG vor), so ist es im höchsten Interesse der lokalen Chirurgischen Abteilungen, dass man Teil dieses Systems wird. Die Idee einer/eines regional zuständigen chirurgischen Ansprechpartners/Ansprechpartnerin ist ein wertvolles Tool, welches per se die endogene Wahrnehmung des extramuralen Stellenwertes einer Chirurgischen Abteilung erheblich steigert, und auch in der täglichen Routine ein permanentes Augenmerk auf die Bedeutung der eigenen Abteilung für das lokale Gesundheitsnetzwerk entstehen lässt.

Im Primärversorgungsgesetz sind die Zusammensetzungen sowie die Rechte und Pflichten von Primärversorgungszentren genau geregelt. Wie im speziellen Fall die fachärztliche Versorgung jeder einzelnen Einheit auszusehen hat, bleibt aber dem Gestaltungsspielraum des jeweiligen Zentrums überlassen [15].

Hier liegt also der Ball eindeutig bei den Chirurgischen Abteilungen selbst, ob man an diesem neuen System partizipieren möchte oder nicht. Wenn das Interesse verfolgt wird, sich als Teil der regionalen Gesundheitslandschaft zu etablieren, dann stellt dies eine unglaubliche Chance dar.

Leider geben Gesetzgeber und Sozialversicherungsanstalten keine Vorgabe, wie groß das Einzugsgebiet eines Primärversorgungszentrums zu sein hat. Die Gründe hierfür sind nachvollziehbar, da ja insbesondere Gründungen von Primärversorgungszentren auch in nicht urbanen Gegenden gefördert werden sollen [16].

Da für dieses mutige Projekt nicht endlos viele Chirurgen/Chirurginnen zur Verfügung stehen, sollten die in Frage kommenden Primärversorgungseinheiten idealer Weise über ein geschätztes Einzugsgebiet von 15000 Personen verfügen. Auch wenn dies aufgrund der geographischen Lage nicht möglich ist, so sollte doch die Grenze von zumindest 7000 bis 8000 Einwohnern pro Einheit nicht unterschritten werden. (Anmerkung: hier räumt der Gesetzgeber die Möglichkeit ein, dass ein Primärversorgungszentrum an mehreren Standorten agieren kann). Die Grenze von 15000 Personen scheint deswegen interessant zu sein, weil sich hieraus bereits eine ernst zu nehmende Anzahl an elektiv zu planenden chirurgischen Eingriffen ableiten lässt.

Zurzeit kommt rechnerisch in Österreich ein Facharzt/eine Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie auf 5008 EinwohnerInnen (Standesliste der Österreichischen Ärztekammer 2019 [n=1769] und Einwohnerzahl Österreichs 2019 laut Statistik Austria ca. 8.860.00). Vice versa würden aber 5008 Personen niemals genug chirurgisch behandelbare Erkrankungen hervorbringen, um einen/eine Chirurgen/Chirurgin sinnvoll auszulasten. Dies zeigt eben auch auf, dass es keinen absoluten Mangel an chirurgischen Fachärzten/-innen gibt. Sehr wohl aber ein Verteilungs- und Zugänglichkeitsproblem derselben für die Bevölkerung. Diese Situation könnte bei Etablierung des oben genannten Systems dramatisch verbessert werden. So lässt zum Beispiel ein Einzugsgebiet von 15.000 Personen pro Jahr 25 bis 30 Leistenhernien, 30 Gallenblasenoperationen und 20 Venenoperationen erwarten. Hinzu kommen natürlich die chirurgischen Spezialeingriffe, die sich durch die gelebte Interdisziplinarität erst ergeben (palliative Katheter, Schmerzpumpen, Dialysekatheter oder Shunts etc.).

Eine weitere Möglichkeit, die intrinsische Wahrnehmung des extramuralen Stellenwertes einer Chirurgie zu steigern, ist die Förderung eines gewissen Spezialistentums an der Abteilung. (Dies soll auf jeden Fall koexistent zum vorhin angedachten System der Regionalleiter/-innen sein, da ein/eine ebensolche/r Regionalleiter/-in ja nicht Spezialist/-in für alles sein kann, aber immer die gemeinsame Behandlung mit dem/der entsprechenden Spezialisten/Spezialistin anbieten kann).

Im Allgemeinen gibt es diese Bestrebungen meist ohne eine entsprechende Führung. Allerdings ist ein gewisses Hinleiten zu, vielleicht ansonsten nicht bedachten Fachbereichen, anzuraten, da sonst einige wertvolle Betätigungsfelder wegfallen. Auch hier kann nicht zuletzt im Sinne einer attraktiven Arbeitsplatz- und Karrieregestaltung und zur MitarbeiterInnenbindung eine hierarchische Aufwertung beziehungsweise eine eindeutig erkennbare Titulierung in Aussicht gestellt werden.

Wenn dieses Spezialistentum abteilungsintern mit einem respektvollen interkollegialen Umgang gelebt wird und somit auch entsprechend nach außen getragen wird, erhöht dies ungemein das eigene Bildnis und den Stellenwert, mit dem sich die Chirurgische Mannschaft selbst sieht.

Allerdings sind diese Spezialisierungstendenzen in einer Aufbauphase sehr schwierig, in einem ausreichenden Umfang zu realisieren. Je stärker aber eine dauerhafte elektive OP-Plan-Bespielung gelingt, desto einfacher werden diese Tendenzen wachsen und selbst zu einem Magneten für zukünftige Eingriffe werden.

4.3.2 Die extrinsische Wahrnehmung des extramuralen Stellenwertes

Die extramurale Wahrnehmung einer Chirurgischen Abteilung ist sehr oft ein gewachsenes über Jahre hinweg entstandenes Empfinden. Sehr oft spiegeln die Meinungen und Vorurteile über die Chirurgie eines Standardkrankenhauses die gelebte Realität in keiner Weise wider, sondern sind von Einzelerfahrungen oder den Berichten von Angehörigen behandelter PatientInnen geprägt. Hierbei gilt es festzuhalten, dass insbesondere die Negativkritik leichter Gehör findet und zur extramuralen Meinungsbildung beiträgt. Bedauerlicher Weise ist dies bei positiven Bewertungen und hervorstechenden Leistungen bei weitem nicht so stark ausgeprägt. Leider haben insbesondere kleinere Abteilungen sehr stark mit den Auswirkungen einer Negativkritik zu kämpfen, egal ob diese zu Recht oder zu Unrecht besteht.

Diesbezüglich haben größere Häuser und Zentrumshäuser gegenüber den Standardkrankenhäusern sicherlich einen Vorteil. Ein Grund hierfür liegt daran, dass das angebotene Operationsspektrum eines Standardkrankenhauses viel eher auch im Nachbarkrankenhaus angeboten werden kann, als dies bei höhergradigen Versorgungszentren der Fall ist. So sind die Wahlmöglichkeiten im Bereich der kleinen – und mittelgroßen chirurgischen Eingriffe deutlich vielfältiger als dies für hochspezialisierte Eingriffe der Fall ist.

Auch auf ZuweiserInnen Ebene scheint es manchmal opportun zu sein, PatientInnen für Standardeingriffe nicht in das nächstgelegene Krankenhaus zu überweisen. Hier vertraut der/die Patient/-in den Empfehlungen des/der Hausarztes/Hausärztin. Bei mittelgroßen Eingriffen findet oft sogar ein regelrechter Operationstourismus in andere Krankenhäuser statt, die teilweise gar nicht den Spielregeln des öffentlichen Sektors unterliegen. Im Speziellen erfolgen sehr oft Operationszuweisungen an Sanatorien oder geistliche Häuser. Sehr oft betrifft dies gut planbare Operationen der Klassen T6 bis T7 (fallweise auch T8), welche

natürlich eine attraktive Gruppe für das OP-Spektrum eines Standardkrankenhauses darstellen würde. Dies ist an und für sich ein relativ normaler Vorgang, dem man in der tagtäglichen Praxis oft begegnet. Nur soll es für einen/eine Vertreter/-in des regionalen Standardkrankenhauses natürlich das höchste Bestreben sein, die Gründe für dieses Vorgehen zu erarbeiten und in weiterer Folge Wege zu finden, um diese PatientInnenströme in das Heimathaus umzuleiten.

Der Sinn soll nicht unbedingt darin liegen, komplikationsbehaftete Groß-Eingriffe mit hohem intensivmedizinischen Aufwand an die Abteilung zu holen. (Was ja aufgrund der hohen OP-Klassenbewertung zu erwarten wäre). Sondern es geht darum, attraktive elektive Eingriffe bei vertretbarem Risiko durchzuführen. Denn die scheinbar hohe Operationsklasse betrifft hierbei vor allem Dickdarm-chirurgische Eingriffe. Und diese stellen zweifelsohne ein Herzstück der Allgemein- und Viszeralchirurgie dar. Je nach Literaturangaben sind pro 100.000 Einwohner in Mitteleuropa circa 20 bis 60 zu operierende Dickdarmkarzinome zu erwarten. Das Einzugsgebiet eines Standardkrankenhauses liegt im Allgemeinen zwischen 60.000 und 150.000 Personen. Somit würde rechnerisch die Inzidenz der zu operierenden Colonkarzinome bei 24 – 60 Fällen pro Jahr liegen. Was im Allgemeinen eine ausreichende Menge darstellt, um eine entsprechend hohe Expertise zu erhalten oder zu behalten. Prinzipiell kann erfahrungsgemäß eine ebenso hohe Anzahl an Dickdarmoperationen aufgrund einer benignen Diagnose erwartet werden. Dies setzt jedoch ein gutes funktionierendes Vorsorge-, Beratungs- und Planungssystem voraus, in welchem auch auf eine ZuweiserInnenbetreuung oder ZuweiserInnenpflege geachtet wird.

Bei genauer Betrachtung zeigt sich aber, dass kaum eine Standardchirurgie in Süd/Südostösterreich auf die errechneten Mengen an Coloneingriffen kommt. Daraus ist zu abzuleiten, dass es auf Seiten der ZuweiserInnen hier Gründe oder Unsicherheiten gibt, warum diese PatientInnen in andere Krankenhäuser migrieren oder eben dorthin überwiesen werden.

Eine sehr große Bedeutung erlangt dies dadurch, weil hier sehr viel Gestaltungs- und Entwicklungspotential verloren geht. Die interdisziplinäre Behandlung von Colonkarzinomen stellt mitunter einen äußerst zentralen Punkt der onkologisch- chirurgischen Medizin dar. Und diese Behandlungsfälle sind daher enorm wichtig, um das dahingehende Verständnis zu entwickeln beziehungsweise zu schärfen. Sie sind der Grundstock jedes onkologisch-viszeralchirurgischen Tumorboards, sind meist besser behandelbar als viele andere Tumorentitäten und sind nicht zuletzt für die Viszeralchirurgische Aus- und Weiterbildung unverzichtbar. Da sie eben auch das Herzstück der mittleren bis größeren Abdominalchirurgie darstellen sind sie ein enorm wichtiger Faktor, um komplexe Abläufe, sowohl intraoperativ am OP-Tisch als auch im Gesamtmanagement der PatientInnenversorgung (die spezielle anästhesiologische Führung, die intensivmedizinische Behandlung, die physiotherapeutische und alimentäre Begleitung, die Voruntersuchungen, die Nachuntersuchungen) standardisieren zu können.

Zusätzliche Bedeutung erhält dieses Thema dadurch, da es zu erwarten ist, dass sich im Zeitraum von 2005 bis 2035 die Anzahl der zu operierenden Colonkarzinome in Mitteleuropa verdoppeln wird [17].

Das Beispiel dieser Operationsgruppe zeigt den enorm hohen Stellenwert, den die extrinsische, extramurale Wahrnehmung einer Chirurgischen Abteilung in ihrem regionalen Setting hat. Und warum es für das Gesamtgefüge der Abteilung von enormer Wichtigkeit ist, eine positive Wahrnehmung mit ebensolcher Resonanz zu kreieren.

Wie schon im Vorkapitel beschrieben, ist dies deutlich einfacher, wenn gegenüber den zuweisenden Ärzten und Ärztinnen eine berufliche und eventuell auch persönliche Bekanntschaft besteht. Sehr bedeutsam ist, dass die PatientInnenvorstellung auf äußerst kurzem Wege möglich sein soll und auch routinehaft erfolgen kann. Wenn beispielsweise eine Kontaktaufnahme mit einem/einer Chirurgen/Chirurgin bereits vor Diagnosestellung möglich ist, so wird eine spätere Zuweisung zur Operation sicherlich viel wahrscheinlicher. Insbesondere, wenn der/die bereitgestellte Facharzt/Fachärztin in die weitere Behandlungsplanung bereits von Anfang an involviert ist. Eventuell ist es auch möglich, dem/der zuweisenden Arzt/Ärztin bereits bei diagnostischen Schritten unterstützend zur Seite zu stehen und weitere Arbeit abzunehmen, indem bereits Voruntersuchungen und notwendige Abklärungen von der chirurgischen Abteilung übernommen werden können.

Es kann sich als äußerst hilfreich erweisen, wenn den niedergelassenen KollegInnen suggeriert wird, dass ihnen von Anfang an ein Partner zur Seite steht, der unterstützt und bei der Behandlung und Behandlungsplanung hilft.

4.3.2.1 Doch wie schafft es die Chirurgische Abteilung von Anfang an beratend zur Seite zu stehen? Wie entsteht ein frühzeitiger Initialkontakt zwischen ZuweiserIn, PatientIn und Krankenhaus?

Die Chefsprechstunde

Die permanente Präsenz der Abteilung muss in der Versorgungsregion spürbar sein und die Akteure unkompliziert auf kurzem Wege erreichbar sein.

Die Einrichtung einer chirurgischen Sprechstunde durch den/die Chefarzt/Chefärztin (Primararzt/Primarärztin) ist einer der Schritte, der hier zielführend ist. Die Konsultation kann telefonisch oder per E-Mail erfolgen. Es können alle chirurgischen Problemstellungen vorgebracht werden und es wird auf jeden Fall eine Lösung entstehen. Selbst wenn die Lösungen oder die Therapievorschlüsse letztlich die Kompetenzen und Möglichkeiten des Standardkrankenhauses übersteigen, wird eine weiterführende Betreuung an einem übergeordneten Zentrum angebahnt. Etwaige Vor- und Nachuntersuchungen können natürlich, sofern notwendig, im örtlichen Krankenhaus vorab durchgeführt werden.

Hierdurch wird die Leitspital-Funktion für die Region ersichtlich und spürbar, denn im Endeffekt ist das erklärte Ziel, dass die Chirurgische Abteilung auch unumstritten die höchste chirurgische Kompetenz in der Region darstellt. Hier liegt die Expertise und hier liegt auch das Nadelöhr, um versorgungstechnisch höherwertige Zentren zu erreichen.

Natürlich hat diese Sprechstunde sehr wohl auch den Sinn, andere chirurgische eventuell einfachere Fragestellungen zu lösen. Oder bei Unklarheiten, ob eventuell aus chirurgischer Sicht etwas zu ändern oder zu verbessern wäre, die niedergelassenen KollegInnen zu beraten.

Das routinemäßige Abhalten dieser Sprechstunde und vor allem das gewissenhafte Beantworten aller, an den/die Chefarzt/Chefärztin herangetragenen Probleme sollte doch eine erhebliche vertrauensbildende Maßnahme sein, um die Wahrnehmung der Kompetenz der Abteilung zu verbessern. Ein Delegieren der Sprechstunde an andere Ärzte/Ärztinnen der Abteilung sollte bis zu dem Zeitpunkt, da diese Sprechstunde vollends etabliert ist, tunlichst unterlassen werden.

Da ja durch eine ebensolche Sprechstunde auch unbedingt gezeigt werden soll, dass die chirurgischen Anliegen der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen der (Versorgungs-) Region

höchste Priorität für die Abteilung haben. Des Weiteren ist es ein sehr wertvolles Zeichen, wenn die anfragenden Ärzte/Ärztinnen im Rahmen der Konsultation aus dem Mund des/der Chefarztes/Chefärztin erfahren, dass diese/r oder jene/r Kollege/in beziehungsweise Oberarzt/Oberärztin ideal spezialisiert für diese Sache sei.

Empfehlenswert ist dies auch deswegen, damit die gut gemeinte Chefarztsprechstunde nicht fälschlicher Weise den Eindruck erweckt, dass die chirurgische Kompetenz nur von einer Person ausgeht. Daher ist explizit darauf zu achten, dass die übrigen chirurgischen Protagonisten im Rahmen dieses Forums erwähnt werden. Denn so lernen die niedergelassenen MedizinerInnen die gesamte Breite der Chirurgischen Abteilung kennen. Weiters kann so hervorgestrichen werden, dass die an der Abteilung arbeitenden Ärzte/Ärztinnen das volle Vertrauen genießen und eben spezialisiert sind.

Die Rolle der Primärversorgungszentren

Ein weiterer Punkt der unter den Gesichtspunkten einer positiven Stärkung der extrinsischen extramuralen Wahrnehmung, von hoher Bedeutung ist und auch Zukunftschancen aufzeigt, ist die enge Kooperation mit den zukünftigen Primärversorgungszentren. Diese sind zwar in den allermeisten Fällen noch Zukunftsmusik, allerdings ist der flächendeckende Ausbau dieses Versorgungssystems bereits im Strukturplan festgelegt. In der Zusammenarbeit mit diesen Primärversorgungszentren ist es von enormer Wichtigkeit, dass von Anfang an als wertschätzender Partner aufgetreten wird. Hierfür regelmäßig einen/eine chirurgische/-n Facharzt/Fachärztin bereitzustellen hat daher eine hohe Priorität.

Wenn dies gelingt, dann kann ein/eine mit Planungskompetenzen ausgestattete/-r, chirurgische/-r Facharzt/Fachärztin für ein Primärversorgungszentrum ebenso attraktiv sein, wie dies früher die Hausapotheke für den Hausarzt war. Dann nämlich würde der/die chirurgische Facharzt/Fachärztin für das jeweilige Primärversorgungszentrum einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen ähnlichen Institutionen oder den klassischen Hausärzten/Hausärztinnen darstellen. Bei entsprechender Organisation der Abläufe können die PatientInnen im Sinne eines „one-stop-shops“ viele Termine auf einmal erledigen. Im wünschenswertesten Fall könnte der/die Patient/-in hiernach fix fertig geplant, zum OP-Termin, im „Haupthaus“ aufgenommen werden. So wird der chirurgische Konsiliarius zu einem attraktiven Partner. Und einem attraktiven Partner wird man früher oder später sicherlich auch attraktive PatientInnengruppen zuweisen. Auch hier würde dies dem Prinzip „Nicht der Zuweiser kommt zum Spital, sondern der Chirurg kommt zum Zuweiser“ entsprechen. Und wie schon zuvor erwähnt, soll die Chirurgische Abteilung unbedingt danach trachten, in der Versorgungsregion omnipräsent zu sein und eine nicht übergehbare Kompetenz darzustellen.

Von den vier beschriebenen Arten, auf welche die Leistungen einer chirurgischen Abteilung wahrgenommen werden, ist die exogene extramurale sicherlich am schwierigsten zu beeinflussen. Eine Änderung der vorgefassten Meinung kann nur durch einen langsamen und stetigen Prozess erfolgen. Daher müssen „Change Strategien“ auch daraufhin ausgerichtet sein. Nur Langzeitstrategien machen hier auch Sinn.

Der Versuch, mit einem extrem lösungsorientierten Vorgehen, bei welchem viele Mittel (hier vor allem personelle Ressourcen) schnell eingesetzt werden, ist in dieser komplexen Situation nicht zielführend.

Wer glaubt, man könne einfach einen schnellen ersten Eindruck hinterlassen und hiernach werde sich automatisch der gewünschte Erfolg einstellen, der wird sicherlich enttäuscht werden. Dies gilt es insbesondere beim Einsatz des erforderlichen Personals zu bedenken.

Denn vor allem zu Beginn wird nicht jede/jeder ärztliche Mitarbeiter/-in mit einer entsprechenden Zuteilung zu einem Primärversorgungszentrum zufrieden sein. Denn die hohe medizinische Wertigkeit und das Ansehen dieser Aufgabe wird sich sicherlich erst nach einiger Zeit herauskristallisieren.

Ein perspektivloser Personaleinsatz hat sehr bald eine Überforderung mit gesteigerter Unzufriedenheit der MitarbeiterInnen und eine hohe „Burn-out-Gefahr“ zur Folge. Mit dem eingesetzten ärztlichen Personal muss daher sehr behutsam umgegangen werden. Aufgabe der ärztlichen Abteilungsleitung und der Krankenhausführung ist es, permanent höchst alert zu sein für die Probleme und Anliegen der ärztlichen Botschafter in den Außenposten. Teilweise wird es auch notwendig sein, MitarbeiterInnen vor Überforderungen zu schützen, da ja teilweise gänzlich neue Herausforderungen zu erwarten sind.

Denn letztlich handelt es sich hier um Fachärzte/Fachärztinnen für Chirurgie und nicht um Mediatoren, Verkaufsvertreter, Politiker oder Firmenstrategen. Damit ein medizinisch kompetentes Auftreten ermöglicht wird, dürfen die nicht medizinischen Qualitäten, die mit so einer Position verbunden sind, nicht überhandnehmen. Um als chirurgisch kompetent wahrgenommen zu werden, muss es auch erlaubt sein, eben wie ein/eine Chirurg/-in aufzutreten. Denn dann werden die Aussagen und Therapievorschlüsse auch viel eher als glaubwürdig angenommen. Daher reicht es nicht, nur das berechnete Personal hierfür einzusetzen und im Haupthaus an den Fehltagen ausreichend zu substituieren.

Viel eher zielführend ist es, wenn eine auf lange Sicht ausgelegte Strategie zum Tragen kommt. Es ist notwendig, einen Weg zu initialisieren, der auch für die betroffenen MitarbeiterInnen attraktiv erscheint. Das bedeutet, es soll die Möglichkeit bestehen, sich durch genau diese Arbeit einen Stellenwert zu erarbeiten. Ein eigenes Umfeld soll sich entwickeln, welches nicht nur systemangepasst und im Interesse des Systems agiert, sondern eben auch im Interesse des/der einzelnen zuständigen Chirurgen/Chirurgin steht.

An dieser Stelle bietet sich wiederum die Einrichtung einer regionalen LeiterInnen Funktion an (siehe oben Regionalleiter/-innen). Die erstens erkennbar betitelt wird und abseits der bestehenden Spitalshierarchie auch extra honoriert wird. Um die Wichtigkeit dieser Position zu unterstreichen, soll die Stelle vom Arbeitgeber auch mit einem kleinen Budget ausgestattet werden, um zum Beispiel kleinere Veranstaltungen oder Fortbildungen, die der Teambildung des Primärversorgungszentrums dienen, zu ermöglichen.

Auch wenn dies für einige Chirurgen/Chirurginnen eine attraktive, abwechslungsreiche Tätigkeit darstellt, kann trotzdem nicht davon ausgegangen werden, dass dies auf jeden/jede Mitarbeiter/-in zutrifft. Daher darf auch keine Zwangszuteilung zu so einer Position erfolgen. Allerdings soll das Bild und die Position des/der Regionalleiters/Regionalleiterin ein erstrebenswertes und attraktives sein.

Wenn es gelingt, dies in die Unternehmensphilosophie einzupflegen, so kann hier auch ein Anreizmodell etabliert werden, um erfahrenen Chirurgen/Chirurginnen weitere Karriereschritte zu ermöglichen. Eventuell können auch Zusatzqualifikationen, wie das Absolvieren eines Führungskräfte- Lehrganges oder eines Universitäts-Lehrgangs in Aussicht gestellt werden.

Durch solch ein System ist es höchstwahrscheinlich viel besser möglich, eine längerfristige Bindung ausgebildeter Chirurgen/Chirurginnen an das Heimathaus zu erreichen. Denn hiermit kann ja auch das „Laufbahn – Loch“, welches Spitalsärzte/Spitalsärztinnen oft zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr erleben, abgedeckt werden. Und der Arbeitgeber hat hierdurch letztlich auch ein Tool in der Hand, um die Tendenzen für eine Arbeitsplatzveränderung von arrivierten Fachkräften, aus eben diesen Gründen, zu minimieren.

Die beschriebene Situation ist natürlich nicht nur nach den Wünschen der Chirurgischen Abteilung realisierbar. Es ist unbedingt notwendig, dass der Krankenhausträger und Landespolitische Gremien auch Interesse an der Etablierung solch eines Systems haben. Daher gehört es auch an die durch den jeweiligen RSG geregelten Grundvoraussetzungen angepasst. Ebenso ist es ein maßgeblicher Bereich, der bereits bei der Entstehung von Verbundlösungen (aus zuvor mehreren Spitalsstandorten) mitgeplant gehört. Denn die fachliche Bestückung der unterschiedlichen Standorte hat natürlich enorme Auswirkungen darauf, an welchem Ort die Implementierung einer Primärversorgungseinheit mit einem/einer chirurgischen Regionalleiter/-in strategisch auch sinnvoll ist. Natürlich ist dieses System ein wertvolles Instrument, um eine gewisse ZuweiserInnen-Konditionierung und einen Zuweisungsfluss in Richtung der Chirurgischen Abteilung zu erreichen. Und eine gut in Ihre Region eingebettete und funktionierende Chirurgische Abteilung ist zukunftsicher. Das wiederum erleichtert für den Krankenhausbetreiber und die Politik die Einhaltung des medizinisch/chirurgischen Versorgungsauftrages und sichert die flächendeckende chirurgische Versorgung. Dieser Zusammenhang ist deutlich hervorzuheben.

Eine positive extrinsische Wahrnehmung muss kommuniziert werden

Angelehnt an die weltbekannte Energieformel, $E=m \times c^2$, Albert Einsteins wurde in der Kommunikationslehre die Erfolgsberechnung durch eine plakativ und provokant formulierte Faustregel dargestellt.

„Erfolg ist Leistung mal Kommunikation zum Quadrat“. Die Formel ist polemisch und marktschreierisch formuliert, aber einer näheren Betrachtung durchaus würdig. So zeigt sie ja nicht nur die hohe Wertigkeit des Kommunikationsfaktors, sondern auch, dass bei entsprechender Kommunikation eine Verbesserung der Leistungen sich eben beinahe exponentiell auf den zu erhoffenden Erfolg auswirkt. Allerdings reicht nur Kommunikation alleine auch nicht aus, denn bei einem Leistungsniveau von Null bleibt auch der Erfolg aus.

(Natürlich ist diese Gleichung eine polemische Zuspitzung der Tatsachen und ihre Interpretation folgt daher nicht mathematischen Gesetzmäßigkeiten, dennoch steckt eine nachvollziehbare Wahrheit dahinter)

Welche Möglichkeiten bestehen, um die Leistungen der Chirurgischen Abteilung derart zur Schau zu stellen, damit es zu einer positiven Bewertung mit den zu erwartenden positiven Auswirkungen für das Operationsprogramm kommt?

Es ist anstrengenswert, wenn Mitglieder der chirurgischen Abteilung oft Präsenz bei den regionalen medizinischen Fortbildungen zeigen. Dies ist letztendlich eine Plattform des medizinischen Diskurses und ein „Sehen und Gesehen-werden“ für die lokale medizinische Society.

Aber auch Fortbildungen und Informationsabende, die von der Chirurgischen Abteilung ausgehen und veranstaltet werden, sind ein mögliches Tool. Diese Plattform gilt es zu nützen, um die an der Abteilung möglichen Operationen und Eingriffe zu zeigen und bekannt zu machen. Denn zumeist herrscht der Glaube vor, ein gewisses Behandlungsspektrum würde nicht vorliegen und PatientInnen werden daher an andere Abteilungen überwiesen. Insbesondere bei proktologischen Eingriffen, Colonchirurgie und Schilddrüsenchirurgie herrscht oft dieser Glaube vor, dass dies im lokalen Standardkrankenhaus nicht durchführbar sei. In den allermeisten Fällen sind solche Eingriffe aber problemlos machbar. Die hierfür benötigte chirurgische, intensivmedizinische und anästhesiologische Expertise ist an einem Standardkrankenhaus eindeutig vorhanden. Natürlich gibt es in all diesen Fallgruppen den

einen oder anderen Fall, der aufgrund von besonderen Begleitpathologien oder besonders fortgeschrittenen Krankheitsstadien an einem übergeordneten Zentrum weiterbehandelt werden sollte.

Aber diese PatientInnen können im Rahmen der Vorabklärungen und der OP-Tauglichkeitsuntersuchungen prinzipiell sehr gut herausgefiltert werden. Und bei genauer Betrachtung hätten auch diese PatientInnen einen Vorteil durch die Abklärung im lokalen Krankenhaus, da hiernach eine Weiterversorgung auf kürzest möglichem Weg möglich wäre. Denn diese Fälle können, natürlich bestmöglich abgeklärt und strukturiert, dem nächst höheren Zentrum vorgestellt werden.

Daher gilt es insbesondere die gute Zusammenarbeit mit diesen Abteilungen hervorstreichen. Denn kritisch und korrekt angemerkt, wären all diese PatientInnen, die das Leistungsniveau eines Standardkrankenhauses übersteigen, auch an den typischen Konkurrenz-Standorten wie Sanatorien oder geistlichen Häusern, die ja sonst die Hauptprofiteure solcher Zuweisungen sind, nicht ausreichend betreut.

Daher hat der/die Patient/-in den großen Vorteil einer „State of the art Behandlung“ sobald er sich für die Chirurgie des Standardkrankenhauses entscheidet. Egal ob die Behandlung dann im Heimatkrankenhaus (dies wird in der überwiegenden Zahl möglich sein), oder ob dies nun im übergeordneten Zentrum passiert. Dieses Zusammenspiel gilt es, geschickt in öffentlichen Veranstaltungen darzustellen und zu erklären. Denn so erhalten auch die ZuweiserInnen die Gewissheit, dass die zugewiesenen PatientInnen auf jeden Fall korrekt behandelt werden.

Denn hinter den überregionalen Zuweisungen (beziehungsweise treffender leider eher Wegweisungen) steht ja nicht böse Absicht, sondern ganz klar die Sorge um das Wohl der anvertrauten PatientInnen und die Befürchtung, dass diese schlechter behandelt werden könnten. Und im Regelfall besteht zwischen Hausarzt/Hausärztin und PatientIn ein engeres (Behandlungs-)Verhältnis als dies Spitalsärzte/Spitalsärztinnen nachvollziehen können.

Ebenso sind solche Veranstaltungen eine äußerst wichtige Möglichkeit, um die handelnden Personen der Abteilung in der medizinischen Community der Region bekannt zu machen. So kann gewissen Krankheitsbildern oder Operationsverfahren gleich ein Gesicht zugeordnet werden und dies lässt die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme und zu einer PatientInnenvorstellung sicher niedriger werden.

In mehreren Arbeiten und Büchern aus dem Bereich des „Einweiser Marketings“, die sich mit „Zuweiser Motivation“ beschäftigen, wird sehr oft die Kommunikation zwischen Zuweiser/-in und Krankenhaus als ein Hauptmotiv für die Krankenhauswahl bei der PatientInnenzuweisung herausgearbeitet [18]. Wenn der/die zuweisende Arzt/Ärztin kurze Zwischenupdates und einen „Live“-Bericht bei Entlassung erhält, so sind dies entscheidende Gründe für eine zukünftige Patientenzuweisung an diese Abteilung. Leider ist insbesondere bei öffentlichen Krankenanstalten dies nicht immer zuverlässig. Oft wird schon eine zeitgerechte zur Verfügung-Stellung von Befunden für die ELGA Datenbank schwierig. Und hier gilt ein Zeitfenster von 28 Tagen. Die Gründe sind, dass hier nur rechtssichere Dokumente hineingestellt werden sollten. Und oft sind zum Entlassungszeitpunkt noch Befunde ausständig, die zur korrekten Erstellung des Dokuments einfach benötigt werden.

Diese Faktoren haben aber meist für die vor – und weiterbehandelnden Ärzte/ärztinnen gar nicht diese Bedeutung. Sondern hier geht es um ein zeitnahes Informieren über: Was wurde gemacht? Was sind die nächsten Schritte? Was wurde zusätzlich entdeckt?

Wenn ein histologischer Befund, der für die weitere Therapieentscheidung richtungsweisend wäre, noch ausständig ist, so wird dies jeder/jede Hausarzt/Hausärztin verstehen. Doch wenn darüber keine Information vorliegt, so ist die weitere Betreuung schwierig bis unmöglich.

Deswegen ist ein System zur direkten ZuweiserInnen-Information einzurichten. Sowohl telefonisch als auch per E-Mail gilt es, den/die jeweilige/-n Arzt/Ärztin „vorab“ zu informieren und sich hierbei nochmals für die Zuweisung zu bedanken. So ein System ist zwar aufwendig, triggert aber auch einen sehr wichtigen Rückkoppelungsmechanismus.

Denn durch so ein System wird der/die Zuweiser/Zuweiserin nicht nur vorab über die entscheidenden Therapieschritte informiert, sondern in weiterer Folge wird auch ganz klar gezeigt, dass die Krankenhauschirurgie sehr wohl (zu schätzen) weiß, woher die Zuweisung stammt. So etwas motiviert einerseits und verpflichtet beinahe andererseits zu weiteren Zuweisungen. Denn wenn man weiß, wer zuweist, ist es naheliegend, dass auch klar ist, wer weg weist.

Natürlich kann eine Jahre oder Jahrzehnte lang gewachsene Zuweisungspolitik nicht durch einige gute Vorsätze und Absichten verändert werden. Aber durch eine langfristige und stetige Änderung der entsprechenden Wertigkeiten ist eine Abänderung möglich.

Eine besonders hohe Wertigkeit zur Verbesserung der exogenen, extramuralen Wahrnehmung haben natürlich positiv besetzte mediale Berichterstattungen. Damit kann ein positives, leistungsstarkes Bild gezeichnet werden und ein großes Publikum erreicht werden. Deswegen ist es für die Krankenhausleitung und die Führung der Chirurgischen Abteilung notwendig, eine gute Beziehung zur lokalen Presse und auch zu überregionalen Medien zu pflegen.

Genauso wichtig ist es daher auch, diese Medien regelmäßig über Vorgänge, Leistungen und Entscheidungen im Umfeld des Krankenhauses zu informieren. Denn Berichte über das regionale Krankenhaus interessieren immer eine größere Leser-, Hörer- und SeherInnenschaft, da ja sehr viele Personen zumindest jemanden kennen, der im Krankenhaus arbeitet. Oder jemanden, der einmal Patient/-in im Krankenhaus war, beziehungsweise vielleicht selbst dort behandelt wurde. Daher kann es oft leichter sein hier einen Artikel in diesem Themenfeld zu platzieren, da dieser jedenfalls ein Interesse von Seiten der Leserschaft wecken wird. Es geht hier nicht nur darum, ärztlich/chirurgische Leistungen bekannt zu machen. Mindestens genauso wichtig ist es, diese Möglichkeit zu nutzen, um den Stellenwert und die Arbeit anderer Berufsgruppen, wie Stationsteam, Stomaschwester, Physiotherapie, Ambulanzteam etc. hervorzuheben.

All diese Maßnahmen egal, ob sie nun betriebswirtschaftliches Denken, planerische Vorarbeiten, regionale Umstrukturierungen oder gezielte kommunikationstechnische Aspekte betreffen, bedeuten einen Mehraufwand. Dieser dient aber dem großen Ziel, das Herzstück der Chirurgischen Abteilung, die OP-Auslastung und die Operationszahlen zu stärken und die OP-Kapazitäten zu sichern. Denn hier liegen die Eckpfeiler für viele sehr wichtige Aspekte einer erfolgreichen Abteilungsführung. Von der PatientInnensicherheit über die MitarbeiterInnenmotivation bis hin zu den Ausbildungsmöglichkeiten. Auch dem Krankenhausträger muss klar sein, dass dies nicht nur dem Selbstzweck der jeweiligen Abteilung dient, sondern dem Gesamtsystem.

Denn wie bereits zuvor erwähnt wurde, ist im ÖSG und im RSG vorgesehen, dass österreichweit entsprechende Versorgungsregionen einzurichten sind. Im Versorgungsgebiet dieser Regionen wird es zwangsläufig und sinnhafterweise zu einer Reorganisation der Medizinischen Kräfte kommen müssen. Dies wird letztlich zum einen das System der

niedergelassenen Versorgung betreffen, und zum anderen die Krankenhauslandschaft, da es vermehrt zur Abstimmung der Leistungsspektren von Nachbarkrankenhäusern kommen wird.

Und als Bindeglied zwischen diesen beiden Formen werden die verpflichtend zu errichtenden Primärversorgungseinrichtungen fungieren.

Das heißt, die Krankenanstalten (egal ob nun als Verbund fungierend oder nicht) und ihre Abteilungen werden in die Rolle von Leitspitälern gedrängt. Deswegen kann man sich nicht auf ein einfaches Zusammenlegen der Spitäler beschränken und darauf verlassen, dass durch ein größeres Einzugsgebiet schon genügend PatientInnen kommen werden. Sondern es ist notwendig, die gesamte Struktur und die Wahrnehmung der einzelnen Abteilungen nach außen und innen hin zu stärken. Geschieht dies nicht, wird auch eine vom Einzugsgebiet her scheinbar gestärkte Chirurgische Abteilung scheitern.

Denn im Auge des Betrachters werden dann leistungsschwache Partner fusioniert und dennoch die angebotenen Leistungen reduziert. (Typischer Weise der Fall bei der Fusion von zwei chirurgischen Abteilungen und gleichzeitiger Abänderung der unfallchirurgischen Versorgung. An sich stellt das eine eindeutige Verbesserung der fachlichen PatientInnenversorgung dar. Dennoch wird, wenn keine weiteren Maßnahmen gesetzt werden, eine „jetzt kann man nicht einmal deswegen mehr hingehen“ - Meinung in der Bevölkerung entstehen. Und in der kollektiven Wahrnehmung wird sich ein „die machen dort ja nichts mehr“ einstellen). Und wenn die Leitchirurgische Einheit einer Versorgungsregion nicht funktioniert oder nicht angenommen wird, dann gerät das Gesamtgefüge ins Wanken. Denn wenn der Arbeitsplatz ebendort immer unattraktiver wird, werden letztendlich die Fachkräfte abwandern. Daraus kann sehr schnell ein Zustand entstehen, in welchem der Versorgungsauftrag nichtmehr erfüllbar ist. Diese Kausalkette soll nochmals den Stellenwert der beschriebenen Maßnahmen hervorheben.

5 Wie hoch kann der Benefit dieser Maßnahmen beziffert werden?

Doch mit welchem Benefit darf gerechnet werden, wenn sich die Chirurgische Abteilung an allen vier Fronten der Wahrnehmung verbessert und engagiert? Da hierbei ja sicherlich auch einiges an Energie hineingesteckt werden muss im Sinne einer Vorleistung. Denn eines ist klar: so groß das Bemühen auch ist, man wird nicht überall zu einem 100 prozentigen Erfolg kommen können.

5.1 Benefit durch eine Verbesserung der intramuralen endogenen Wahrnehmung

Der Benefit aus einer Verbesserung der intramuralen endogenen Wahrnehmung ist nicht exakt vorauszusagen und abzuschätzen. Dennoch gilt eine kompetente Selbstwahrnehmung im Allgemeinen als Triebfeder und Leistungsanreiz für ein Team. Auch werden individuelle Leistungsgrenzen der Teammitglieder nach oben verschoben, wenn die Möglichkeit gegeben ist, dass deren Meinung in den gemeinschaftlichen Diskurs eingebracht werden kann. Dieser Effekt konnte unter anderem in einer Studie, welche im International Journal of Productivity and Performance Management im Jahr 2012 publiziert wurde, dargestellt werden [19]. Hierin werden bei Mitsprachemöglichkeiten von Teammitgliedern und einem erhöhten Selbstbewusstsein des Teams Produktivitätssteigerungen bis 20% beschrieben. Wie schon

mehrmals erwähnt lassen sich betriebswirtschaftliche Erkenntnisse nicht eins zu eins auf das Berufsbild eines/einer Chirurgen/Chirurgin umlegen, dennoch lassen sich gewisse Tendenzen ableiten.

Im Regelfall wird ein OP -Programm von verschiedenen Quellen erstellt. Die PatientInnen können konsiliarisch, via Allgemeinambulanz, via Spezialambulanz oder über die Station zu einer Operation geplant und auf den OP-Plan gesetzt werden. Eine kompetente Selbstwahrnehmung kann auf alle Bereiche einwirken und hier eine Erhöhung der Operationszahlen um 3,5 bis 5 Prozent erreichen. Hierdurch eine höhere prozentuelle Steigerung zu erzielen, ist sicherlich nicht unmöglich. Dies aber per se zu erwarten, wäre unrealistisch. Dennoch darf nochmals hervorgehoben werden, dass ja auch die generelle Leistungsbereitschaft der einzelnen MitarbeiterInnen gesteigert wird und so in Summe natürlich auch die Leistungsbereitschaft des gesamten Teams erhöht wird.

Wenn ein Regel OP -Betrieb einer Standardchirurgie bei Maximalauslastung (fiktiv 100%) ca. 37,5 Stunden chirurgische OP -Zeit pro Arbeitswoche in der Regelbetriebszeit ermöglicht, so würden 3,5 bis 5 Prozent Steigerung einem OP-Stundenäquivalent von 1,312 bis 1,875 Stunden entsprechen. Diese Stundenzahl entspricht im Gegensatz zur fiktiven 100%igen OP-Auslastung allerdings einem Realwert, der pro Woche an zusätzlich zu verplanender OP-Zeit anfällt.

(Anmerkung: Festlegung der Maximalauslastungsgrenze von 37,5 Operationsstunden pro Woche für eine Standardchirurgie ergibt sich wie folgt:

Anzunehmen sind 2 Operationssäle pro Tag. Eine operative Realbelegung findet von 7.30 Uhr bis 15.00 Uhr statt. Dies bedeutet 7,5 Stunden Realbelegung pro Tag pro OP. Auch bei Perfektionierung aller Abläufe ist mit Auflege- und Ablegezeit (beziehungsweise Einleitungs- und Ausleitungszeit) zur realen Operationszeit höchstens ein Verhältnis von 1:1 schaffbar. Daher ergeben sich 3,75 Stunden chirurgische OP- Zeit pro Tag pro OP. Dies ergibt in Summe eben 37,5 Stunden pro Woche.)

Die 37,5 Stunden werden daher als fiktiv bezeichnet, da 100% im Realbetrieb nicht verwirklicht werden können, aber als rechnerische Grundlage ermittelt werden können. Denn bereits durch eine einzige OP -Verschiebung sei es wegen Ausfalls eines/einer Patienten/in oder wegen eines Notfalleinschubs geht bereits chirurgische OP-Zeit verloren.

Natürlich ist es bei Einführung einer funktionierenden Einleitzungszone möglich, den Prozentsatz der zur Verfügung stehenden chirurgischen OP-Zeit zu erhöhen. Dennoch ist es sinnvoll, die 100% Berechnung gleich zu belassen, da sonst keine erwartbaren Steigerungen eingeplant oder ersichtlich gemacht werden können.

Auf den ersten Blick scheint die zu gewinnende Netto Operationszeit gering. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass dies 1,3 bis 1,8 Stunden reine zusätzliche Operationszeit bedeuten und das pro Woche. Natürlich sind diese theoretischen Zahlen-Konstrukte und Zeitkontingente nicht immer gleichmäßig einbuchbar. Denn im Extremfall wird etwa in Woche A dieses Kontingent überhaupt nicht benötigt, hingegen in Woche C das doppelte Kontingent. Deswegen erfordert es ein möglichst bewegliches OP-Management, das sowohl eine hohe Zahl an Elektivoperationen ermöglicht als auch die Bedeutung dieses benötigten Zeitkontingentes berücksichtigt.

Wahrscheinlich ist es daher, um beides zu ermöglichen, manchmal notwendig, über die geplante Zeit zu operieren. Denn wie bereits weiter oben beschrieben, führt jede einzelne

Verschiebung zu einem Verlust von planbarer realer Operationszeit. Hieraus können sich mitunter natürlich arbeitsrechtliche, besoldungsrechtliche und personelle Schwierigkeiten ergeben. Dennoch kann die generelle Ermöglichung und Bereitschaft zu solch einem Vorgehen, dem Ziel einer hohen OP-Auslastung höchst dienlich sein.

5.2 Einordnung des zu erwartenden Benefits im Falle einer Positivierung der extrinsischen intramuralen Wahrnehmung

Die mögliche Steigerung hängt hier in einem wesentlichen Ausmaß von der bereits zuvor bestehenden Ebene der interdisziplinären Zusammenarbeit ab. Je schlechter die Zusammenarbeit bisher funktioniert hat, desto weniger Operationen sind aus dieser Zusammenarbeit bisher lukriert worden. Natürlich ist dies kein erstrebenswerter Zustand, allerdings ist dann das Verbesserungspotential umso größer.

Denn im Allgemeinen sind die Nachbarabteilungen einer Chirurgischen Abteilung nicht unbedingt starke Zuweiser von PatientInnen, welche für eine Operation in Frage kommen. Sehr oft scheint sich eher das Gegenteil eingebürgert zu haben. Und PatientInnen, welche eigentlich gut operabel wären, werden an andere chirurgische Einheiten verwiesen. Während hingegen nur schwer behandelbare oder konservativ zu behandelnde PatientInnen der hauseigenen Chirurgie vorgestellt werden.

Deswegen lässt sich in diesem Bereich auch eine weitaus höhere Steigerung erzielen. Denn bei gelebter Interdisziplinarität können bis zu 25% des gesamten OP-Programmes einer Chirurgischen Abteilung durch intramurale Fremdzweisungen zustande kommen.

Daher kann bei gewissenhaftem Umsetzen der zuvor geschilderten Ideen und Verhaltensweisen sicherlich mit einer Steigerung von 6 bis 12,5 % gerechnet werden. Entsprechend unserer zuvor determinierten Grundberechnung würde dies einer realen Operationszeit von 2,25 bis sogar 4,68 Stunden pro Woche bedeuten.

Allerdings ist auch festzustellen, dass die Haltung gegenüber krankenhausinternen Fremdzweisungen (also zum Beispiel von der Medizinischen Abteilung an die Chirurgische Abteilung) unbedingt von der Krankenhausleitung mitgetragen wird. Diese intramuralen Fremdzweisungen dürfen niemals zu einem Spielball krankenhausinterner Politik werden. Denn sonst kann diese, für die Chirurgie, enorm wichtige Säule der OP-Bespielung schnell wegbrechen. Und um dies zu verhindern, erfordert es sehr viel Führungskompetenz und Networking auf der Leitungsebene der Abteilung und ist daher als Chefsache anzusehen. Deswegen darf eine hohe Zahl an intramuralen Fremdzweisungen nie als eine Selbstverständlichkeit angesehen werden.

6 Wie kann eine Vergrößerung des Allgemeinchirurgischen OP-Spektrums zu einer höheren Auslastung der bestehenden OP-Kapazitäten beitragen beziehungsweise diese erhöhen?

Durch die zunehmende Spezialisierung der Medizin haben sich neben der Allgemeinchirurgie zahlreiche Fächer entwickelt, die ebenso chirurgisch tätig sind. So werden nun von ehemals konservativen Fächern immer mehr Interventionen durchgeführt. Dieser Trend setzt sich insbesondere in der Inneren Medizin (hier besonders in der Gastroenterologie) weiter fort. Bestes Beispiel für die schrittweise Entwicklung von einem konservativen Fach zu einem chirurgischen Fach ist die Orthopädie. Deren Name übersetzt in etwa „aufgerichtetes Kind“ bedeutet hat und sich offensichtlich der konservativen Behandlung von angeborenen Fehlstellungen widmete. Heutzutage hingegen ist die Orthopädie ein sehr chirurgie-lastiges Fach, welches von der geriatrischen Hüfte bis hin zu Weichteiltumoren operativ tätig ist. Also schlechthin das Paradebeispiel dieser medizinischen Metamorphose. Sie ist als ein kontinuierlich fortschreitender Prozess zu verstehen.

Aber so ergeben sich an den Schnittstellen der einzelnen Fächer Überschneidungen der jeweiligen Tätigkeitsbereiche. Und wo es Überschneidungen gibt, dort liegen prinzipiell positive Entwicklungsmöglichkeiten und Chancen für beide Partner. Daher kann das operative Spektrum einer Chirurgischen Abteilung eines Standardkrankenhauses durchaus von diesen Überschneidungen profitieren. (Denn gerade hier ist ja anzunehmen, dass keine oder nur wenige andere chirurgische Fächer und Spezialabteilung ortsnahe vorhanden sind).

Im Falle eines Standardkrankenhauses ist es sogar bedeutend wahrscheinlicher, dass eine dauerhafte Steigerung der OP-Auslastung durch das Ausschöpfen dieser Mechanismen eher erreicht werden kann, als das dies durch die Implementierung seltener und hochkomplexer viszeralchirurgischer Eingriffe der Fall wäre. Denn für viele dieser Eingriffe wird keine dementsprechend spezialisierte Einheit in unmittelbarer Nähe zur Verfügung stehen. Und daher besteht hier für die Chirurgische Abteilung die Möglichkeit, sich als attraktiver Partner für die Durchführung dieser Eingriffe zu präsentieren und zur Verfügung zu stehen. Die untenstehende Skizze soll schematisch die Aufteilung des operativen Spektrums darstellen.

Das operative Spektrum der Allgemeinchirurgie

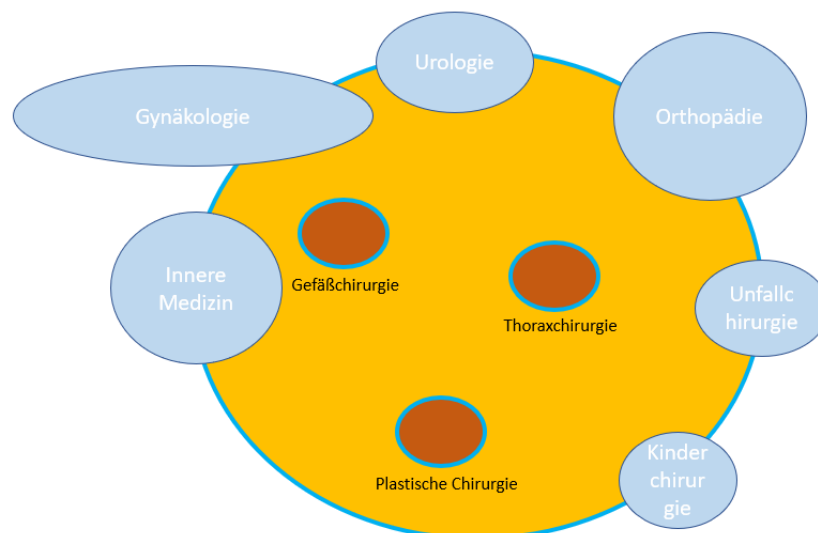


Abbildung 6 das operative Spektrum der Allgemeinchirurgie und die Überschneidungen mit anderen Fächern

Die Skizze soll einerseits zeigen, wie die Nachbarmächte das chirurgische Tätigkeitsfeld verändern, aber auch wie andererseits die Subentitäten der Chirurgie Auswirkungen auf die Leistungen einer Allgemeinchirurgischen Abteilung haben können.

Um hieraus eben nutzbare Synergien zu entwickeln, braucht es unterschiedliche Strategien, die zu verfolgen sind.

Mit den Nachbarfächern, sei es am selben Standort oder im näheren Umkreis, muss eine florierende Zusammenarbeit auf die Beine gestellt werden. Es geht hier keineswegs um Spezialfälle aus diesen Fächergruppen, sondern eher um Basiseingriffe, die sonst an diesem Standort nicht angeboten werden könnten und PatientInnen hierfür aufwendig verlegt werden müssten. Wichtig hierbei ist eine korrekte Kommunikation von Anfang an, damit die nächstgelegene Urologie, Unfallchirurgie, Gastroenterologie und Orthopädie über die Tätigkeiten informiert ist und die Chirurgische Abteilung vor Ort als verlängerten Arm verstanden wird.

Die Zusammenarbeit im Falle der chirurgischen Subentitäten ist meist gänzlich anders zu gestalten. Da die entsprechenden Abteilungen dieser chirurgischen Spezialfächer meist an hierarchisch übergeordneten Zentren zu finden sind, gilt es mit diesen die Zusammenarbeit zu suchen. Will man Operationen aus diesen Spezialfächern lukrieren, so hat das Bestreben, in einem engen Kontakt mit dem übergeordneten Zentrum zu agieren, ganz eindeutig von der peripheren Chirurgischen Abteilung auszugehen. Im Besten Falle kann die Chirurgische Abteilung sogar als „assozierte Einheit“ akzeptiert werden. So ein Vorgehen wird durch regelmäßige Fallbesprechungen, PatientInnen-Vorstellungen und eventueller kurzzeitiger Personalrotation (von der Peripherie in Richtung Zentrum) vertieft. So wird die Durchführung gewisser Eingriffe aus diesen Fächergruppe geduldet und erlaubt. Solche Möglichkeiten steigern wiederum die Attraktivität des allgemeinchirurgischen Standortes enorm.

6.1 Die Möglichkeiten zur Steigerung des Spektrums durch Kooperation mit den einzelnen Disziplinen

6.1.1 Orthopädie/Unfallchirurgie

In der Vergangenheit war das operative Spektrum einer Allgemeinchirurgischen Abteilung oft sehr unfallchirurgisch geprägt. Dies wird in Zukunft durch die zunehmende Spezialisierung und durch regionale Versorgungspläne wahrscheinlich immer seltener der Fall sein. Standorte, die diesbezüglich noch ein stark gemischtes Spektrum aufweisen, werden sich mit großer Wahrscheinlichkeit aufgrund von Strukturvorgaben mit einer Abänderung desselbigen konfrontiert sehen. In diesen Fällen ist es aber umso wichtiger, vorsichtig und strukturiert solche Änderungen zu vollziehen. Denn in der Wahrnehmung der zu versorgenden Bevölkerung hat die Behandlung von Verletzungen einen enorm hohen Stellenwert und wird oft gleich gesetzt mit der Leistungsfähigkeit der chirurgischen Einheit vor Ort. Und das, obwohl klassische Verletzungsmuster mit akut zu operierenden Knochenverletzungen heutzutage, insbesondere bei nicht geriatrischen PatientInnen, immer seltener werden und eigentlich nicht viele PatientInnen betreffen.

Hingegen sind insbesondere die hüftnahen Frakturen des Seniums sehr oft eine „Cash Cow“ solcher, gemischt-chirurgisch agierenden Abteilungen. Da hier, vom Einzugsgebiet abhängig, typischerweise mit 60 bis 100 solcher Eingriffe pro Jahr zu rechnen ist, stellt diese spezielle Verletzungsentität eine nicht zu vernachlässigende PatientInnengruppe dar.

Daher ist in solchen Fällen statt einer „radikalen“ eine „begleitende“ Umstrukturierung sinnvoll. Für eine Übergangszeit ist sicher zu stellen, dass, durch externe Unfallchirurgen und die lokal tätigen Allgemeinchirurgen, eine Beurteilung vor Ort erfolgen kann. Ebenso wird bereits initial

entschieden, welche Fälle im Haus behandelt und auch operiert werden können und welche Fälle an das unfallchirurgische Zentrum weitertransferiert werden müssen. So kann über einen Zeitraum von zwei bis fünf Jahren die unfallchirurgische Versorgung an einem Standort verkleinert werden. Um eben zeitgleich an einem anderen Standort die unfallchirurgische Versorgung in eben demselben Ausmaß aufzubauen.

Wenn es aus demographischen Gründen sinnvoll oder aus strukturpolitischen Gegebenheiten erstrebenswert erscheint, diese spezielle unfallchirurgische PatientInnengruppe und ähnliche Verletzungen weiterhin an einer Allgemeinchirurgie zu betreuen, so ist dies unbedingt zu ermöglichen. Denn hierdurch bleibt eine OP-Gruppe etabliert, welche sich aufgrund einer ausreichend hohen operativen Fallzahl erstens dauerhaft positiv auf die OP-Auslastung auswirkt und zweitens gut erlernbar für zukünftige Chirurgen/Chirurginnen ist und bleibt.

Zwar zeigt diese PatientInnengruppe oft einen erhöhten Pflege- und Versorgungsaufwand. Jedoch sind genau hierfür kleinere Häuser deutlich besser geeignet als „High Volume Zentren“. Kleinere periphere Chirurgische Abteilungen können mit einer persönlicheren und zeitintensiveren physiotherapeutischen Betreuung punkten und die nahtlose Weiterbetreuung an einer Remobilisations- oder Rehabilitationseinheit ist leichter sicher zu stellen. Natürlich ist und bleibt einer der wichtigsten Outcome -Parameter bei der Behandlung hüftnaher Frakturen des/der alten Patienten/Patientin weiterhin die Mortalität. Doch sinkt diese bekanntermaßen nicht durch die Operationsmethode, sondern einzig und allein durch eine kurze Zeitspanne zwischen Verletzung und Versorgung. Auch dies spricht wiederum für eine möglichst Wohnort nahe Versorgung dieser PatientInnengruppe.

Anästhesiologische Komplikationen oder längere Intensivaufenthalte sind in dieser PatientInnengruppe trotz alledem selten. Und diese gilt es, an Standardkrankenhäusern zu vermeiden beziehungsweise sollte zumindest die Notwendigkeit solcher Aufenthalte nicht unbedingt gesteigert werden.

Die selten entstehenden chirurgischen Komplikationen bedürfen meist einer endoprothetischen Versorgung. Für diese seltenen Fälle ist eine Kooperation mit einer Orthopädischen Abteilung sicher zu stellen. Eine PatientInnenverlegung aus diesen Gründen ist natürlich nicht wünschenswert, stellt aber für die PatientInnen keinen wesentlichen medizinisch/versorgungstechnischen Nachteil dar. Da solche Revisionseingriffe und -prothesen selbst an spezialisierten Kliniken keine Standardeingriffe sind und meist erst elektiv in den Folgetagen versorgt werden.

Zusammenfassend darf nochmals festgehalten werden: für Abteilungen mit einem gemischt chirurgischen Spektrum (unfallchirurgisch und allgemeinchirurgisch), welche die zu erwartenden Umstrukturierungen noch vor sich haben, erscheint ein Erhalten dieser PatientInnengruppe hoch sinnvoll. Allerdings müssen hier klare gesundheitspolitische Vorgaben und Rahmenbedingungen bestehen, die diese Versorgung regeln und unterstützen.

Im Allgemeinen ist jedoch nicht mehr mit so einer Konstellation zu rechnen.

Dennoch kann durch Synergien mit unfallchirurgischen Einheiten das operative Spektrum einer Allgemeinchirurgie vergrößert werden.

6.1.1.1 Die Handchirurgie

Die Zusatzbezeichnung Handchirurgie kann von Fachärzten/Fachärztinnen der Richtungen Plastische Chirurgie, Unfall/Ortho und Allgemeinchirurgie erlangt werden. Folgerichtig können

handchirurgische Eingriffe von Fachärzten/Fachärztinnen all dieser drei Kategorien routinemäßig durchgeführt werden. Somit können handchirurgische Eingriffe auch an einer Abteilung für Allgemeinchirurgie angeboten werden. Dies kann gut an Standorten, welche über eine eigene Unfallchirurgisch/Orthopädische Abteilung verfügen, angeboten werden. Als Entlastung derselbigen oder als eine interdisziplinäre handchirurgische Einheit, in welcher die Operationen aufgeteilt werden. Vor allem das Zweite kann aufgrund einer sehr hohen zu erwartenden Expertise auch überregionale Bedeutung erlangen und so PatientInnen aus anderen Regionen anziehen.

Diese Eingriffe gehen äußerst selten mit anästhesiologischen oder intensivmedizinischen Herausforderungen einher. Natürlich erhöht sich aber der physiotherapeutische und ergotherapeutische Behandlungsbedarf. Doch sollte sich dieser aufgrund der eher kurzen zu erwartenden Krankenhausaufenthaltsdauer nicht allzu negativ auswirken.

Im Gegenteil ist eher zu erhoffen und anzunehmen, dass, nicht zuletzt aufgrund der engen Verschaltungen zwischen extra- und intramuralen physiotherapeutischen Experten und Betreuungseinrichtungen, eher ein Werbeeffekt für solche Operationen sichtbar wird. Hingegen kann diese Art der Chirurgie doch auch zu forensischen Problemen führen. Daher ist es aus Abteilungssicht höchst erstrebenswert, dass zumindest zwei KollegInnen die Zusatzbezeichnung Handchirurgie vorweisen können oder anstreben. Denn bereits durch die nachweisbare Expertise werden die Haftungsrisiken für die behandelnden Ärzte/Ärztinnen und die Abteilung deutlich minimiert. Und eine gewisse Rechtssicherheit für die handchirurgisch tätigen Ärzte/Ärztinnen ist sicherlich ein gewichtiger Mitgrund, ob sich eine Methode (oder mehrere) etablieren lässt oder nicht.

Die fünf häufigsten handchirurgischen Operationen sind Eingriffe am Karpaltunnel, Dupuytren'sche Kontrakturen, schnellender Finger, Gelenksganglien und Gelenksinfiltrationen.

Die zu erwartenden Häufigkeiten pro 100.000 Einwohner werden in weiterer Folge beleuchtet.

Das Karpaltunnelsyndrom kommt mit einer Häufigkeit von 3:1000 pro Jahr in der Normalbevölkerung vor. Das bedeutet, dass bis zu 300 Operationen pro 100.000 Einwohner pro Jahr möglich wären. [21]

Die Häufigkeitsangaben zur Dupuytren'schen Kontraktur sind in der Literatur sehr heterogen angegeben. Doch liegen auch hier die Häufigkeiten wahrscheinlich bei über 100 Neuerkrankungen pro 100.000. In einer Publikation für Hausärzte und Hausärztinnen der FH Joanneum aus dem Jahr 2019 wird die Gesamthäufigkeit in Österreich pro Jahr mit 200.000 angegeben[20].

Die Tendovaginitis stenosans kommt in der Normalbevölkerung mit einer Häufigkeit von 28 – 94 pro 100.000 pro Jahr vor. Das „life time risk“ eines Mitteleuropäers beträgt 2,6%. [21] Natürlich ist es in dieser OP-Gruppe nicht unbedingt erforderlich, dass der Eingriff in einem OP-Saal durchgeführt wird. Sondern dies kann im Bedarfsfall auch in einem Eingriffsraum geschehen. Dennoch sind gerade solche Eingriffe ideale „Switch – Eingriffe“, wie sie weiter oben im vorhergehenden Kapitel (3.1.) bereits erwähnt wurden.

Zu operierende Handgelenksganglien kommen mit einer Häufigkeit von 3,28 Fällen pro 10.000 Personen pro Jahr vor. Somit sind für 100.000 Einwohner knapp 30 Eingriffe pro Jahr zu erwarten [22].

Gelenksinfiltrationen sind im Allgemeinen keine OP-Saal pflichtigen Eingriffe. Dennoch gehören sie zum Spektrum der handchirurgischen Behandlungen.

Alles in allem zeigt sich hier ein enormes Potential an risikoarmen elektiven Operationen.

Weiters sind bei einer entsprechenden handchirurgischen Expertise auch gewisse handchirurgische Notfälle an der Abteilung behandelbar. Zum Beispiel wären Sehnenverletzungen, Sehnenscheidenphlegmonen oder Fremdkörperentfernungen an der Hand durchführbar. Welche letztendlich durch die Eingriffe selbst oder durch Folgeeingriffe in gewissem Umfang zur Erhöhung der OP-Auslastung beitragen.

6.1.1.2 Die Chirurgie der peripheren Nerven

Auch dieses Gebiet hat eigentlich keine klare Zuordnung und wird meist sehr stiefmütterlich betrieben. Während das Karpaltunnelsyndrom noch relativ häufig diagnostiziert wird, so werden das Sulcus nervi ulnaris Syndrom und das Kompressionssyndrom der Guyon'schen Loge sehr selten diagnostiziert und daher auch selten operiert. Zur Diagnostik solcher Syndrome ist eine gute Zusammenarbeit mit einem/einer, auf Nervenleitgeschwindigkeitsmessungen spezialisierten/spezialisierten Facharzt/Fachärztin für Neurologie wichtig.

Die Häufigkeit eines diagnostizierten Sulcus nervi ulnaris Syndroms liegt in der Normalbevölkerung bei 24,7 pro 100.000 Einwohner pro Jahr (Männer 32 beziehungsweise Frauen 17 pro 100.000). Interessanter Weise ist die linke Extremität 3-mal so häufig betroffen[20]. Dies ist bei einer entsprechenden Diagnostik und Zuweisung bereits eine sinnvolle Anzahl, die sich nur aus dem eigentlichen Einzugsgebiet eines Standardkrankenhauses rekrutieren ließe. Insbesondere bei dieser Entität wird es bald zu überregionalen Zuweisungen kommen, denn wie bereits erwähnt, wird diese Operation sehr selten angeboten. Der Dreh- und Angelpunkt hierbei ist allerdings die neurologische Diagnostik.

Bei guter Erfahrung mit neurolytischen Eingriffen können operative Verbesserungen auch bei Guyon Logen Syndromen, gewissen Tarsalgien, der Mersalgia parästhetica und beim Alcock'schen Syndrom vorgenommen werden. Doch all diese Erkrankungen und Operationen haben Seltenheitscharakter und werden viel zu selten korrekt diagnostiziert als das hieraus ein planbarer Benefit für eine OP-Auslastung entstehen könnte.

6.1.1.3 Sporttraumatologie

Ebenso wie für den Bereich der Handchirurgie ist die Anerkennung der Zusatzbezeichnung Sporttraumatologie auch für Fachärzte/fachärztinnen aus unterschiedlichen chirurgischen Fächern möglich. Im Gegensatz zur Handchirurgie handelt es sich hierbei nicht nur um eine reine Zusatzbezeichnung, sondern sogar um ein in der Ärzteausbildungsordnung verankertes Additivfach. Diese Qualifikation ist insbesondere deswegen attraktiv, da sie zur Durchführung von Arthroskopien des Kniegelenks berechtigt. Und dies ist bei entsprechender Infrastruktur ein gut bespielbares OP-Feld. Besonders anstrebenswert ist diese Zusatzbezeichnung für Chirurgen/Chirurginnen, welche jahrelang in einem gemischten operativen Spektrum tätig waren, aber nicht das unfallchirurgische Facharztdekret besitzen. Denn hier sind aufgrund der medizinischen - chirurgischen Vorleistungen die entsprechenden Vorgaben eher zügig zu erreichen. Eine diesbezügliche Entwicklungsmöglichkeit ist daher von der Abteilung unbedingt zu unterstützen.

Natürlich ist heutzutage eine breite Indikationsstellung zur Kniegelenksarthroskopie umstritten und stellt auch nicht den Status quo des Behandlungs-Goldstandards dar. Dennoch wird in vielen Studien die deutlich höhere PatientInnenzufriedenheit nach einer Kniegelenksspiegelung im Vergleich zu einer rein konservativen Therapie aufgezeigt [23]. Dies soll auf keinen Fall einen Freibrief zu einer sorglosen Indikationsstellung darstellen. Dennoch zeigt es eindeutig, wie sehr diese Behandlungsmethode in der Bevölkerung nachgefragt und gefordert wird.

Deswegen kann, falls diese Therapieform in entsprechend kompetenter Form angeboten wird, hier auch mit dem Phänomen der „Angebots - induzierten Nachfrage“ gerechnet werden. Dies stellt eine Eigenart des medizinischen Wettbewerbs dar, bei welchem die Nachfrage nach speziellen medizinischen Leistungen steigt, sofern diese angeboten werden. Unabhängig von einer Änderung der Preisgestaltung [24].

6.1.2 Gefäßchirurgie

6.1.2.1 Die Varikositäs der oberflächlichen Beinvenen

Die operative Sanierung der Beinvenen Varikose ist eine der zentralen Operationen der Gefäßchirurgie und interessanter Weise gleichzeitig auch eine der, an gefäßchirurgischen Abteilungen, am seltensten durchgeführten. Hingegen ist die sogenannte Varizenoperation die häufigste gefäßchirurgische Operation, die in Sanatorien von Gefäßchirurgen/Gefäßchirurginnen operiert wird.

In Österreich gab es 2019 insgesamt 1763 Fachärzte/Fachärztinnen für Allgemein – und Viszeralchirurgie. Demgegenüber standen österreichweit knapp 280 KollegInnen mit Gefäßfach. Alleine hieraus wird schon ersichtlich, dass sich ausgebildete Gefäßchirurgen/Gefäßchirurginnen in der täglichen Routine kaum mit der Chirurgie der oberflächlichen Beinvenen auseinandersetzen können, beziehungsweise hier enorme Wartezeiten entstehen. Daher werden weiterhin die meisten „Varizenoperationen“ an allgemeinchirurgischen Abteilungen durchgeführt. Mancherorts werden sogar von Dermatologen/Dermatologinnen Varizenoperationen angeboten. Dies unterstreicht, dass die Nachfrage nach solchen Operationen ungebrochen hoch ist.

Bei der Durchsicht der OP-Häufigkeiten der jährlichen Varizenoperationen zeigt sich eine hohe Schwankungsbreite. Dennoch werden laut Angaben der Statistik Austria jährlich ca. 20.000 bis 30.000 Varizenoperationen durchgeführt [25]. Was einer schier unglaublichen Häufigkeitsangabe von 227 bis 340 Operationen pro Jahr pro 100.000 Einwohnern gleichkommen würde. Dies verdeutlicht die hohe Nachfrage.

Ein sehr oft zu beobachtender Trend an allgemeinchirurgischen Abteilungen ist ein merkbarer Rückgang dieser Operationssentität. Meist ist dies darin begründet, dass diese Operationen viele Jahre lang als Personen (Operateur/-in)- spezifische Chirurgie angeboten wurden und es nicht zuletzt durch natürliche Abgänge zu einem nicht kompensierbaren Expertise-Verlust kommt. Daher gibt es heutzutage bereits Regionen in Österreich, in welchen Varizenoperationen in den öffentlichen Krankenhäusern der Region nicht mehr angeboten werden. Genauso sieht man auch immer öfter, dass Varizenoperationen an öffentlichen Krankenhäusern durch Belegärzte/Belegärztinnen behandelt und operiert werden.

Anscheinend gibt es hier einen Trend, dass ein zunehmend größer werdender Teil dieser Operationen in niedergelassenen Einheiten oder Sanatorien durchgeführt wird.

Allerdings eröffnet diese interessante Kombination aus hoher Nachfrage und gleichzeitig geringer werdendem öffentlichen Behandlungsangebot natürlich ungeahnte Möglichkeiten, um OP-Kapazitäten auszunutzen und eventuell sogar steigern zu können.

Und hierbei geht es noch gar nicht um die unterschiedlichen Operationsmethoden, die zur Behandlung des Varizenleidens angeboten werden können. Denn auch dadurch, dass eine gewisse Bandbreite an verschiedenen Operationsmethoden angeboten werden kann, wird es zu einer vermehrten Nachfrage an einem Standort kommen.

Persönlich ist es mir sehr wichtig anzumerken, dass die „klassische Varizenoperation“ eine perfekte Möglichkeit zur Erlernung feiner präparatorischer Operationsschritte darstellt. Daher eignet sie sich hervorragend als Teil eines Ausbildungskonzeptes. Weiters basieren praktisch sämtliche moderneren Operationsmethoden der Varikositas auf den Zugangswegen und anatomischen Regeln dieser Methode. Dies begünstigt die Einführung modernerer Methoden wie Sklerosierung oder Laserablation und lässt hierfür eine steile Lernkurve erwarten.

Insgesamt ist das Ausbauen der bestehenden Kapazitäten oder gegebenenfalls das Hochfahren einer Varikositas-Chirurgie ein sinnvolles und wichtiges Instrument zur Gestaltung eines ausgefüllten OP- Planes.

6.1.2.2 Dialyseshunt bzw. Formen der Nierenersatztherapie

Neben der Varizenchirurgie ist die chirurgische Beschäftigung mit Verfahren, die eine Langzeit Nierenersatztherapie ermöglichen, sicherlich eine der nachgefragtesten (einträglichsten) Formen der Gefäßchirurgie. Ähnlich wie es im Themenfeld der Varikositaschirurgie beschrieben wurde, ist es auch hier wahrscheinlich, dass eine spezialisierte Gefäßchirurgische Abteilung mit der fachlichen Aufgabenstellung per se eher unterfordert ist. Dennoch aber mit der hohen Anzahl der zu operierenden PatientInnen überfordert. Daher werden auch hier immer wieder Ausweichmöglichkeiten realisiert.

Laut Angaben der Selbsthilfe-Organisation QuasiNiere aus Deutschland liegt alleine die Anzahl an DialysepatientInnen bei 769 pro eine Million Einwohner. Insgesamt werden in Deutschland 16.000 Dialyseshunts pro Jahr neu (oder neuerlich) angelegt. Diese Zahlen lassen sich sehr gut auf österreichische Verhältnisse umlegen. Pro Jahr werden in Österreich somit ca. 2000 Langzeit-Nierenersatztherapien neu indiziert und begonnen. Die allermeisten PatientInnen davon erhalten einen Dialyseshunt [26].

Hier gibt es bereits einige Modelle, in welchen die Anlage solcher Dialyseshunts an Allgemeinchirurgischen Abteilungen durchgeführt wird, ohne dass ein/eine Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurg vor Ort ist. Ähnlich wie bereits für die hüftnahen Frakturen weiter oben beschrieben, ist auch hier eine gesundheitspolitische Entscheidung und die Genehmigung des Krankenhausträgers hierfür anzustreben. Sowohl der demographische Wandel, der regionale Versorgungsauftrag als auch interessanter Weise die Verteilung der Dialyseinstitute zeigen die strukturelle Sinnhaftigkeit so eines Versorgungsmodells.

Wenn man die vorhin erwähnten Zahlen zugrunde legt, so sind pro Jahr ca. 25 Dialyseshunt-Neuanlagen pro 100.000 Einwohner zu erwarten. Um diesen PatientInnenpool lukrieren zu können, sind neben den strukturellen Vorgaben natürlich enge Kontakte zu den betreuenden KollegInnen der Inneren Medizin und Nephrologie zu pflegen.

Zu den erwähnten 20 bis 25 Dialyse-Shuntanlagen pro Jahr kommen noch Vortherapien und Nachsorge hinzu. So ist es etwa notwendig, dass jede neu diagnostizierte, dialysepflichtige Niereninsuffizienz auch bereits initial nach der Diagnose dialysierbar sein sollte. Daher benötigt eigentlich jeder/jede dieser Patienten/Patientinnen zuvor einen Dialysekatheter oder eben eine Perm-cath-Anlage. Diese Systeme werden sowohl für die Initialtherapie als auch für die „Bridging-Periode“ bis zum Einheilen eines frisch angelegten Dialyseshunt benötigt.

Obwohl sich für die chirurgische Abteilung letztendlich die Möglichkeit ergibt, relativ autark agieren zu können, ist eine Zusammenarbeit oder Assoziierung mit einem übergeordneten Zentrum zu empfehlen, da jeder noch so gut angelegte Dialyseshunt irgendwann sein Ablaufdatum erreicht beziehungsweise manchmal im Therapieverlauf Shuntthrombosen entstehen können. Eine Weiterbetreuung für diese Fälle ist sicherzustellen. Allerdings ist festzuhalten, dass DialysepatientInnen per se eine kontinuierliche Betreuung haben, die auf das Erkennen solcher Problematiken geschult ist und eingeht. So werden diese PatientInnen auch bisher bereits sehr gut herausgefiltert und an ein entsprechendes Zentrum verwiesen, egal, wo der Shunt angelegt wurde. Denn eigentlich wird ein Dialyseshunt bei fast jedem Dialysezyklus fachgerecht kontrolliert. Dennoch gehört eine grundsätzliche Expertise betreffend das Management der Langzeitkomplikationen dazu, wenn das chirurgische Angebot um die Shunt-Chirurgie erweitert wird.

Bei der Initialisierungsphase müssen dementsprechende Fortbildungen, Hospitationen und auch Personalrotationen an Spezialabteilungen ermöglicht werden.

6.1.2.3 Port - a - Cath Implantationen

Durch die medizinischen Fortschritte werden immer öfter intravenöse Langzeit Therapien und Versorgungen möglich und notwendig. Daher steigt seit einigen Jahren weltweit die Zahl der Port-a-Cath Implantationen kontinuierlich an. So wurden in den Vereinigten Staaten bereits 2014 ca. 1300 Ports pro einer Million Einwohner implantiert [27]. Hierbei ist eigentlich in Mitteleuropa aufgrund einer flächendeckenden einkommensunabhängigen onkologischen, geriatrischen und palliativen Versorgung mit einer höheren Implantationsrate zu rechnen. Indikationen für eine Portanlage sind onkologische Therapien, neurologische Erkrankungen, die Langzeitpflege, geriatrische Versorgung, palliativ-medizinische Gründe und sehr seltene Indikationen wie zum Beispiel ein Kurzdarmsyndrom.

Port-a-Cath Implantationen können prinzipiell auf zwei unterschiedliche Arten durchgeführt werden. Durch eine Vena sectio und Ligatur der Vena cephalica, oder durch eine Direktpunktion der Vena subclavia in Seldinger Technik. Beide Techniken haben unterschiedliche Vor- und Nachteile (hier sind vor allem die Armvenenthrombose bei der Vena sectio und der Pneumothorax bei der Punktionstechnik zu erwähnen). Jedoch sind sehr selten intensivmedizinische Komplikationen, welche die Kapazitäten eines Standardkrankenhauses übersteigen, zu erwarten.

Auf der einen Seite wird durch das Betätigungsfeld der Portchirurgie eine Betreuungsnähe zu onkologischen PatientInnen und onkologisch tätigen Ärzten/Ärztinnen hergestellt. Hier können grundsätzlich nur positive Synergien entstehen. Denn jeder/jede onkologisch tätige Arzt/Ärztin benötigt chirurgische Partner. (Denn 80% aller MalignompatientInnen – und dies betrifft somit sowohl PatientInnen mit soliden Tumoren als auch PatientInnen mit hämatologischen Erkrankungen - benötigen im Laufe ihrer Erkrankung einen chirurgischen Eingriff) [17].

Andererseits wiederum werden nicht nur Neuimplantationen durchzuführen zu sein, sondern auch eine nicht zu verachtende Zahl an Zweitanlagen und Explantationen.

Daher ist die routinemäßige Beschäftigung mit Portimplantationen ebenso wie die Varizenchirurgie ein unglaublich wichtiges Betätigungsfeld für eine Allgemeinchirurgische Abteilung, um eine dauerhaft hohe OP-Auslastung sicher zu stellen.

Aus persönlicher Erfahrung plädiere ich sehr dafür, von Anfang an beide „Haupttechniken“ (per Punktion oder durch eine Vena sectio) einzuführen und zu verwenden. Um hier ausreichend Ausweichverfahren im Falle von entsprechenden anatomisch oder pathologisch bedingten Implantations-Hemmnissen – wie sie insbesondere bei onkologischen PatientInnen oft vorkommen – anbieten zu können. Auch sollte genereller Weise eine chirurgische Expertise oder ein Schwerpunkt nicht auf einer einzigen OP-Methode beruhen.

6.1.3 Thoraxchirurgie

Die Thoraxchirurgie stellt eine hochspezialisierte Subentität der Chirurgie dar. In Österreich gibt es im Verhältnis zur Anzahl der Allgemeinchirurgen/Allgemeinchirurginnen nur wenige vollständig ausgebildete Fachärzte/Fachärztinnen für Thoraxchirurgie. So waren dies laut Ständesliste der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie zum Beispiel in den Jahren 2016 bis 2018 in der Steiermark sieben bis zehn. Im gesamten Bundesland Salzburg war dies im selben Zeitraum nur ein Kollege. Einzig Wien und Niederösterreich weisen hier eine höhere Dichte auf. Es liegt daher in der Natur der Sache, dass diese (hoch) spezialisierten Chirurgen/Chirurginnen hauptsächlich mit größeren und komplexeren thoraxchirurgischen Eingriffen konfrontiert sind.

Dennoch gibt es thoraxchirurgische Eingriffe, die vielleicht nicht unbedingt die Betreuung in einem Universitätsklinikum oder Zentralspital benötigen. Für ausgewählte Eingriffe in dieser PatientInnengruppe kann ein Versorgungsmodell entwickelt werden. Da es sich bei thoraxchirurgischen Eingriffen definitiv um eine Erweiterung des chirurgischen Spektrums und auch der anatomischen Räume, in denen agiert wird, handelt, ist es viel mehr noch als bei anderen Eingriffen notwendig, dass dieses Vorgehen strukturpolitisch und Krankenhausträger-intern akkordiert ist. Ohne die Kooperation mit einer Thoraxchirurgischen Leit-Abteilung, die eine wohlwollende Schirmherrschaft übernimmt, ist so ein Vorhaben nicht sinnvoll umsetzbar.

Aufgrund von Notfallsindikationen bei Auftreten eines Pneumothorax besteht auch an einer Allgemeinchirurgischen Abteilung eine gewisse Expertise in der Anlage von Thorax-Saugdrainagen. Dieses Wissen und diese Fähigkeit kann in einem ersten Schritt ausgebaut werden, um diese auch routinemäßig bei Pleuraergüssen unterschiedlicher Genese anbieten zu können. So kann man sich als Partner für internistische, pulmologische und onkologische Fragestellungen anbieten.

Bei einer entsprechenden Assoziierung mit einem thoraxchirurgischen Zentrum sind aber auch diagnostische thoraxchirurgische Eingriffe per VATS (videoassistierte Thorakoskopie) denkbar. Dies gilt vor allem für unklare Ergüsse, Empyeme und eben einer videoassistierten Drainageeinlage. Ebenso können in ausgesuchten Fällen Pleurodesen über liegende oder eben gezielt eingebrachte Drainagen durchgeführt werden. Es gibt Beispiele von Krankenhäusern, die ohne Beisein eines/einer Thoraxchirurgen/Thoraxchirurgin routinemäßig und erfolgreich thorakoskopische Hyperhidrose Operationen durchführen. Dies zeigt, dass die rechtlichen und strukturellen Grundlagen für kleinere thorakoskopische Eingriffe in so einem Setting bereits vorhanden sind. Daher kann dieser Weg in weiterer Folge sogar für eine

Erweiterung des Spektrums einer interdisziplinären Schmerzzambulanz genutzt werden. Und eine Hilfestellung und Linderung schwerer chronischer Schmerzzustände, insbesondere bei palliativen Patienten, ist absolut eine Aufgabe, die in den Versorgungsauftrag eines peripheren Standardkrankenhauses fällt.

Um als Standardkrankenhaus auch attraktiv für einen starken und wohlwollenden thoraxchirurgischen Partner zu erscheinen, kann es bei entsprechenden Valenzen ratsam sein, OP-Kapazitäten für gewisse Eingriffe anzubieten. Insbesondere für kleinere Eingriffe, die aus den oben genannten Gründen an einem Zentrum nur wenig bis gar keinen OP- Platz finden können, stellt dies eine Behandlungsmöglichkeit dar. Gelingt dieses Vorhaben, findet ein Expertise- und „Know-How“ Transfer statt, der wiederum Behandlungsmöglichkeiten eröffnet.

Alles in allem kann hier nicht mit so großen Fallzahlzuwächsen, wie dies für Varizen- Shunt-OPs und Kniegelenksarthroskopien der Fall ist, gerechnet werden. Allerdings kann durch eine enge Zusammenarbeit mit einem thoraxchirurgischen Zentrum und einer guten öffentlichen Vermarktung derselben ein Alleinstellungsmerkmal erreicht werden. Denn nicht viele Versorgungs-Regionen können in ihrem medizinischen Behandlungsportfolio mit einer thoraxchirurgischen Basisversorgung aufwarten. Und dies wiederum kann sich wie ein kleiner „Zuweisungs-Magnet“ auswirken und untermauert enorm den Stellenwert der chirurgischen Einheit.

6.1.4 Die plastische Chirurgie

Natürlich zielt eine Erweiterung des operativen Spektrums nicht primär auf den Fachbereich der ästhetischen Chirurgie ab. (Obwohl gerade hier die rechtliche Situation dies jederzeit erlauben würde). Denn der Aufbau einer entsprechenden Expertise und einer entsprechenden optischen Ergebnisqualität benötigt sicherlich mehrere Jahre.

Nichtsdestotrotz gibt es kleinere Eingriffe im Hals und Gesichtsbereich, die von einem/einer Allgemeinchirurgen/Allgemeinchirurgin vorgenommen werden können. Dies zielt insbesondere auf Exzisionen von kleinen Weichteiltumoren ab. Diese Erkrankungsentität wird interessanter Weise entweder in Zentren (aufgrund der heiklen Lage) oder in Ambulanzen (aufgrund der zu erwartenden Kleinheit des Eingriffs) entfernt. Doch genau diese PatientInnengruppe würde enorm von einer elektiven Operation in einem Operationssaal profitieren. Hier sind die Gegebenheiten und Rahmenbedingungen deutlich besser. Im Lehrbuch „ambulantes Operieren“ wird beschrieben, dass sowohl die zu erwartende Ergebnisqualität als auch die PatientInnenzufriedenheit bei einem Vorgehen im Operationssaal deutlich höher ist als bei einer OP im Eingriffsraum oder in der Ambulanz [28]. Eine präoperative Anzeichnung und Aufklärung kann routinemäßig gemacht werden und diese Eingriffe können mit geringem anästhesiologischen Aufwand auch tagesklinisch durchgeführt werden. Die Möglichkeit, dies unter gesetzten Bedingungen in einem Operationssaal anbieten zu können, wirkt sicherlich auf viele ZuweiserInnen attraktiv.

Dies bedarf der gleichen Abläufe, Ressourcen und ZuweiserInnen-Pflege wie die Abwicklung von dermatologischen Operationen.

In weiterer Folge können aber auch kleine Verschiebeplastiken und Spalthautdeckungen durchgeführt werden. Bei den meisten Defekt-Deckungen wird als initiale Methode die Anlage einer Spalthautplastik verwendet. Die meisten dieser Eingriffe können ohne großen intensivmedizinischen oder anästhesiologischen Aufwand betrieben werden. Selbst bei einer

Abstoßung der Spalthaut, was wahrscheinlich als Maximalkomplikation anzusehen ist, sind keine intensivmedizinischen Komplikationen zu erwarten.

Nach meiner persönlichen Erfahrung kann man hier eine fallbasierte Zusammenarbeit mit einer plastisch-chirurgischen Abteilung anstreben. Eine telefonische und eventuell mit Bildmaterial unterstützte Fallvorstellung ist hierbei meist völlig ausreichend. So wird der/die Patient/Patientin im Zentrum bekannt gemacht, belastet aber nicht die dortigen OP- und Behandlungsressourcen. Im Allgemeinen sind an so einem Zentrum die Kapazitäten für eine routinemäßige Spalthautdeckung äußerst begrenzt. (Spalthautdeckungen über kleinen Gelenken, an den Händen und im Hals- Gesichtsbereich sind hiervon natürlich nicht betroffen). Die Einrichtung eines eigenen Boards ist hierbei nicht unbedingt zielführend, da die diesbezüglichen Fälle zu unregelmäßig vorkommen und die Besprechungen zu zeitintensiv wären.

Diese Behandlungsform kann grundsätzlich bei Verbrennungen (natürlich lokalisationsabhängig), chron. Wunden, Hauttumorentfernungen mit zweizeitiger Deckung, Hautdefekten nach Verletzungsfolgen und Hautnekrosen nach Verätzungen oder Paravasaten angewandt werden.

Auch bei diesen Fällen ist keine massive Steigerung der OP-Kapazitäten zu erwarten, dennoch wird insgesamt die Leistungsstärke der Chirurgischen Abteilung erhöht. Denn auch behandlungsbedürftige Notfälle wie septische Weichteilinfekte, nekrotisierende Faszitiden oder ähnliches können zumindest anbehandelt werden. So steht nach der initialen Nekrektomie, Wundrevision oder Spaltung eine prinzipielle Möglichkeit der Defektdeckung und des Verschlusses zur Verfügung. Diese Tatsache wiederum erhöht deutlich die Wahrscheinlichkeit, dass in diesen Fällen überhaupt eine chirurgische Behandlung vorgenommen wird. (Einschränkend muss angemerkt werden, dass insbesondere bei der nekrotisierenden Faszitis eine längere intensivmedizinische Behandlung nach der chirurgischen Initialbehandlung die Folge sein kann und daher eine Zentrumsverlegung im weiteren Behandlungsverlauf sehr oft notwendig wird. Dennoch profitieren auch diese PatientInnen deutlich von einem frühzeitigen Therapiebeginn, der, wie bereits beschrieben, deutlich wahrscheinlicher wird, wenn eine entsprechende Expertise vorliegt).

Bei kleinen Lappenplastiken bedarf es prinzipiell nicht unbedingt einer Vorstellung an einer übergeordneten Einheit, sondern diese können nach eigenständiger Planung durchgeführt werden. Das Gro hiervon wird aber höchstwahrscheinlich nach dermatologischer Zuweisung und entsprechenden Therapievorgaben erfolgen.

6.1.5 Dermatologische Chirurgie

Die dermatologische Chirurgie betrifft vor allem Eingriffe an Haut und Subcutis. Diese sind größenabhängig mit einem geringen anästhesiologischen Aufwand durchführbar. Sie eignen sich im Allgemein sehr gut für ein tagesklinisches Vorgehen.

Wie bereits die Tabelle im Einleitungskapitel zeigt, gehören chirurgische Eingriffe an der Haut zu den häufigsten Gründen für einen Spitalsaufenthalt in Österreich. (Platz 4 unter den operativen Indikationen). (Abbildung Nr.3). Auch hier verdeutlicht sich die hohe Potenz die eine eingehendere Beschäftigung mit dieser Operationsgruppe mit sich bringt.

Auf den ersten Blick wirken diese Eingriffe vielleicht nicht besonders attraktiv oder chirurgisch herausfordernd. Allerdings bieten sie einige ungeahnte Vorteile bei der Erstellung eines elektiven OP-Programmes. Denn wie zuvor bereits erwähnt, führt praktisch jede kurzfristige Abänderung des OP-Planes zum Verlust von „Chirurgischer Real-OP-Zeit“. In vielen Fällen können diese Eingriffe auch in einem Behandlungsraum von niedrigerer Widmung, als dies bei einem OP-Saal der Fall ist, durchgeführt werden. (Eingriffsraum oder Ambulanz).

Daher ergibt sich auch die Möglichkeit, diese Art der Eingriffe als taktisch/strategischen Puffer für die OP-Ressourcen zu nutzen, da sie eben auf der einen Seite regelhaft in das elektive OP-Programm eingeplant werden können. Im Bedarfsfall aber in einen Eingriffsraum oder einen anderen Behandlungsraum verlegt werden können. Hierdurch können, wenn dies notwendig ist, trotz einer hohen planerischen OP-Auslastung, OP-Valenzen geschaffen werden, ohne dass dadurch das Planprogramm zu sehr leidet. (siehe auch Kapitel 3.1)

Um viele dermato-chirurgische Eingriffe lukrieren zu können, benötigt es eine florierende Zusammenarbeit mit zumindest einem/einer niedergelassenen Dermatologen/Dermatologin. (Cave niedergelassene Dermatologen/Dermatologinnen stehen im Allgemeinen in einer gewissen Konkurrenz zueinander und werden daher kaum an das gleiche Krankenhaus überwiesen). Denn in der gelebten Praxis bedarf es in diesen Fällen einer Zuweisung durch eben diesen/diese Kollegen/Kollegin. Der größte Teil der Hautveränderungen, die in einer dermatologischen Praxis diagnostiziert werden, sind ebendort mit lokalen Salbentherapeutika oder mit Minimaleingriffen (Shaving oder Stanze) durchführbar. Allerdings bleibt für einen nicht zu vernachlässigenden Teil der Hauttumore die Notwendigkeit bestehen, dass eine größere oder aufwendigere Exzision stattfindet. Die üblichen Gründe für eine Überweisung an die Chirurgie zur Exzision sind eine Histologiegewinnung, eine Exzision mit dem gebotenen Sicherheitsabstand, die Lage über Gelenken oder heiklen Regionen und sehr oft die Notwendigkeit einer Exzision mit entsprechender Tiefe.

Wenn dem/der behandelnden Dermatologen/Dermatologin mit der lokalen chirurgischen Abteilung ein verlässlicher Partner angeboten wird und zur Verfügung steht, so wird dieses Angebot sicherlich auch angenommen werden. Wichtig ist eine dementsprechend verlässliche Weiterbehandlung der PatientInnen durch das Krankenhaus.

Hierzu gehört eine zeitnahe Terminvergabe, eine automatische Befundübermittlung inklusive des definitiven dermato-histologischen Befundes und die Möglichkeit, die benötigten Staginguntersuchungen durchführen zu lassen. Dazu gehören im Allgemeinen eine Lymphknoten- und Leberultrasonographie sowie ein Thoraxröntgen. Denn genau diese notwendigen Untersuchungen können nicht von niedergelassenen DermatologInnen angeboten werden.

Für das Einzugsgebiet eines Standardkrankenhauses lassen sich hier gute Schätzwerte für die zu erwartenden Eingriffe abgeben. So treten statistisch 12 - 15 Melanome pro 100.000 Einwohner pro Jahr auf, des Weiteren auch 20 - 50 Basaliome, (wobei hier die Österreichische Krebshilfe eine Anzahl von 20.000 bis 30.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Österreich angibt, was einer Häufigkeit von 220 bis 330 pro 100.000 Einwohner entsprechen würde) und 50 bis 100 Plattenepithelkarzinome [17]. Insbesondere die letztgenannte Entität ist jedoch schwer von der aktinischen Keratose abzugrenzen, beziehungsweise stellt diese ja auch eine Vorform des Plattenepithelkarzinoms dar, sodass hier die Anzahl der notwendigen Eingriffe zur Histologiegewinnung sehr hoch ist.

Natürlich besteht auf der einen Seite nicht für alle dieser Tumoren eine Behandlungsbeziehungsweise Exzisionsnotwendigkeit an der Chirurgie und andere wiederum werden aufgrund des fortgeschrittenen Krankheitsstadiums an einem höhergradigen Zentrum

behandelt werden müssen. Dennoch lassen sich bei einer dementsprechend guten Zusammenarbeit ca. 60 bis 90 derartige Eingriffe pro Jahr erwarten. In einem Drittel der Fälle wird aufgrund der Kleinheit des Befundes eine Durchführung und Planung im OP nicht zwingend notwendig sein. Aber der Rest lässt sich gut in einen elektiven OP-Plan einpflegen. Und dies entspricht, aufgeteilt auf die Arbeitswochen des Jahres, ca. 2 Eingriffen pro Woche.

Je nachdem, wie eng die Zusammenarbeit mit dem/der dermatologischen Kollegen/Kollegin funktioniert, können zwei-zeitige Eingriffe (Exzision – Abwarten der Dermato/Histo und hiernach Nachexzision oder Verschluss) sowie auch Lymphknotensamplings und Sentinel - Node - Exzisionen angeboten werden. Dies bedeutet natürlich hinsichtlich der Ermöglichung eines zügigen histologischen Befundes einiges an zusätzlicher Logistik und Organisation, allerdings werden die Eingriffe selbst hierdurch chirurgisch deutlich interessanter.

6.1.6 Gynäkologie

6.1.6.1 Mammachirurgie

Die fachliche Zusammensetzung der einzelnen an einem Standard- Krankenhaus vertretenen Abteilungen ist nicht eindeutig geregelt. Daher kann auch nicht exakt davon ausgegangen werden, in welcher Form letztendlich eine fächerübergreifende Zusammenarbeit stattfindet. Verständlicherweise stellt es für die Rekrutierung fächerübergreifender Eingriffe einen großen Unterschied dar, ob mit niedergelassenen Fachärzten/Fachärztinnen, Fachabteilungen am gleichen Standort oder Abteilungen an einem anderen Standort zusammengearbeitet werden soll. Klar ist aber auch, dass jede dieser Konstellationen unterschiedliche Chancen mit sich bringt. Für den Fall, dass keine gynäkologische Abteilung vor Ort ist, wird die Zusammenarbeit hauptsächlich mit den niedergelassenen Fachärzten/Fachärztinnen stattfinden. Wenn eine Gynäkologische Abteilung vor Ort ist, wird die Zusammenarbeit gänzlich anders zu funktionieren haben. Denn diese Abteilungen sind meist selbst sehr operationslastig aufgestellt. Doch gerade dadurch können letztendlich Schnittpunkte und Synergien entstehen. Diese gilt es auszuloten und auszunützen.

Wenn an einem Standort sowohl eine Chirurgische als auch eine Gynäkologische Fachabteilung vertreten sind, so kommt dies ja beinahe einer Aufforderung gleich, Mammachirurgie (Senologie) anzubieten.

Hierzu darf vorausgeschickt werden, dass kaum ein chirurgisches oder onkologisches Themengebiet so entscheidenden Änderungen und Neuerungen ausgesetzt ist, wie die Senologie. Hier kam es in den letzten 20 Jahren sehr oft zu einem Paradigmenwechsel. Eine senologische Versorgung, die nur durch eine Fachabteilung geprägt oder betrieben wird, ist mittlerweile eine absolute Rarität.

Prinzipiell ist nicht zuletzt in den regionalen Strukturplänen die senologische Versorgung für die einzelnen Versorgungsregionen zwar nicht fix vorgegeben, aber prinzipiell strukturell mitgeplant. Wünschenswert ist die Errichtung sogenannter BGZs (Brustgesundheitszentren), in welchen interdisziplinär zusammengearbeitet wird. Diese Einrichtungen müssen sich permanenten Zertifizierungsverfahren stellen.

Natürlich ist die Errichtung eines solchen BGZs am Standort der Chirurgischen Abteilung äußerst wünschenswert und begrüßenswert. Wenn dies im Rahmen des Möglichen liegt, muss dieses Projekt natürlich auch die volle Unterstützung erhalten. Da hierdurch selbst bei

Aufteilung der Operationen zwischen Gynäkologie und Chirurgie viele (zusätzliche) Operationen requiriert werden können. Allerdings werden die Anforderungen, die an ein solches BGZ gestellt werden, in den meisten Fällen die Kapazitäten und das Leistungsvolumen eines klassischen Standardkrankenhauses übersteigen.

Denn zu den bereits erwähnten Zertifizierungszielen zählt auch eine Mindestanzahl an Mamma-Operationen, die an einem derartigen Zentrum durchzuführen sind.

Ein interessantes Ausweichmodell stellt die Möglichkeit dar, sich an ein bereits bestehendes Brustgesundheitszentrum zu affiliieren. Dies ermöglicht nicht nur dem kleineren Standort senologische Behandlungen und Mamma-Operationen durchzuführen, sondern es wird auch das Hauptzentrum gestärkt, da es zu einer Summation der OP-Zahlen kommt. Natürlich gilt es nach den grundsätzlichen Spielregeln des gemeinsamen Brustgesundheitszentrums zu agieren und dieselben Behandlungsalgorithmen zu verwenden. Doch kann damit ein chirurgisches Betätigungsfeld an Land gezogen werden, welches per se mit einer hohen onkologischen und chirurgischen Fachexpertise einher geht und diese auch steigern wird. Dies stärkt wiederum enorm die Gesamtexpertise und die chirurgische Schlagkraft der Abteilung und des Standortes.

Ein Brustgesundheitszentrum soll pro Jahr 100 Primärfälle (dies bedeutet Erstmanifestationen eines Mammakarzinoms) behandeln. Ein affiliertes Zentrum soll einen Wert von 40 erreichen (wobei in den Folgejahren auf 50 Neudiagnosen/Erstbehandlungen gesteigert werden soll) [29].

Pro 100.000 Einwohner sind in Mitteleuropa pro Jahr ca. 60 Neuerkrankungen zu erwarten [17]. Bezüglich der Zahlen zur Zertifizierungsschwelle ist grundsätzlich anzumerken, dass laut Definition auch DCIS Diagnosen zu diesen Primärfällen gerechnet werden. Somit steigt die Inzidenz von zählbaren Fällen. Und damit ergibt sich für ein Standardkrankenhaus mit durchschnittlichem Einzugsgebiet eine äußerst realistische Chance, diese Zahlen auf Dauer zu erreichen.

Somit können abgesehen vom diagnostischen, logistischen und medizinischen Mehraufwand etwa 35 bis 60 Operationen pro Jahr zusätzlich erwartet werden. Nicht mitgerechnet sind hierbei Folgeeingriffe und Begleiteingriffe wie Nachresektionen, Axilla-Dissektionen, Lymphknotensamplings und Portanlagen. Leider werden natürlich vereinzelt auch palliativmedizinische und schmerztherapeutische Eingriffe anfallen.

Entsprechend der Verteilung der medizinischen Fächer am jeweiligen Standort muss die Anzahl der Primäroperationen mit der Gynäkologischen Abteilung geteilt werden. Jedoch halbieren sich in so einem Fall dann auch die notwendigen Personalressourcen, während hingegen der Zugewinn an Fachexpertise und die Anzahl der Begleit- und Folgeeingriffe eher gleich bleibt.

Theoretisch kann auch abseits eines Brustgesundheitszentrums eine mammachirurgische/senologische Versorgung angeboten werden. Doch wird in solchen Fällen sicherlich eine dauerhafte Unterstützung durch den Krankenhausträger und die politischen Entscheidungsträger schwer zu erreichen sein. Und aus so einer Situation entstehen Unsicherheiten auf Seiten der ZuweiserInnen und der behandelnden Ärzte/Ärztinnen. Weiters sind dann zukünftige Nachwuchsprobleme zu erwarten, da sich verständlicherweise kaum jemand für eine Subspezifität aufopfern will, die eventuell an diesem Standort gar keine Zukunft oder Berechtigung hat. Daher ist aus meiner persönlichen Sicht von so einem Vorgehen abzuraten.

6.1.6.2 Beckenbodenchirurgie

Auch abseits der Mammachirurgie bieten sich mit der Gynäkologie fächerübergreifende Behandlungen an, die letztendlich zu zusätzlichen Eingriffen führen können.

Ein Beispiel hierfür ist die Beckenbodenchirurgie. Beinahe alle Senkungszustände der weiblichen Beckenorgane führen zu Problematiken, die mit chirurgischen Eingriffen verbessert oder manchmal sogar gänzlich geheilt werden können. Einschränkend muss angemerkt werden, dass es sicher Bereiche der Beckenbodenleiden gibt, die zwar an einem Standardkrankenhaus diagnostiziert werden können, deren chirurgische Behandlung aber aufgrund der Komplexität eine High-End-Chirurgie benötigt, wie sie eigentlich nur an einem endversorgenden Zentrum angeboten werden kann. Hierzu zählen Gracilisplastiken des Sphinkterapparates, Sphinkterschrittmacherimplantationen und multiviszerales Resektionen wie sie bei komplexen Fistelleiden, Tumorgeschehen und nach einer pelvinen Sepsis vorkommen können.

Abgesehen davon bietet sich eine Vielzahl von kleinen bis mittelgroßen Eingriffen an, die nach entsprechender Diagnosestellung angeboten werden können. Hier ist mir wiederum ganz wichtig anzumerken, dass diese zusätzlichen Operationen weder in einem gynäkologischen noch in einem chirurgischen Alleingang indizierbar sind, sondern nur gemeinsam. Manchmal ergibt sich hieraus ein gemeinsames einzeitiges Vorgehen, manchmal ein zweizeitiges, manchmal ein rein chirurgisches und wiederum manchmal ein rein gynäkologisches. Ohne eine gemeinsame Beschäftigung mit dem Thema ist aber keiner dieser Eingriffe sinnvoll planbar. Somit ist die Interdisziplinarität hier der Schlüssel, um zu mehr Operationen zu gelangen.

Als Beispiele für Operationen, die eben aus einer solchen Zusammenarbeit entstehen und möglich gemacht werden, können die Folgenden angeführt werden.

Zuallererst sind die Hämorrhoidalleiden zu erwähnen, die praktisch mit jedem Beckenbodenleiden verschaltet sind. Dieser PatientInnengruppe kann fast immer, aus Lebensqualitätsgründen, ein „nicht - resezierendes Operationsverfahren“ angeboten werden. Senkungszustände, die mit einer inkompletten rektalen Entleerung einhergehen, können bei Vorhandensein einer Rektozele mit einer Kombination aus STARR-OP (für die hintere Rektozele) und hinterer Kolporaphie (für die vordere Rektozele) behandelt werden. Senkungszustände, die zu einer Intussuszeption führen, sind durch Rektopexien sehr gut behandelbar. (Diese Eingriffe können laparoskopisch oder über einen vorbestehenden Pfannenstielzugang durchgeführt werden). Eine Dickdarmresektion ist hier nur fallweise notwendig, kann aber natürlich durchgeführt werden. Hier ist im Allgemeinen die entsprechende chirurgische Expertise aus der Colorectalchirurgie bereits vorhanden und muss nicht neu erfunden werden, die bestehenden Skills müssen nur gezielt eingesetzt werden. Ebenso können der Analprolaps und der Rektumprolaps chirurgisch behandelt werden.

Wenn für diese Behandlungsregime ein entsprechendes „product- placement“ betrieben wird, kann damit sicherlich eine große PatientInnen-Gruppe angesprochen werden. Denn jede 3. Frau entwickelt im Laufe ihres Lebens behandlungswürdige Beschwerden aufgrund einer Beckenbodenschwäche.

Die Anzahl der hierdurch zu detektierenden Dickdarmeingriffen (Pexie und Rectopexie) wird nicht besonders hoch sein. Zu erwarten sind hier eigentlich bei guter Selektion höchstens 4 bis 8 dementsprechende Operationen pro Jahr. Allerdings stellen sie die Speerspitze der notwendigen Eingriffe dar und runden das Behandlungsangebot letztendlich ab.

Durch eine intensivere Beschäftigung mit diesem Themengebiet steht letztendlich ein breites Portfolio an unterschiedlichen Operationen zur Verfügung und es kann eigentlich beinahe das gesamte Spektrum der Beckenbodenchirurgie angeboten werden, (mit Ausnahme der weiter oben beschriebenen Fälle). Der perioperative intensivmedizinische Mehraufwand wird durch die zusätzlichen Operationen nicht allzu sehr erhöht. Da die belastendste und anästhesiologisch herausforderndste Operationsform sicherlich die Dickdarmresektion darstellt. Sowohl die anästhesiologische als auch intensivmedizinische Begleitung solcher Patientinnen entspricht auch an Standardkrankenhäusern einer Routinebehandlung und folgt bekannten Algorithmen. Selbst für den unerfreulichen Fall, dass sich hieraus Komplikationen ergeben, würde ausreichend Behandlungsexpertise vorliegen.

Je nachdem wie sehr es gelingt, diese Behandlungsmethoden bekannt zu machen, können aus dieser PatientInnen-Gruppe 15 bis 60 Operationen pro Jahr erwartet werden. Natürlich liegt das erreichbare Limit aufgrund der hohen nicht detektierten Valenz von Beckenbodenschwächen theoretisch viel höher, doch leider gibt es auf dem Weg von Beschwerdebeginn bis zum/zur Krankenhausgynäkologen/-gynäkologin oder -chirurg/-chirurgin verständlicher Weise viele Hemmnisse, Ängste und Verunsicherungen. Sodass letztendlich nur ein Bruchteil der Patientinnen den Weg ins Krankenhaus findet.

Besonders wichtig, um dieses Feld chirurgisch bespielen zu können, ist hier die Möglichkeit, eine psychologische und vor allem physiotherapeutische Begleitung anbieten zu können. So hat der begleitende Aufbau einer „Beckenbodenphysiotherapie“ einen entscheidenden Stellenwert. Die Behandlung dieser Leiden erfordert nämlich ebenso eine physiotherapeutische Spezialisierung. Allerdings ist anzunehmen, dass hier Interesse geweckt werden kann. Denn ganz besonders in diesem Bereich ist von Patientinnenseite eine Verschaltung zwischen dem physiotherapeutischen Angebot des Krankenhauses und des niedergelassenen Bereiches stark nachgefragt. Und wie bereits mehrmals erwähnt, liegt bei der physiotherapeutischen Betreuung eine starke Verschaltung dieser beiden Bereiche vor.

Und auch hier darf mit einem gewissen „Feedback - Mechanismus“ gerechnet werden, da oft Physiotherapieinstitute, die sich mit der Behandlung von Beckenbodenschwächen beschäftigen, erster Ansprechpartner von Betroffenen sind.

6.1.7 Innere Medizin

Im Allgemeinen ist die Internistische Abteilung, gemessen an der Anzahl der Betten, die stärkste Abteilung an einem Standardkrankenhaus. Daher hat sie eine entscheidende Rolle bei der Gestaltung des Leistungsspektrums und der Versorgungsschwerpunkte des gesamten Krankenhauses. Die Medizinische Abteilung ist auch die einzige Abteilung, welche per definitionem an einem Standardkrankenhaus vorhanden sein muss. Alle anderen Entitäten könnten auch durch Fachambulanzen vertreten sein. Daher liegt es in der Natur der Sache, dass bei schwerwiegenden und für das Krankenhaus und die Chirurgische Abteilung richtungsweisenden Entscheidungen, von Seiten der Inneren Medizin ein gewichtiges Wort mitgesprochen werden wird.

Somit ist eine gute Zusammenarbeit mit der Medizinischen Abteilung ein wichtiges und hohes Ziel für ein erfolgreiches chirurgisches Arbeiten.

Folgerichtig ist es auch die Pflicht einer Chirurgischen Abteilung, das chirurgische Angebot auf die Schwerpunkte der Medizinischen Abteilung abzustimmen. Denn je nachdem, ob ein geriatrisch/palliativer, onkologischer, rheumatologischer, gastroenterologischer, nephrologischer oder kardiologischer Schwerpunkt vorliegt, können und müssen dementsprechende chirurgische Eingriffe angeboten werden.

6.1.7.1 Geriatrie

Die chirurgische Hilfestellung für das geriatrische Patientengut umfasst vor allem PEG-Sondenanlagen und Wartung, Portanlagen, Suprapubische Katheter, Stomaanlagen und Amputationen. (Die in dieser Altersgruppe oft vorkommende Versorgung von „Hüft-nahen-Frakturen“ ist ein Sonderfall und wurde bereits im Kapitel Unfallchirurgie/6.1.1 angemerkt).

6.1.7.2 Onkologie

Auch hier werden oft Portanlagen benötigt. Weiters kann durch diagnostische Lymphknotenentnahmen beziehungsweise -samplings Thoraxsaugdrainagen und Akutschirurgie im Ileusfall eine Hilfestellung angeboten werden. Natürlich ist es möglich, eine onkologische Mamma-, Darm- und Hautchirurgie anzubieten. Inwieweit auch die Magenchirurgie und die Chirurgie der einfachen Lebermetastasen angeboten werden sollen, obliegt sicherlich den Vorstellungen des Krankenhausträgers. Und selbstverständlich können in Absprache mit der betreuenden onkologischen Einheit endoskopische Nachsorgen und Folge-Eingriffe durchgeführt werden.

6.1.7.3 Rheumatologie

Aus dieser Subspezifität bietet sich eher ein kleines chirurgisches Betätigungsfeld an. Dennoch können handchirurgische und weichteilchirurgische Eingriffe sowie Gelenkpunktionen und Schmerzpumpenimplantationen angeboten werden.

6.1.7.4 Kardiologie

Die Schrittmacher-, Defibrillator- und Loop-Recorder-Implantationen (sowie natürlich die Explantationen) sind ein großes Betätigungsfeld, da diese an einer dementsprechenden Abteilung meist mit einer hohen Frequenz benötigt werden. Dass an einem Standardkrankenhaus ein Herzkatheter-Tisch betrieben wird, ist eher unwahrscheinlich. Sollte dies dennoch der Fall sein, so wird die Versorgung eines Aneurysma spurium der Punktionsstelle und ein permanentes abdominalchirurgisches Stand-by für Darmischämien oder septische Gallenblasen automatisch zum chirurgischen Leistungsspektrum gehören.

6.1.7.5 Nephrologie

An einem nephrologischen Schwerpunkt werden zwangsläufig Nierenersatztherapien durchgeführt und diese bedürfen, wie bereits weiter oben erwähnt, entsprechender Zugangswege. Dies betrifft somit vor allem Dialysekatheter-, Perm-Cath- und Shuntanlagen. Hyperkalzämie bedingte Begleiterkrankungen müssen natürlich mitbedacht werden, bleiben aber sicherlich eher eine Seltenheit (Parathyreoidektomie).

Hingegen muss die Implantation von Peritonealdialysekathetern gut bedacht werden. Der chirurgische Akt selbst kann natürlich angeboten werden (sowohl offen als auch laparoskopisch). Aber hierbei handelt es sich meist um Langzeit PatientInnen mit einem sehr reduzierten Allgemeinzustand. Hier ist die Gefahr eines komplikationsträchtigen Verlaufes verhältnismäßig hoch und der zu erwartende PatientInnenstrom niedrig.

6.1.7.6 Gastroenterologie

In dieser internistischen Subspezifität kann sich eine äußerst enge Zusammenarbeit ergeben. Insbesondere, wenn es dadurch ermöglicht wird, an diesem Standort die Durchführung einer ERCP anzubieten. Egal ob diese Intervention durch die chirurgische oder internistische Endoskopie durchgeführt wird, ermöglicht sie deutlich mehr chirurgische Eingriffe im Bereich der Gallenblase. Denn die meisten Hemmnisse des Galleabflusses aufgrund einer benignen Ursache können prä- oder postoperativ durch eine ERCP (mit Stentung) behoben werden.

Ebenso können viele Komplikationen der Gallenblasenchirurgie minimalinvasiv und zeitnah behoben werden, wenn die Möglichkeit zur Durchführung einer ERCP besteht. Dies betrifft im Besonderen Zystikusstumpfsuffizienzen, kleine Gallengangsleckagen und aberrante Gallengänge. Je komplexer die Gallenblasenpathologie, desto wahrscheinlicher sind sowohl Abflusshindernisse als auch das Auftreten der oben genannten Komplikationen.

Wenn keine ERCP angeboten werden kann, so müssen all diese PatientInnen prä- oder postoperativ an ein Zentrum verlegt werden. Dies ist natürlich nicht optimal für den Ruf einer Abteilung und wird in weiterer Folge dazu führen, dass Gallenblaseneingriffe bei schwierigerer Anatomie oder bei schwierigen Krankheitsverläufen erst gar nicht geplant werden.

Bei einer guten Zusammenarbeit zwischen Gastroenterologie und Chirurgie können deutlich mehr Gallenblasenoperationen durchgeführt werden, da im Fall des Falles eine ERCP zur Verfügung steht. Ebenso können komplexe Fälle bereits präoperativ mit einem Stent versorgt werden und so vor einem komplikationsträchtigen Verlauf bewahrt werden.

Hierdurch kann letztendlich eine Risikominimierung und eine Steigerung der OP-Zahlen sowie der behandelbaren PatientInnen gleichzeitig erreicht werden.

Ein weiterer Schwerpunkt der Zusammenarbeit mit einer gastroenterologisch tätigen Abteilung ist die Behandlung sämtlicher Polypen und Karzinomvorstufen des Colons. Besonders die Abtragung großflächiger Adenome und Polypen kann gemeinsam durchgeführt werden. Hier gibt es in der Literatur Berichte und Empfehlungen, dies in einem Laparoskopisch/Endoskopischen Setting im Operationssaal durchzuführen [30]. Entweder in Operationsbereitschaft oder noch moderner mit einer begleitenden Laparoskopie. So eine Innovation setzt allerdings eine wirklich gute Zusammenarbeit voraus. Doch würde erneut eine Risikominimierung trotz neuer OP- Indikation erreicht werden.

Wie bereits zu Anfang des Kapitels erwähnt, lohnt es sich immer, das OP- Spektrum auf die Bedürfnisse der internistischen Partnerabteilung abzustimmen.

Hinzu kommt das eine Medizinische Abteilung eines Standardkrankenhauses auch bei Vorliegen eines Fachschwerpunktes in einer Subspezifität dennoch viele Facetten der oben geschilderten Tätigkeitsbereiche ebenso abzudecken hat. Daher kann sich bei einer engen Zusammenarbeit zwischen den beiden Abteilungen eine Vielzahl von Eingriffsmöglichkeiten ergeben.

7 Steigerung des OP-Spektrums und der OP-Auslastung durch Belegärzte/Belegärztinnen

Eine gänzlich andere Methode, um sowohl das Operationsspektrum als auch die OP-Auslastung eines Standardkrankenhauses zu erhöhen, liegt in der Einführung eines Belegärzte/-Ärztinnen-Systems unter chirurgischer Schirmherrschaft.

Hierdurch kann es gelingen, PatientInnen und Krankheitsentitäten zu erreichen, die ansonsten sicherlich nicht den Weg in den Operationssaal des Standardkrankenhauses finden würden. Dennoch muss klar sein, dass es hierbei um ein zweischneidiges Schwert handelt. Denn letztendlich verzichtet die Chirurgische Abteilung teilweise auf ihre OP-Valenzen, um fremden Operateuren/Operateurinnen das Operieren zu ermöglichen. Wobei sicherlich das Chirurgische Ärzte/Ärztinnen- und Pfleger/-innenteam den Hauptteil der Begleitarbeiten zu übernehmen hat. Dies kann sehr leicht zu Unstimmigkeiten innerhalb des Teams führen und zu einer Belastungsprobe werden.

Falls auf ein Belegärzte/-ärztinnen-System zurückgegriffen wird, um die OP-Kapazitäten auszunutzen, so ist unbedingt sicher zu stellen, dass dies im höchsten Abteilungsinteresse geschieht. Weiters ist ein Benefit für die chirurgische Mannschaft anzustreben und zu gewährleisten. Eigentlich sollte von der operativen Expertise und den Fähigkeiten des/der Belegarztes/Belegärztin profitiert werden können. Eventuell sollten Eingriffe auch assistiert oder teilassistiert werden.

Diese Vorhaben und Vorgaben könnten aber für potentielle Belegärzte/-ärztinnen unattraktiv erscheinen, da diese möglichst Termin gesichert ihre PrivatpatientInnen selbst versorgen wollen. Es gilt eine geschickte Balance zwischen diesen beiden Modellvorstellungen zu finden. Sonst kann es sehr leicht zu Streitigkeiten kommen. Eher abzulehnen ist ein Belegärzte/-ärztinnen-Modell, in welchem diese das gleiche oder ein ähnliches Operationsspektrum wie die Abteilung selbst anbietet. Denn das wäre schlichtweg eine Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der eigenen Mannschaft.

Nichtdestotrotz können geschickt gewählte Belegärzte/-ärztinnen, die auch kollegial/menschlich zum Team passen, das chirurgische Operationsspektrum erweitern.

7.1 Kinderchirurgie

Eine Kinderchirurgische Versorgung ist im Allgemeinen zwar denkbar und würde sicherlich gut angenommen werden. Allerdings gibt es hierbei doch einige organisatorische und rechtliche Schwierigkeiten.

Um Operationen an Kindern durchführen zu können, bedarf es einer entsprechenden kinderchirurgisch versierten anästhesiologischen Versorgung. Und auch für die

Nachbetreuung sind prinzipiell spezielle Pflegekräfte, die über eine entsprechende Zusatzausbildung und ein Kinderdiplom verfügen, notwendig.

In Österreich gibt es sehr wenige Kinderchirurgische Zentren. So gibt es in Ostösterreich eine Einheit pro Bundesland. In Westösterreich gibt es keine definierte Kinderchirurgische Abteilung. Hier wird die Kinderchirurgische Versorgung durch entsprechende Fachärzte/-ärztinnen, die an Chirurgischen Abteilungen angestellt sind, aufrechterhalten. Als Folge dessen kann man auch nur an wenigen Stellen eine komplette Kinderchirurgische Ausbildung durchlaufen. Somit ist auch die Gesamtzahl der Kinderchirurgen/-chirurginnen äußerst beschränkt. Außerhalb der Zentren ist es beinahe illusorisch, einen/eine entsprechenden/entsprechende Facharzt/Fachärztin zu finden. Außerdem sind die verfügbaren KollegInnen dort eigentlich gut gebucht. Daher wird es insgesamt sehr schwierig, einen/eine entsprechende Facharzt/ärztin zu finden die in einem Standardkrankenhaus für so ein belegärztliches Kinderchirurgisches Angebot zur Verfügung steht.

Wenn jedoch für all diese Schwierigkeiten eine Lösung gefunden werden kann, so wäre ein kinderchirurgischer OP-Tag sicherlich eine äußerst reizvolle Erweiterung des operativen Spektrums.

7.2 Urologie

Ein tageweises urologisches Versorgungsangebot stellt eine ganz klare Aufwertung des Standortes dar. Hierdurch wird sicherlich die Rolle des Krankenhauses in der entsprechenden Versorgungsregion gestärkt. Viele urologische Eingriffe sind tagesklinisch durchführbar und können so eine tagesklinische Einheit durchaus stärken.

Für solch ein urologisches Behandlungsprinzip gibt es bereits mehrere gute Beispiele, wie zum Beispiel im LKH Fürstenfeld in der Steiermark oder im LKH Amstetten in Niederösterreich. Wobei gerade diese Einheiten eigentlich nicht wie klassische Belegarzt/-ärztinnen-Systeme ablaufen, sondern als Expositur einer urologischen Abteilung betrieben werden (in diesen Fällen eben Graz und St. Pölten). Nachteilig ist allerdings zu erwähnen, dass diese urologische Versorgung eigentlich gänzlich ohne chirurgischen Beistand durchgeführt wird und daher nicht als integrativer Teil der chirurgischen Abteilung wahrgenommen wird.

Ein/eine einzelner/einzelne Belegarzt/-ärztin, die urologische Operationen durchführt, würde sicherlich einen OP-Tag alle zwei Wochen füllen können. Auch hier wäre der Benefit hauptsächlich dadurch spürbar, dass der Gesamtstellenwert des Hauses in seiner Versorgungsregion steigt.

7.3 Gefäßchirurgie

Wenn am Standort des Standardkrankenhauses auch neurologische PatientInnen versorgt und abgeklärt werden (entweder durch eine eigene neurologische Abteilung, eine assoziierte neurologische (Spezial-) Ambulanz oder über die internistische Abteilung), so ergibt sich die Möglichkeit, einen/eine gefäßchirurgischen/gefäßchirurgische Belegarzt/-ärztin zu organisieren und so genannte „Gefäßtage“ für gebündelte Karotis-Operationen anzubieten. Hierfür ist es durchaus vorstellbar, einen/eine entsprechenden/entsprechende Belegarzt/-ärztin zu finden. Natürlich kann dies nur möglich werden, wenn ein entsprechendes Angebot

auch im Interesse des Krankenhausträgers steht. Dies ist sicherlich ein chirurgisches Tätigkeitsfeld, das in der Mannschaft gut akzeptiert wird und als sinnvolle Erweiterung des bestehenden Spektrums angesehen wird.

Somit kann abschließend festgehalten werden, dass ein Belegärzte/-ärztinnen-System natürlich im Stande ist, leere OP-Tage gut zu füllen. Dies kann ein sehr wertvolles Ausweich-Tool sein, wenn es der Abteilung selbst wirklich nicht gelingt, genügend allgemeinchirurgische Eingriffe zu lukrieren, um auf Dauer eine optimale OP-Auslastung sicher zu stellen. Allerdings erkaufte man sich durch diese Methode viele Schwierigkeiten und gibt in gewissen Bereichen die Oberherrschaft über die OP-Valenzen ab. Dies kann zeitverzögert zu Schwierigkeiten und Unstimmigkeiten führen. Daher sollten, wenn rein die Erhöhung des OP-Spektrums und die OP-Auslastung das angestrebte Ziel sind, zuerst alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft werden bevor in ein Belegärzte/-ärztinnen-System investiert wird.

Sollten die Gründe aber eine fachliche Erweiterung des Gesamtspektrums des Krankenhauses und eine bessere Versorgung der Einwohner in der entsprechenden Versorgungsregion sein, soll dem natürlich Rechnung getragen werden und dies im Sinne der Versorgungsregion ermöglicht werden.

8 Diskussion

Bis zum heutigen Zeitpunkt ist mir keine wissenschaftliche Arbeit oder Abhandlung darüber bekannt, wie es gelingen kann, die Eingriffszahlen an Chirurgischen Abteilungen, deren Größe unter der eines Schwerpunktkrankenhauses liegt, zu erhöhen. In den vorangegangenen Kapiteln wurde hervorgestrichen, wie sehr eine operative Einheit von einem gut gefüllten OP-Programm profitiert. Es scheint sich hierbei um das zentrale Element der medizinischen, wirtschaftlichen und Hospital Management spezifischen Abteilungsführung zu handeln. Daher ist ein gut gefülltes OP-Programm aus all diesen Blickwinkeln ein anzustrebendes Ziel.

Insbesondere durch die Tatsache, dass wahrscheinlich mehr als zwei Drittel der österreichischen Chirurgen/Chirurginnen in Standardkrankenhäusern arbeiten zeigt, wie wichtig der Umgang mit dieser Thematik für das Fach Allgemein- und Viszeralchirurgie eigentlich ist. Denn ohne entsprechende Handlungen und ein neues Denken über die Aufgaben eines/einer Chirurgen/Chirurgin wird es in den nächsten eineinhalb Medizinergenerationen zu einer enormen Krise kommen. Wenn das Berufsbild Chirurg/Chirurgin in Zukunft attraktiv sein soll, so muss es auch eine hohe Bedeutung in der medizinischen Community haben. Denn das tagtägliche Ausüben dieses Jobs verlangt letztendlich ein positives und von Selbstvertrauen gestärktes Selbstbildnis. Daher haben die Maßnahmen zur Veränderung der Wahrnehmung nicht nur eine hohe unmittelbare Auswirkung auf die PatientInnenströme sondern natürlich auch längerfristige auf das Berufsbild „Chirurg/Chirurgin der Zukunft“.

Ganz besonders durch die Schaffung von Versorgungsregionen mit einem gemeinsamen chirurgischen Versorgungsauftrag könnten hier ganz neue Inputs für den Stellenwert eines/einer Chirurgen/Chirurgin entstehen. Denn in einer Region mit mehreren Anbietern von Gesundheitsleistungen werden sich viel eher Überschneidungen ergeben. Bei strengerer Betrachtungsweise sind die Chancen, die sich durch die Etablierung der Versorgungsregionen für das Fach Chirurgie ergeben, beinahe die einzige Möglichkeit, um dauerhaft außerhalb von großen Zentren überhaupt sinnhaft existent zu sein.

Wie sehr die einzelnen Veränderungsmöglichkeiten letztendlich zu einer Steigerung der operativen Fallzahlen führen, kann nicht mit Sicherheit vorausgesagt werden. Dennoch zeigt

diese Arbeit sehr schön die vorhandenen Steigerungspotenziale auf. Und erst durch das Erkennen derselbigen können die entsprechenden Schritte abgeleitet werden, um überhaupt einen Anstieg zu ermöglichen. Insgesamt zeigt sich aber eine Fülle von Interventionsmaßnahmen, um ein Plus an OP- Fällen zu erreichen.

Im Kapitel 4 wurden Management Tools und Theorien zur Erhöhung des Stellenwertes einer Chirurgischen Abteilung eines Standardkrankenhauses dargestellt. Viele dieser Abläufe und Gedankengänge basieren auf einem nahtlosen Ineinandergreifen von verschiedenen Abläufen, die letztendlich zu einer hohen OP-Auslastung führen sollen.

Allerdings zeigt sich ebenso, dass ein gefülltes OP-Programm wiederum die Triebfeder für ein leistungsstarkes Agieren der gesamten Abteilung darstellt. Somit liegt letztendlich ein Kreislauf vor, welcher dazu dient, ein volles OP-Programm zu generieren und welcher vice versa seinen Antrieb daraus erhält, dass das OP-Programm gut gefüllt ist.



Abbildung 7 Der Kreislauf zwischen positiv bewerteter Wahrnehmung und einer Erhöhung der operativen Fallzahlen

Es scheint also, dass aus dieser Führungsphilosophie, in deren Mittelpunkt der Stellenwert der Abteilung liegt und die auf eine Erhöhung der Eingriffszahlen abzielt, ein funktionierender produktiver Kreislauf entstehen kann.

Jedoch ist auch ein funktionierender Kreislauf kein Garant für eine dauerhaft hohe Produktivität und Zufriedenheit. Da es für MitarbeiterInnenmotivation, Produktivität und ZuweiserInnen-Motivation kein perpetuum mobile gibt, müssen wie bei jedem Kreislauf gewisse Substrate zugeführt oder erneuert werden, um ihn am Laufen zu halten.

Die wichtigsten Einflussfaktoren, die immer wieder zugeführt werden müssen, sind Innovationen und Verbesserungen.

Diesen Einfluss verdeutlicht die nachstehende Grafik (Abbildung Nr.8), welche aus dem Management und Health Care Blog – Lead Innovation Management zum Thema „Was ist Innovationsmanagement“ veröffentlicht wurde [31].

Es werden die Entwicklungsmöglichkeiten ab einem fiktiven Zeitpunkt ohne Innovation (violett) mit Kerninnovationen (entsprechend einer internen Erneuerung – also Verbesserungen, siehe weiter unten) in Gelb und in Grün die maximale mögliche Entwicklung unter Ausnützung aller Erneuerungsinputs (externe und interne Erneuerung) dargestellt.

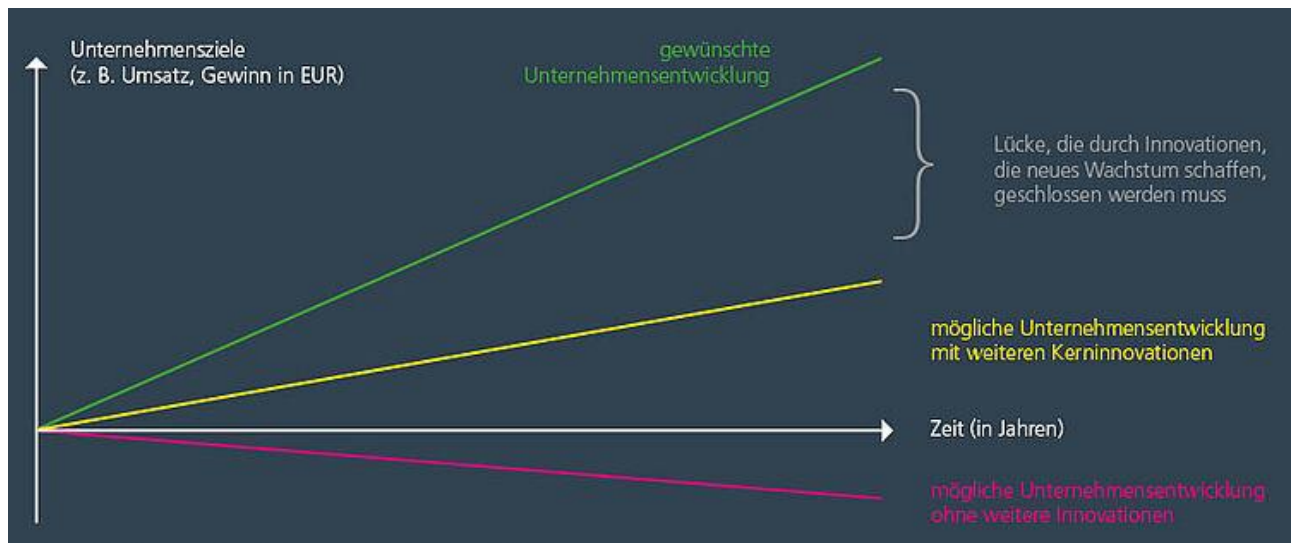


Abbildung 8 Kalkulation der Wachstumsücke – entlehnt aus Health Care Blog – „Was ist Innovationsmanagement“

Dies verdeutlicht, wie sowohl Verbesserung als auch Innovation zu Erneuerung (oder eben Neuem) führen. Allerdings ist das Erneuerungspotential dieser beiden Tools unterschiedlich hoch.

So unterscheidet eben das Innovationsmanagement, welches Teil eines betriebswirtschaftlichen Management- und Führungsstils ist, explizit zwischen Verbesserung und Innovation.

Dem folgend ist Innovation das Einführen von neuen Inhalten, während Verbesserung per definitionem die Optimierung oder Erweiterung von Bestehendem bedeutet. Daraus ergibt sich folgerichtig, dass das Erneuerungspotential von Innovationsmaßnahmen sehr viel höher ist als dies bei Verbesserungsmaßnahmen der Fall ist [32].

Basierend auf obiger Annahme kann postuliert werden, dass ein funktionierender Arbeitskreislauf zwei wiederkehrende Interventionen braucht, um langfristig zu funktionieren. Diese können gut mit einerseits kontinuierlich einzubringenden Verbrauchsgütern und andererseits periodisch von extern zugeführten Rohstoffen verglichen werden. In diesem Vergleich stellen die Verbesserungen die stetig zuzuführenden Verbrauchsgüter dar und die Innovationen wären demzufolge die notwendigen externen Rohstoffe.

Die angesprochenen permanenten Verbesserungen betreffen nicht nur die PatientInnenbehandlung sondern im Besonderen die logistischen Abläufe bei der Interaktion mit anderen Fachabteilungen, niedergelassenen Fachärzten/Fachärztinnen, AllgemeinmedizinerInnen, übergeordneten Zentren und auch anderen GesundheitsanbieterInnen der Versorgungsregion.

Ebenso haben solche Erneuerungsmaßnahmen auch die Aufgabe als eine Art Kontroll-beziehungsweise Feedback Mechanismus zu wirken.

Denn eine wichtige Grundbedingung zur Initiation eines erfolgreichen Kreislaufes ist die Tatsache, dass eben gewisse (neue) Regeln des Miteinander-Arbeitens und der

Kommunikation eingehalten werden. Doch egal wie wichtig diese Regeln auch erscheinen mögen, stellt sich doch die Frage, inwieweit diese auch nach Ende der Initiationsphase eingehalten und in der täglichen Routine gelebt werden. (Daher ist das entsprechende Nachschärfen und Verbessern der Spielregeln auch mit einer stetigen Erneuerung gleichzusetzen).

Denn sonst könnten die positiven Effekte, die durch gezielte Verhaltensänderungen und eine Verbesserung der Wahrnehmung erzielbar sind, vermindert werden. Weil, wenn nicht mehr klar erkennbar ist, welches Verhalten und welche Wahrnehmung einen Benefit für die Abteilung zeigen, so wird wahrscheinlich auch weniger stark darauf geachtet werden. Dieses erneute „Bewusstmachen“ der Wahrnehmungstools ist daher eine kontinuierliche Aufgabe, die von Chefebene auszugehen hat.

Wie bereits erwähnt, müssen zum Funktionserhalt des Kreislaufes auch neue Rohstoffe zugeführt werden. Und hier ist allen voran die Innovation anzumerken. Denn es müssen laufend Neuerungen eingeflochten werden um den Kreislauf am Leben zu halten. Dies betrifft sowohl therapeutische, diagnostische als auch logistische Neuerungen. Denn wenn ein System am Höhepunkt seiner Effizienz angelangt ist, so hat es zur gleichen Zeit den Höhepunkt seiner Zukunftsaussichten bereits weit überschritten. Daher sollte stets auch eine Weiterentwicklung erfolgen.

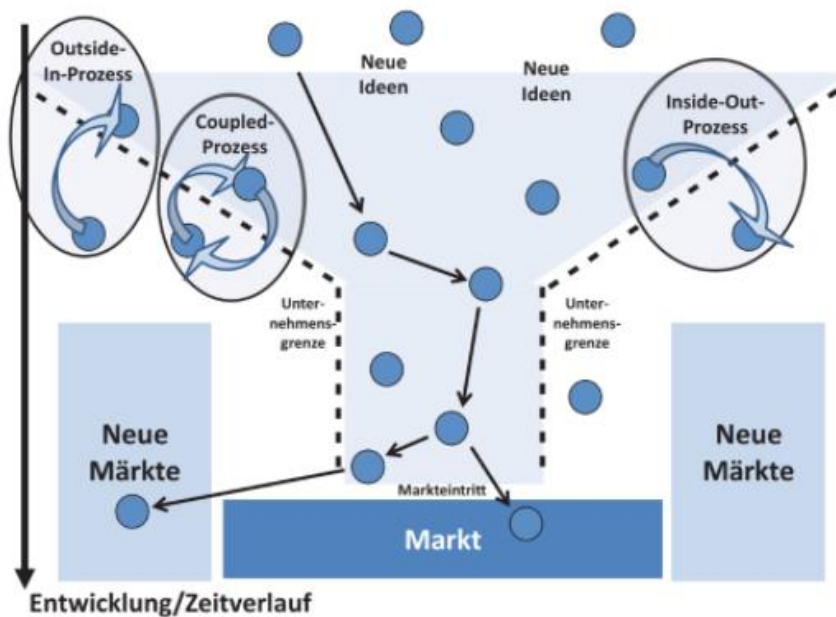


Abbildung 9 "Inside out" und "outside In" Effekt - wie Erneuerungen und Innovationen marktfähig werden

All diese Zusammenhänge werden gut in Abbildung Nr.9 [33] verdeutlicht. Da einerseits sowohl ein „Inside Out“ als auch ein „Outside In“ Effekt über die Krankenhausgrenzen gezeigt wird, welcher die gegenseitige Beeinflussung unterstreicht. Andererseits werden in dieser Grafik auch interne (viele) und externe (deutlich weniger) Quellen von Neuerungen gezeigt. Zu guter Letzt beinhaltet die Grafik auch die Fokussierung auf neue Märkte. Welche schon bevor der eigentliche Zielmarkt optimal erreicht wird, strategisch angesteuert werden müssen. Und diese rechtzeitigen Innovationen sichern die Betätigungsfelder der Zukunft.

Diese Aufgabenstellung stellt eine immense Herausforderung dar, da Abänderungen funktionierender Systeme in Teams fast immer negativ und ablehnend bewertet werden.

Wie bereits zuvor beschrieben, zeigen Innovationen also ein deutlich größeres Erneuerungspotential als dies Verbesserungen können. So positiv nun das

Innovationsmanagement in theoretischen Abhandlungen bewertet ist, so gefährlich ist es aber auch in Bezug auf die Anwendung in bestehende Teams. Denn Neuerungen werden in eingespielten Systemen zu anfangs oft als störend, erschwerend und belastend empfunden. Daraus ist abzuleiten, dass je höher der Grad an Neuerungen ist, desto schwieriger wird es, eine hohe Akzeptanz in bestehenden Teams hierfür zu erreichen.

Dieses Wechselspiel zwischen einem Zuviel und einem Zuwenig an Innovationen in arrivierten Teams wird in dem Buch „the innovators dilemma“ aufgearbeitet [34]. Es erklärt, warum gerade renommierte Unternehmen entscheidende Innovationen öfter und leichter versäumen.

Diese Erkenntnisse führen zu einer entscheidenden Conclusio. Weil letztlich ist es das Ziel all der geschilderten Vorgehensweisen, eine Steigerung der operativen Fallzahlen und des OP-Spektrums zu erreichen. Und genau dies ist nur möglich, wenn das gesamte Team in seiner Heterogenität daran mitarbeitet. Sobald hier eine ablehnende Haltung oder starke Gegenbestrebungen entstehen, ist eine dauerhafte Leistungssteigerung sehr unwahrscheinlich. Deswegen darf insbesondere zu Beginn der Erneuerungsanteil nicht zu hoch sein. Da eben Innovationen per se ein deutlich höheres Erneuerungspotential haben, ist es in der Initialphase eher ratsam, verstärkt auf Verbesserungsschritte zu setzen.

Am naheliegendsten ist es, dass man Altbewährtes kleinen, schrittweisen Änderungen aussetzt.

Idealisierter Weise entstehen die Grundlagen dieser Entscheidungen aus einem endogenen Prozess heraus, also aus der Abteilung selbst. Daher kann auch nur in kleinen Schritten gedacht und agiert werden. Ebenso ist der Zeithorizont für solch einen anzustrebenden Soft-Change-Prozess nicht in Monaten, sondern eher in Jahren zu bemessen. Große Innovationen mit richtungsweisenden Änderungen dürfen nicht dauerhaft vermieden werden. Sie sind aber sicherlich nicht für die Anfangsphase geeignet.

Vor allem Kapitel 6 versucht, definitive chirurgische Betätigungsfelder aufzuzeigen, die ein hohes Potential für eine Steigerung des OP-Spektrums aufzeigen und vielleicht nicht unbedingt in den klassischen Bereichen der Allgemeinchirurgie liegen.

Um solche Eingriffe durchführen zu können, insbesondere wenn sie neu in das bestehende Leistungsspektrum aufgenommen werden, wird ein hohes Engagement und eine hohe Leistungsbereitschaft in der ärztlichen Mannschaft benötigt. Natürlich ist es sehr schön, die Vorteile und Herausforderungen solch einer fächerübergreifenden Tätigkeit herauszustreichen. Auch lassen sich sehr charmant die Erhöhung des medizinischen Stellenwertes und das damit verbundene Ansehen erklären. Doch lauern auch hier Gefahren, die dazu bewegen sollten, behutsam vorzugehen. Denn wenn plötzlich zahlreiche neue Eingriffe angeboten werden, kann es gut möglich sein, dass sich in einigen MitarbeiterInnen eine Einstellung des „wir und unser Können genügen anscheinend nicht mehr - also machen wir nicht mit“ entwickelt. Eventuell ist das auch ein Schutzmechanismus, um chirurgische Niederlagen zu verhindern.

Doch genau dies wäre der falsche Zugangsweg für solche Aufgaben. Denn natürlich gilt es neue Eingriffe zu erlernen. Und hierbei wird es immer wieder Rückschläge und Enttäuschungen zu verkraften geben. Aber letztendlich möglich wird eine solche Erweiterung des OP-Spektrums ja nur, weil bereits viel Expertise vorhanden ist. Und jeder/jede einzelne chirurgische Protagonist/-in bereits einen/eine Spezialisten/Spezialistin darstellt.

Daher ist es ein essentieller Bestandteil bei einer geplanten Erweiterung des Behandlungsspektrums, dass das chirurgische Selbstbild der meisten MitarbeiterInnen dies auch zulässt und mitträgt. Und eben dieses Selbstbildnis wird sehr stark durch einen als kompetent empfunden Arbeitsplatz geprägt.

Ganz klar ist, dass nicht alle genannten Erweiterungen des operativen Spektrums einführbar sind. Eventuell wird im Laufe der Jahre der eine oder andere Behandlungsschwerpunkt

hinterfragt, erweitert oder abgeändert werden. Aber die Zusammenstellung der Möglichkeiten zeigt, wie sehr eine Beschäftigung mit diesem Thema Sinn macht.

Mitunter eine der wichtigsten Erkenntnisse der gesamten Arbeit ist die Tatsache, dass sich für eine chirurgische Abteilung zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedliche Chancen auftun, um das Portfolio an Behandlungen zu steigern. Genau hierfür braucht es in der Führungsriege der Abteilung Köpfe, die diese Wege vordenken und erkennen können. Und dieser „Hunger“, die Chirurgie in einer sich ändernden Medizinlandschaft immer wieder zu erkennen und zu entdecken, wird am Ende den Unterschied ausmachen, ob eine entsprechende Fachabteilung floriert oder stagniert und in ihrer Existenz gefährdet ist.

Genauso haben eine Abänderung des Behandlungsspektrums einer Partnerabteilung oder die Veränderung des Versorgungsauftrages der entsprechenden Versorgungsregion eine enorme Auswirkung auf die operativen Möglichkeiten. Die Awareness diesen Änderungen gegenüber ist eine ganz wichtige Führungsfähigkeit. Deswegen ist es eine große Pflicht, dies permanent im Auge zu behalten und fächerübergreifend medizinisch am Zahn der Zeit zu denken. Diese Pflichten der Führungsetage stellen sowohl hohe Ansprüche an die Hospital Management Qualitäten als auch an den medizinischen Weitblick der handelnden Personen.

Nach ausführlicher Beschäftigung mit der Thematik kann hervorgestrichen werden, dass sowohl für eine Änderung der Abteilungswahrnehmung als auch für eine Erweiterung des operativen Spektrums zahlreiche wertvolle Tools und Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

Beides miteinander in Einklang zu bringen und stetig weiterzuentwickeln ist eine permanente Verpflichtung und nicht nur Teil eines „Change-Management-Prozesses“.

Literaturverzeichnis

- [1] www.gesundheit.gv.at Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs
- [2] Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)
StF: BGBl. Nr. 1/1957 (NR: GP VIII AB 164 S. 22. BR: S. 121.)
- [3] Regionaler Strukturplan Gesundheit – Steiermark, Gesundheitsfonds Steiermark,
Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark Friedrichgasse 9, 8010 Graz, E-
Mail: gfst@stmk.gv.at, Homepage: www.gesundheitsfonds.steiermark.at
- [4] LGBl. Nr. 111/2012 (abgeändert LGBl 3/2018) Steiermärkisches
Krankenanstaltengesetz
- [5] apotheken.de – Medizinlexikon
- [6] Gesundheitsversorgung (gbe-bund.de)
- [7] Chirurgie und Management: natürliche Partner U.Bork, M.Koch, M. W. Büchler,
J.Weitz, Der Chirurg 83, 356-359 (2012) <https://doi.org/10.1007/s00104-011-2227-0>
- [8] Auslastung und Wechselzeit als Kennzahlen der OP-Effizienz Schuster, M., Wicha,
L., Fiege, M. et al. Anesthetist 56, 1060–1068 (2007).
<https://doi.org/10.1007/s00101-007-1236-3>
- [9] How to Increase Efficiency in the Hospital Sector? Results of a Long-term Benchmark
Study in
Germany Alexander Karmann & Felix Rösel Wirtschaftsdienst volume 98, pages 50–55
(2018)
- [10] Der neue Treppenläufer, 2010; Dr. Jörg Zeyringer ; Haufe Sachbuch Wirtschaft
ISBN: 9783648005699
- [11] Kündigungsgrund Boreout. Hinweise zur Symptombekämpfung und Prävention K.
Messner, J. Akbas Heidelberger Hochschulverlag ISBN: 978-3942648-19-6
- [12] Longevity in small business: The effect of maturity on strategic focus and business
performance William C. McDowell^a Michael L. Harris^{b1} Patrick R. Geho^{a2} Journal of
Business Research Vol 69; Issue 5, May 2016, 1904-1908;
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.10.077>
- [13] Determinanten der Patientenzufriedenheit; behandlungsbezogene und klinische
Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität, A.M. Möller-
Leimkühler, R. Dunkel, P. Müller Fortschr. Neurol. Psychiat. 2002; 70: 410 – 417
Georg Thieme Verlag Stuttgart – New York ISSN 0720-4299
- [14] Krankenhaus Marketing und Qualitätsmanagement Gerhard F. Riegl, Verlag Prof.
Riegl und Partner GmbH 2000 ISBN: 3-926047-12-7
- [15] Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten
(Primärversorgungsgesetz – PrimVG) StF: BGBl. I Nr. 131/17 (NR: GP XXV IA
2255/A AB 1714 S. 188; BR AB 9882 S. 871)
- [16] Das Handbuch zur Gründung einer PVE – Bundesministerium für Soziales,
Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; <http://www.pve.gv.at> – start up guide

- [17] Surgical Oncology Graeme Poston, Lynda Wyld, Riccardo A Audisio 2nd Edition CRC Press Taylor and Francis Group, LLC; ISBN 13:978-1-4987-0199-0
- [18] Einweisermarketing für Krankenhäuser – Niedergelassene Ärzte professionell gewinnen und binden; Klaus – Dieter Thill Gabler Verlag 2010 ISBN 978-3834915849
- [19] Developing the organization's productivity strategy in various sectors of industry P.Oeji, M. De Looze, K.T. Have, J.W. Van Rhijn, L. Kuijt-Evers International journal of Productivity and Performance Management 2012; 61(1):93-109 DOI:10.1108/17410401211187525
- [20] Karpaltunnel, Kubitaltunnel und seltene Nervenkompressionssyndrome Assmus H., Antoniadis G., Bischoff Ch. Dtsch. Ärzteblatt Int. 2015; 112: 14 – 26 DOI:10.3238/aerzteblatt.2015.0014
- [21] Therapie des Morbus Dupuytren – Mit minimalinvasiven Methoden gegen die Kontraktur Nischwitz S.P. Coremed 2019 FH Joanneum
- [22] Die Behandlung von Tendovaginosen an der Hand, Sander A.L., Marzi I., Frank J. Handchirurgie Scan 2016; 05(01):69-81 DOI: 10.1055/s-0041-107103 Georg Thieme Verlag
- [23] Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta – analysis of benefits and harms, Thorlund J.B., Juhl C.B., Roos E.M., Lohmander L.S. BMJ 2015;350:h2747
- [24] Gabler Wirtschaftslexikon – Beitrag Prof. Dr. Volker Eric Amelung Medizinische Hochschule Hannover
- [25] Statistik Austria – medizinische Leistungen
- [26] quasi-niere.de Nierenersatztherapie in Deutschland, Bundesverband Niere
- [27] Port-a-Cath Infektionen – Diagnose, Therapie und Prävention I. Zollner-Schwetz Universum Innere Medizin 2014 Infektiologie UIM 02/2014
- [28] Manual Ambulantes Operieren Techniken, perioperative Verfahren und Management Christian Deindl, DeGruyter Verlag, <https://doi.org/10.1515/9783110379280> ISBN: 9783110378672
- [29] Erhebungsbogen für die Zertifizierung von Brustgesundheitszentren (BGZ) Österreichische Zertifizierungskommission – ÖZK
- [30] Hybridverfahren: Wenn Endoskopie alleine nicht ausreicht D. Wilhem, Ch. Schlag, H. Feussner Allgemein – und Viszeralchirurgie up2date 13 (02), 171-186, 2019
- [31] Lead Innovation Management - Was ist Innovationsmanagement A. Hengsberger; 16.08.2016 <https://www.lead-innovation.com>
- [32] Das Unternehmen als Innovationsschmiede T. Cleman, fM Management (2017)
- [33] Verbesserung der Performance durch open Innovation Ansätze, von neuartigen Verfahren zur Suche nach Differenzierungsvorteilen im Krankenhaus H.R. Hartweg, R. Kästner, H. Lohmann, M. Proff, M. Wessels Springer Gabler Verlag ISBN 978-3-658-07656-3
- [34] The innovator's dilemma. Warum etablierte Unternehmen den Wettbewerb um bahnbrechende Innovationen verlieren. Christensen, C. M., Matzler, K. & Eichen, S. F. v. d. (2013). Harvard Business Review Press ISBN: 9781633691780

