

SEIT 1993

Landeskrankenhaus
Laas

Landeskrankenhaus
Villach

Landeskrankenhaus
Wolfsberg



Gailtal-Klinik

Klinikum Klagenfurt
am Wörthersee



25
J A H R E
K A B E G



25 Jahre Gesundheit in Kärnten

**1993 brach für die
Gesundheitsversorgung
in Kärnten ein neues
Zeitalter an**

Die vier Landeskrankenhäuser Klagenfurt, Villach, Wolfsberg und Laas sowie die Sonderkrankenanstalt Hermagor wurden aus der Landesverwaltung ausgegliedert und im Laufe von 25 Jahren unter einem gemeinsamen Dach zu einem hochprofessionellen Gesundheitsversorger geformt.

In diesem Vierteljahrhundert hat sich nicht nur in den genannten Spitälern viel geändert, die Geschichte der KABEG zeigt auch die Entwicklung von Medizin und Pflege generell und in Kärnten speziell.

Chirurgische Verfahren, Pflegestandards, Medizintechnik, die Berufsbilder und vieles mehr haben sich in diesem kurzen Zeitraum massiv gewandelt. In vielen Bereichen ist kein Stein auf dem anderen geblieben. Und der KABEG-Verbund und damit Kärnten waren in wesentlichen Segmenten ganz vorn dabei und sind es immer noch.

Damit ist dieses Buch auch eine Leistungsschau der Kärntner Landesspitäler, ihrer kontinuierlichen Entwicklung und der beachtlichen Expertise und Qualität, mit der die Patientinnen und Patienten jetzt und auch in Zukunft rechnen dürfen.

Die Ausgliederung und die immer intensivere Kooperation bewirkten nicht nur Kostenreduktionen und somit die Voraussetzungen für die gegenwärtige und künftige Finanzierung der Gesundheitsleistungen in Kärnten, sie sorgten durch die gemeinsame Umsetzung der Patientensicherheitsziele auch für einheitliche Qualitätsstandards. Kooperationen und der Austausch von Wissen ermöglichten Standorten in der Peripherie den sehr hohen Standard der großen Häuser im Zentralraum.

Die Entwicklung wird kontinuierlich weitergehen, in der Medizin ebenso wie in der Kooperation der fünf Landesspitäler, aber auch darüber hinaus.

INHALT

6	Das Gesetz entsteht
10	Interview mit der Gesundheitsreferentin
12	Der Anfang
14	Die Dachmarke
16	Interview mit der Aufsichtsratsvorsitzenden
18	Bau und Technik
26	Interview mit dem Vorstand der KABEG
28	Die Informationstechnologie
44	Der Einkauf
48	Interview mit dem Zentralbetriebsratsvorsitzenden
50	Die Entwicklung der Pflege
56	Die Entwicklung der Medizin
62	Gemeinsam besser
68	Die Krankenhäuser der KABEG
78	Unsere Umweltleistungen
80	Zahlen & Fakten
84	Die Funktionsträger der KABEG

Das Gesetz entsteht

In den 1990er Jahren setzte der Trend zu Privatisierungen ein. Staatliche Organisationen und Betriebe sollten mit privatwirtschaftlichen Instrumenten wirtschaftlicher als bisher geführt und damit zukunftstauglich gemacht werden, lautete die allgemeine Forderung.

In diese Überlegungen wurden auch die Kärntner Landeskrankenanstalten eingeschlossen. Generell erhoffte man sich von der neuen Organisationsform eine Verbesserung der Abläufe und eine stärkere medizinische Zusammenarbeit.

„Grundsätzlich sprach nichts dagegen, doch Gesundheitsversorgung darf nie ganz der öffentlichen Hand entzogen werden“, meint Max Rauscher, damals als Krankenanstaltenreferent zuständiger Politiker in der Kärntner Landesregierung und gemeinsam mit dem damaligen Landeshauptmann Christof Zernatto einer der Hauptakteure der Ausgliederung. Denn die Aufgabe der Politik sei, in Krisenzeiten Vorsorge zu treffen, was nur mit entsprechender Zugriffsmöglichkeit machbar sei. Das hieß: Ausgliederung ja, Privatisierung nein.



Die Qualität der Gesundheitsversorgung musste gewahrt sein

Aus der Sicht des Politikers waren drei Grundvoraussetzungen zu erfüllen

- Die Qualität der Gesundheitsversorgung muss ebenso gewahrt sein wie die regionale Versorgung inklusive der Arbeitsplätze. Das inkludiert die Garantie der fünf Standorte Klagenfurt, Villach, Wolfsberg, Laas und Hermagor.
- Das Personal braucht Sicherheit – das heißt, diese Kompetenzen müssen in der Landesverwaltung bleiben.
- Primariate müssen mit Spitzenleuten besetzt werden, die österreichweit vergleichbar sind.

Aus diesen Überlegungen heraus galt es, ein nachhaltiges Konzept zu erarbeiten,

um einerseits Einsparungspotenziale zu finden, andererseits aber auch wichtige Entwicklungsmöglichkeiten mit zusätzlichen Investitionen zu definieren. Es sollte ein ganzheitlicher Plan für eine ebenso effiziente wie hochwertige und umfassende Gesundheitsversorgung der Kärntner Bevölkerung für die Gegenwart und Zukunft sein.

Der Grundsatzbeschluss der Kärntner Landesregierung für eine Ausgliederung wurde im Februar 1991 gefasst. In weiterer Folge mussten die Details erarbeitet und anschließend die Wünsche und Vorstellungen in juristische Sätze gegossen werden.

Das erfolgte in einem zwei Jahre dauernden Diskussionsprozess, der – so berichten Verhandler von damals – trotz oft unterschiedlicher Standpunkte sehr sachlich und respektvoll geführt wurde. „Jeder Aspekt wurde hinterfragt und diskutiert. Es wurden ausschließlich gemeinsame Beschlüsse hinausgetragen“, erzählt Prim. Dr. Manfred Freimüller, medizinischer Direktor der Gailtal-Klinik, der als Projektleiter der Strukturreform für das Land Kärnten das Modell mitentwickelte. In diese Gruppe waren Personen aus allen Häusern und ein externer Berater eingebunden. Auch ein Universitätsgutachten zum Thema öffentlich-rechtliche Anstalt versus Aktiengesellschaft wurde eingeholt.

Hinter der Entscheidung stand das Wissen aller Verantwortlichen, dass die öffentliche Gesundheitsversorgung ein äußerst komplexes Thema ist und nicht zuletzt aufgrund zu erwartender stetig steigender Anforderungen nach modernen Managementmethoden agiert werden muss.

Die Landesspitäler aus der Landespolitik auszugliedern, sei auch ein lang gehegter Wunsch in den Häusern gewesen. „Die Politiker sollten die Rahmenbedingungen vorgeben, sich aber aus dem operativen Tagesgeschäft weitgehend heraushalten“, erinnert sich Dr. Harald Wimmer. Er war der am längsten dienende Primarius im Krankenanstaltenverbund. 1985 hatte er in Laas als medizinischer Leiter angefangen, 1993 übernahm er die Abteilung für Innere Medizin im Landeskrankenhaus Villach, die er bis zu seiner Pensionierung 2016 führte. Die

beiden letzten Jahre war er auch medizinischer Direktor. „Ich habe in der Entwicklung des Verbundes also alles mitgemacht, was man mitmachen kann“, sagt er. Im Vorfeld der Ausgliederung habe es mehrere Gesprächszirkel gegeben und er sei aufgrund seiner jahrelangen Erfahrung von den Politikern als quasi informeller Berater immer wieder beigezogen worden.

Juristen im Verfassungsdienst des Landes Kärnten bekamen die Aufgabe, die vielfältigen Wünsche in einen Gesetzestext umzuwandeln

Dr. Albert Kreiner, heute Abteilungsleiter in der Landesregierung, war damals gerade aus der Steiermark gekommen, wo er als junger Jurist in der Landesholding Erfahrungen gesammelt hatte. Im Vorfeld der Ausgliederung hatte er die verschiedenen Arbeitsgruppen zu koordinieren und die Ergebnisse und Wünsche umzusetzen. „Es war eine spannende Aufgabe“, meint er rückblickend.

Und nicht immer leicht zu realisieren. Schließlich wurde das Krankenanstalten-Betriebsgesetz am 23. Februar 1993 von den Abgeordneten zum Kärntner Landtag einstimmig beschlossen. Die fünf Kärntner Landeskrankenhäuser waren nun als öffentlich-rechtliche Körperschaft vereint. Gewählt wurde eine

Form, die weitestgehend einer Aktiengesellschaft nachempfunden war, mit Vorstand und Aufsichtsrat. Das Modell sollte den politischen Einfluss auf die laufende Betriebsführung weitestgehend unterbinden. Als Zielsetzung für die neue Organisation wurde die medizinisch-pflegerische Leistungsoptimierung definiert. Eine Privatisierung hingegen blieb ausgeschlossen. Das Land Kärnten fungierte weiterhin als 100-prozentiger Eigentümer und gründete als Rechtsträgerin die Landeskrankenbetriebsanstalt, kurz: LKA-Betriebsanstalt. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter blieben – bis auf den Vorstand der LKA-Betriebsgesellschaft, der auf fünf Jahre bestellt wurde, – Landesbedienstete.

Als Beratungsorgan für den Vorstand wurde die Krankenanstaltenkonferenz eingerichtet, der die Krankenhausdirektoren sowie der Leiter der zuständigen Rechtsabteilung des Landes angehörten. Sie sollte für einen Interessensausgleich zwischen den einzelnen Häusern sorgen sowie die vielfältigen Aspekte in den Bereichen Medizin und Pflege beachten und sämtliche Berufsgruppen in die Entscheidungsprozesse einbeziehen.

Die Organisationsform einer öffentlich-rechtlichen Gesellschaft wurde gewählt, weil öffentliche Mittel verwaltet werden und die Gemeinnützigkeit, die in diesem Zusammenhang ebenso unerlässlich ist, gewährleistet sein muss. Nicht zuletzt war die Gesellschaftsform der realistischen Einschätzung geschuldet, dass Gesundheitsversorgung nie ohne öffentliche Zuschüsse auskommen würde.

Die fünf Häuser wurden damals als „rechtlich selbständige Krankenanstalten zur weitestgehenden Dezentralisierung unter einem Vorstand“ definiert. Sie waren rechtlich selbstständige Körperschaften, in Anlehnung an eine GmbH organisiert und bekamen je einen eigenen Aufsichtsrat, dessen Vorsitzender der Vorstand der LKA-Betriebsgesellschaft war.

So ganz ohne Probleme war die Ausgliederung jedoch nicht abgelaufen. Das Gesetz war beschlossen und auch mit Steuerexperten abgeklärt worden. Doch das bisher einzigartige Modell – die Managementgesellschaft hatte die Personalwirtschaftskompetenz, Arbeitgeber blieb das Land – rief das Finanzamt auf

den Plan. Die Beamten in Wien vermeinten, hier eine Umsatzsteuerpflicht zu erkennen. Das hätte Mehrkosten von rund 800 Mio. Euro für das Land und damit die Steuerzahler bedeutet. Bei einem Termin im Finanzministerium folgten die Beamten schließlich der Argumentation der Kärntner Experten.

Ein wesentlicher Verhandlungspartner im Zuge des Ausgliederungsprozesses war der Zentralbetriebsrat. Dessen Obmann, Gebhard Arbeiter, ergriff bei dieser Gelegenheit die Chance, Verbesserungen für das Personal zu erreichen.

„Das Pflegepersonal war im Verhältnis zu den anderen Berufsgruppen deutlich schlechter entlohnt“, sagt Rauscher. Und so war ein weiteres Ergebnis dieses Prozesses auch die Entwicklung und Einführung eines neuen Gehaltsschemas nicht nur für das Pflegepersonal, sondern für alle Krankenhaus-Bediensteten. Dieses sogenannte K-Schema sollte österreichweit beispielgebend werden und ist auch heute noch gültig.

Das Gesetz entwickelt sich weiter

Im Ausgliederungsgesetz 1993 hatte man die Zügel bewusst etwas lockerer gehalten, um zu beobachten, wie sich das Zusammenwachsen zu einem Verbund entwickelte. Es wurde absichtlich Spielraum und eine gewisse Unschärfe bei den Kompetenzen zugelassen, um die Praxistauglichkeit zu prüfen. So hatte die Führung der Betriebsgesellschaft weniger unmittelbares Eingriffsrecht als vielmehr Richtlinienkompetenz.

In den Folgejahren explodierten jedoch die Gesundheitskosten, wovon nicht nur Kärnten betroffen war. Es wurde eine Möglichkeit gesucht, die medizinische Versorgung zu möglichst hohen Standards leistbar zu machen. Durch eine straffere Führung erhoffte man sich wirk-

same Steuerungsmöglichkeiten, Synergien und damit Einsparungen.

2010 erfolgte daher jene Gesetzesnovelle, die Ende Februar 2011 in Kraft trat und Struktur sowie Aufbau der KABEG stark veränderte. Unter dem Namen „Changeprozess“ wurden die Vorgaben des Gesetzes in den darauffolgenden Jahren Schritt für Schritt umgesetzt.

Mit dieser Novelle wurden die Teilrechtsfähigkeit der Häuser aufgehoben, sie rückten unter dem Dach des KABEG Managements, wie die LKA-Betriebsgesellschaft seit 2001 hieß, enger zueinander. Mitarbeiter aus einzelnen Verwaltungsbereichen der Häuser wurden personaltechnisch ins KABEG Management übernommen, das damit auch die Perso-

nalhoheit erhielt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter blieben aber weiterhin Bedienstete des Landes Kärnten.

Somit gab es für die gesamte KABEG nur noch einen Aufsichtsrat, der mit allen Regierungsmitgliedern erweitert wurde. Diesem wurde eine Expertenkommission zur Seite gestellt, die als beratendes Gremium fungieren sollte.

2012 wurde diese Kommission aufgrund eines Spruchs des Verfassungsgerichtshofs wieder abgeschafft, der durch diese Konstruktion die Rolle des Aufsichtsrats geschwächt sah.

In der Folge wurde der Aufsichtsrat wiederum erweitert und durch Mitglieder aller im Landtag vertretenen Parteien ergänzt. Damit sollte die medizinische Versorgung auf eine breite politische Basis gestellt werden, wurde argumentiert. Diese Zusammensetzung wurde in den Verfassungsrang erhoben und besteht auch heute noch.

Die Finanzierung des Betriebsabgangs erfolgte nun nicht mehr ausschließlich durch Landeszuschüsse, sondern auch durch Darlehen. Diese Änderung war aufgrund des Maastrichtplans notwendig geworden.

Der legislative Schritt 2010 und die damit verbundenen Debatten rückten das Gesundheitswesen in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Die Politik musste sich ernsthaft mit diesem Thema auseinandersetzen und sich zu Grundsätzen und Zielen bekennen. Nachdem angesichts des gestiegenen Mittelbedarfs immer wieder die Schließung von Häusern im Raum gestanden war, wurden nun klare Fronten geschaffen. Die zu-



Das KABEG-Modell in der aktuellen Form ist bis heute anerkannt

ständigen Politiker gaben Standort-Garantien ab: Alle fünf Häuser sollen bestehen bleiben.

Eine von allen politischen Parteien mitgetragene Gesundheitscharta war das Bekenntnis zur Außerstreitstellung des Gesundheitswesens.

Das KABEG-Modell in der aktuellen Form ist bis heute anerkannt und wurde auch kopiert. Der Wiener Krankenanstaltenverband, dessen Ausgliederung vom Rechnungshof mehrfach gefordert wurde, wird auf Basis dieser Parameter neu aufgestellt und mit Beginn 2019 ebenfalls zu einer Anstalt öffentlichen Rechts umgewandelt.

Viele der Maßnahmen, Synergien und Fortschritte der vergangenen Jahre wären ohne eine mit den notwendigen Kompetenzen ausgestatteten Leitung nicht möglich gewesen. Dazu zählen unter anderem die Gehaltsverhandlungen oder die Umsetzung des vom Land vorgegebenen Strukturplans oder die zahlreichen medizinischen Kooperationen zwischen den Abteilungen der einzelnen Häuser. Und Max Rauscher meint rückblickend: „Es war damals der richtige Schritt. Die Ausgliederung hat sich bewährt. Aus meiner Sicht ist das Gesundheitswesen in Kärnten beispielhaft. Wir haben eine ausgewogene Mischung aus Landeskrankenhäusern und privaten Versorgern. Damit wurden die Erwartungen erfüllt, nämlich die Gesamtversorgung der Kärntner Bevölkerung auf sehr hohem Niveau zu sichern und weiterzuentwickeln.“

INTERVIEW MIT BEATE PRETTNER



Welche Rolle spielt die Politik in der Gesundheitsversorgung?

Die öffentliche Gesundheitsversorgung ist eine wesentliche Aufgabe der Politik. Mit der Ausgliederung der KABEG aus der Landesverwaltung hat sich die Politik aus dem operativen Geschäft zurückgezogen. Die Politik gibt jedoch die wesentlichen Rahmenbedingungen in Form von Leistungsplanungen vor. Kärnten hat sich mit dem „Regionalen Strukturplan Gesundheit 2020“ für die Zukunft gerüstet. Experten beurteilen ihn als mustergültig und vorbildhaft und er wird schrittweise und konsequent umgesetzt. Am RSG 2025 wird gerade gearbeitet.

Was sind die wesentlichen Säulen der Leistungsplanung?

Ziele der Planungsfestlegungen sind die weitere Entlastung vollstationärer Strukturen und die Forcierung tagesklinischer und tagesstrukturierender Leistungsangebote sowie der Ausbau des ambulanten Versorgungsangebots. Die Verantwortung der Politik setzt da ein, wo es heißt, einerseits Menschen Früherkennung zu ermöglichen und andererseits die Innovationen der Medizin für alle erhältlich und für jeden leistbar zu machen.

Inwiefern beeinflusst die Ärzte-Ausbildung die Planungen?

Auf Fachebene werden entsprechend der neuen Ärzte-Ausbildungsordnung insbesondere die Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie interdisziplinär geplant und mit einer Ausnahme auch so ausgewiesen. Auch in den Fachbereichen Chirurgie und Innere Medizin wird die neue Ärzte-Ausbildungsordnung berücksichtigt. Generell bieten die Spitäler der KABEG nicht nur hochwertige Medizin, sondern forcieren auch die Ausbildung. Mir ist es ein Anliegen, Jungmediziner nach Kärnten zu holen und in enger Kooperation mit den Medizinischen Universitäten Studienmodule in Kärnten anzubieten.

Was ist Ihnen als Gesundheitsreferentin wichtig?

Gesundheit ist unser wertvollstes Gut, das es langfristig zu schützen gilt. Bei steigender Lebenserwartung muss es unser Ziel sein, auch die Anzahl der gesunden Lebensjahre zu steigern. Dies gelingt durch präventive Maßnahmen und gesunde Lebensweisen, erfordert aber ein gut ausgebautes Netz an medizinischer Versorgung im niedergelassenen und Spitalsbereich. Hier liegt mir eine konstruktive Zusammenarbeit aller Vertragspartner besonders am Herzen. Nur wenn alle an einem Strang ziehen, werden wir unsere engagierten Ziele erreichen.

Welchen Stellenwert hat die KABEG in der Gesundheitsversorgung in Kärnten?

Die KABEG nimmt mit ihren fünf Häusern Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, LKH Villach, LKH Wolfsberg, Gailtal-Klinik und LKH Laas eine wesentliche Rolle in der Gesundheitsversorgung ein. Immerhin erbringen die KABEG-Häuser 80 Prozent der Krankenanstaltenleistungen in Kärnten. Gleichzeitig sind die weiteren sechs Fondskrankenanstalten wichtige Kooperationspartner.

Was sind die Herausforderungen der Zukunft?

Wir können sehr stolz auf unser Gesundheitssystem sein. Das Zukunftsbild für unsere medizinische Landschaft orientiert sich für mich in erster Linie an dem Anspruch, bedarfsgerechte Versorgung für die Kärntner Bevölkerung an den bestehenden Standorten aufrechtzuerhalten und weiter auszubauen. Wichtig ist, dass wir ein abgestimmtes Leistungskonzept verfolgen, um die hochwertige Gesundheitsversorgung auch nachhaltig sichern zu können. Sie soll die Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten gewährleisten, aber auch zusätzliche Spezialisierungen in der Versorgung ermöglichen, um weiterhin Spitzenmedizin anbieten zu können.

Welche Rolle spielen die Investitionen?

Investitionen in die Gesundheit und damit in die heimischen Spitäler sind enorm wichtig! Das Investitionsprogramm für Kärntens Spitäler bis 2022 soll allen Kärntnerinnen und Kärntnern – egal, welchen Alters, welcher Herkunft, welchen Vermögensstandes – die beste medizinische Versorgung garantieren. Insgesamt werden bis zum Jahr 2023 250 Millionen Euro in den Spitalsbereich investiert. Und letztendlich bedeutet es natürlich auch, am Ball des medizinischen Fortschritts zu bleiben.

Wie wichtig ist die Zusammenarbeit der Einrichtungen?

Wichtig ist es, für die Bevölkerung eine ausgewogene Mischung aus Schwerpunktsetzung und Spezialisierung anbieten zu können. Die Basisversorgung in den Regionen ist ebenso wesentlich wie die hohe Expertise in den Spezialgebieten. In vielen Bereichen werden enge Kooperationen gepflegt: das betrifft einerseits intramural die Krankenanstalten in Kärnten sowie extramural die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Dr.ⁱⁿ Beate Prettnner

Seit 2013 Gesundheitsreferentin des Landes Kärnten und Mitglied im KABEG-Aufsichtsrat, zuvor war sie als Oberärztin im Klinikum Klagenfurt an der Gynäkologie tätig

A wie Anfang

// Es war eines schönen Tages im Juni“, erzählt Dr. Hans Marhl, an besagtem Tag stellvertretender Leiter der Unterabteilung Krankenanstaltenwesen im Amt der Kärntner Landesregierung, heute Leiter der Abteilung Personal und Recht in der KABEG. Im Februar 1993 war das Gesetz beschlossen worden, mit 1. Juni wurden die Krankenhäuser aus der Hoheitsverwaltung des Landes entlassen. Nun galt es, die Paragraphen in gelebte Organisation umzusetzen. Die Zuständigkeiten für die Landeskrankenhäuser waren zu diesem Zeitpunkt auf mehrere Abteilungen – Landesamtsdirektion, Präsidium (Personalabteilung), Finanzen, Sanitätswesen, Soziales, Gesundheitsrecht, Hochbau sowie Buchhaltung – und gleich drei politische Referenten aufgeteilt.

Ein Vorstand mit zwei Mitarbeitern begann mit der Realisierung dieses ehrgeizigen Plans, im Oktober stieß auch Dr. Marhl zu dem Team, das sich im Laufe des Jahres 1994 auf eine Mannschaft von 19 Personen erweiterte. Im Herbst zog das Team in den ersten Stock des Ärztehauses, von wo aus die Geschicke des Kärntner Krankenanstaltenverbundes bis Ende 2011 geführt wurden, bevor das KABEG Management nach der Eröffnung



der Neubauten im Klinikum Klagenfurt auf das Krankenhausgelände in jenes historische Gebäude zog, in dem zuvor die plastische Chirurgie untergebracht gewesen war.

„Wir begannen bei null, es fehlten grundlegende Strukturen, entsprechende EDV-Programme, einfach alles. Aber wir waren eine kleine, motivierte Gruppe, die etwas bewegen wollte“, erinnert sich Dr. Marhl.

Was in den nächsten Jahren folgte, war der sukzessive Aufbau einer funktionierenden und schlagkräftigen Struktur und Organisation, die den sich relativ rasch ändernden Bedingungen im Gesundheitswesen und in der Bevölkerung Rechnung tragen konnte. Anstelle einer Amtsverwaltung sollte ein Geschäftsbetrieb treten, was nicht nur organisatorischer, sondern auch mentaler Änderungen bedurfte.

Sie gehörten zum Team der ersten Stunde: Dr. Dieter Errath, Mag. Renate Koncilia, Dr. Hans Marhl und Vorstand Dr. Eckhardt Westphal

Einer der ersten Schritte war die Umstellung der Budgetgebarung, weg vom Denken in „Jahresscheiben“. Für eine längerfristige Planung sollte es – anders als in den Abteilungen der Landesregierung – möglich sein, Gelder, die im auslaufenden Kalenderjahr nicht verbraucht wurden, für spätere Investitionen ins nächste Jahr mitzunehmen.

Was auch erst entwickelt werden musste, war der „Wir-Gedanke“ innerhalb der einzelnen Häuser, die denselben Eigentümer hatten und im Prinzip dasselbe Ziel – die medizinische Versorgung der Kärntner Bevölkerung – verfolgten, die einander dennoch als Konkurrenten auf dem Markt sahen und zentralen Vorgaben mit gemischten Gefühlen gegenüberstanden. Als ersten wirklich großen Schritt zu einer Vereinheitlichung der kaufmännischen Systeme bezeichnet Dr. Marhl die Einführung der Software SAP, die heute Standard in den meisten großen Unternehmen weltweit ist. „Es war ein Quantensprung. Damit waren Dinge möglich, von denen wir vorher nicht zu träumen wagten“, sagt er. Es war quasi die Umstellung vom händischen Transport der Belege in Waschkörben von einem Büro zum anderen auf die Beschaffung von Daten per Knopfdruck.

Viele alte Systeme wurden damit schrittweise abgelöst, bis hin zur Logistik und Speiseanforderung. Mit zusätzlichen Daten und zeitnahe Information wurde eine effektivere Steuerung des Verbundes möglich. Ein zentraler Einkauf und die damit verbundenen Einsparungen hätten ohne ein solches Instrument niemals Realität werden können.

Die zentrale Stelle musste stark und kompetent sein, um alle neuen Herausforderungen annehmen zu können, die im Laufe der Jahre kommen sollten. Steuerungsfunktionen waren nötig, um rasch und flexibel reagieren zu können. „1993 war eine österreichweite Gesundheits- und Bedarfsplanung, wie wir sie heute haben, Science-Fiction“, meint Dr. Marhl.



**Büroräumlichkeiten
des KABEG Manage-
ments im Ärzte-
haus: die Fassade
war über viele
Jahre auch
optisches Element
in Foldern und
Drucksorten**

Vorgaben kamen im Laufe der Jahre sowohl vom Land und vom Bund. Dazu zählten unter anderem der Kärntner Krankenanstaltenplan, der Regionale Strukturplan Gesundheit, das Kärntner Gesundheitsfondsgesetz, der Psychiatrieplan des Landes Kärnten, der Österreichische Strukturplan Gesundheit, der Österreichische Krankenanstaltenplan, Gesetzesnovellen zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Arbeitszeitgesetze und viele mehr.

„Wir haben stets daran gearbeitet, Tools zu schaffen, um die Vorgaben möglichst einfach umsetzen zu können“, erklärt Dr. Marhl. „Und man darf nicht vergessen, dass bei eingeschränkten Mitteln eine immer höhere Qualität erbracht werden muss. Das macht es notwendig, dass man enger zusammenarbeitet und entsprechende Strukturen schafft“, sagt der Abteilungsleiter, der den Krankenanstaltenverbund mitgestaltet hat und rückblickend meint: „Die Entwicklung der KABEG von ihren Anfängen bis heute ist auch der Wechsel vom hemdsärmeligen Praktiker und Einzelkämpfer hin zu einheitlichen Standards.“

Der Verbund bekommt einen Namen

Unter dem Namen KABEG und mit einem neuen Logo tritt die Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft ab 2001 auf. Dem war ein Leitbildprozess inklusive Namensfindung vorausgegangen.

Die LKA-Betriebsgesellschaft wurde zur KABEG, der KABEG-Schriftzug mit einem schwingvollen Bogen das neue Logo, das im Laufe der Jahre immer wieder adaptiert wurde.

Mit diesem Zeitpunkt brach auch das Internet-Zeitalter für die Betriebsgesellschaft an. Unter www.kabeg.at war sie nun online. 2001 war der gesamte Krankenanstaltenverbund mit allen Häusern im Netz. Die Spitäler waren sowohl über die Homepage des KABEG Managements als auch unter ihren eigenen Adressen erreichbar.

Der nächste Schritt des Zusammenwachsens der fünf Landes-spitäler untereinander und mit der Betriebsgesellschaft folgte 2003. Zum 10-Jahr-Jubiläum schenkte sich die KABEG die Dachmarke. Sie sollte nach außen hin sichtbar machen, was im Inneren zum Teil bereits Realität war und das Wir-Denken und -Agieren weiter stärken.

Auch wenn die Häuser nun im KABEG-Verbund vereint waren und die Zusammenarbeit in einzelnen Bereichen zu funktionieren begann, führten sie noch immer ein optisches Single-Dasein. Jedes Haus hatte seinen eigenen Auftritt, sein eigenes Logo, an dem man liebevoll festhielt. Immerhin war es über viele Jahre und Jahrzehnte ein Identifikationssymbol für die Belegschaft, aber auch für die Patientinnen und Patienten gewesen. Der Abschied fiel so manchem nicht leicht.

Die Dachmarke als Projekt eines einheitlichen Unternehmensauftritts wurde unter Einbeziehung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus allen Häusern entwickelt, vom Lenkungsausschuss am 18. September 2003 beschlossen und ab diesem Zeitpunkt schrittweise umgesetzt.

Das Erscheinungsbild sollte sich damit grundlegend und umfassend ändern. Neue Logos wurden kreiert, erstmals einheitlich für alle Häuser – der KABEG-Schriftzug bekam einen vertikalen Balken mit dem Namen des jeweiligen Hauses. Die einheitliche Linie setzte sich beim Intranet, bei Formularen, Schriftverkehr, Wegweisern, Foldern und anderem Informationsmaterial, Tafeln, bei der Beschriftung der Oberbekleidung und den Autos fort. Mit der Dachmarke wurden auch die einheitlichen @kabeg.at





**Einheitliche Logos:
die fünf KABEG-
Häuser treten
gemeinsam auf**

Mailadressen eingeführt. Darüber hinaus entstand die Verbundphilosophie, die nach wie vor gültig ist.

Im Zuge der Dachmarke wurde auch der gemeinsame Auftritt aller KABEG-Häuser auf der Klagenfurter Gesundheitsmesse entwickelt und umgesetzt. Auf diese Weise präsentierte sich nicht nur der Verbund in seiner Einheit, sondern es wurden über viele Jahre die herausragenden Leistungen, neue Angebote und die Kompetenz der KABEG-Häuser einem breiten Publikum zugänglich gemacht. Der Messestand der KABEG zählte zu den beliebtesten Zielen auf der Gesundheitsmesse. Der für Organisation und Personal aufwändige Messeauftritt wurde nun durch

themenbezogene Veranstaltungen in den Häusern ersetzt.

Die KABEG-Maskottchen, die Tidis, benannt nach ihrem Erfinder Dr. Jan Tidstrand, damals Erster Oberarzt am Strahlentherapeutischen Institut des Klinikums Klagenfurt, stammen ebenfalls aus dem Projekt Dachmarke. Dr. Tidstrand hatte bereits als junger Arzt seiner künstlerischen Ader nachgegeben und eine Comic-Figur erfunden, mit der er den Krankenhausalltag immer wieder humorvoll kommentierte und die durch Ausstellungen und zwei Bücher bereits bekannt war. Im Zuge der Dachmarke entwickelte er im Auftrag der KABEG die Tidis zum Angreifern, die in allen KABEG-Häusern die kleinen Patienten erfreuen sollen.



**Die Illustrationen
Dr. Jan Tidstrands
begleiten den
KABEG-Verbund
seit vielen Jahren**



**Das Team
des Projektes
„Dachmarke“**

INTERVIEW MIT MICHAELA MORITZ

Was sind die Aufgaben des Aufsichtsrats?

Der Aufsichtsrat hat laut KABEG-Gesetz Kontrollfunktion. Wir überwachen die Arbeit der Geschäftsführung und die Gebarung des Verbundes.

Welchen Einfluss kann der Aufsichtsrat auf die Entwicklung der KABEG nehmen und kann er Fehlentwicklungen verhindern?

In regelmäßigen Sitzungen erhalten wir Bericht über die finanzielle Situation und über geplante Projekte. Ab einer Investitionssumme von einer Million Euro muss der Aufsichtsrat der Ausgabe zustimmen. Auf diese Weise haben wir den Überblick über die Finanzen und können so Fehlentwicklungen erkennen und verhindern. Bei Unregelmäßigkeiten haben wir die Pflicht zu reagieren.



Hat es eines solchen Eingreifens bedurft?

Wie wahrscheinlich hinlänglich bekannt ist, musste der Aufsichtsrat im Jahr 2013 Vorständin Ines Manegold mehrheitlich wegen eines schweren Vertrauensverlustes und wegen Fehlentscheidungen abberufen. Es bestand Gefahr in Verzug. Der Landesrechnungshof hat dies in einer Untersuchung später bestätigt. Das war sicher eine schwierige Zeit für die KABEG, aber die Lage hat sich mit der Bestellung des neuen Vorstands Arnold Gabriel Anfang 2014 relativ rasch wieder stabilisiert und ist nun solider und sicherer denn je.

Gab es weitere Probleme, die es zu meistern galt?

Das Krankenanstaltenwesen blieb, wie viele andere Bereiche, von der allgemeinen Wirtschaftskrise nicht verschont. Dazu kamen in späterer Folge die finanziellen Engpässe, die durch den Hypo-Skandal verursacht wurden. Doch die Krisen wurden gut gemeistert und die Gesundheitsversorgung in Kärnten konnte stets gesichert werden.

Was waren aus Ihrer Sicht wesentliche Entscheidungen?

Wesentliche Entscheidungen für bestimmte Entwicklungen der Landeskrankenhäuser und die damit verbundenen Investitionen waren unter anderem die Grundsatzentscheidung für die Kooperation zwischen KABEG und AUVA, der Neubau der Psychiatrie

im Klinikum Klagenfurt, die Neustrukturierung der Baustufe 1 im LKH Villach und die Umsetzung des Aktionsplanes im LKH Wolfsberg.

Weiters wurden wichtige Personalentscheidungen getroffen. Diese Strategien, die vom Aufsichtsrat mitgetragen und unterstützt wurden, haben sich als richtig erwiesen. Das zeigen Auslastung und stetig steigende Nachfrage.

Die Zusammensetzung des Aufsichtsrats hat sich im Laufe der 25 Jahre mehrmals geändert.

Ja, am Anfang waren es neun Mitglieder, zu diesem Zeitpunkt hatte die KABEG auch noch nicht die weitreichenden Kompetenzen über die Landeskrankenhäuser. Das änderte sich mit der Gesetzesnovelle 2010. Aufgaben und Funktion einer häuserübergreifenden Steuerung wurden stärker und damit gewann auch der Aufsichtsrat an Bedeutung und wurde aufgestockt.

Aktuell sind unter anderem alle Regierungsmitglieder und alle im Landtag vertretenen Parteien in diesem Gremium vertreten. Ist das sinnvoll?

Die öffentliche Gesundheitsversorgung ist eine der wesentlichen Aufgaben der Politik und sie setzt dafür viel Steuergeld ein. Daher ist es sinnvoll, dass alle in diese Entscheidungen eingebunden werden und auch die notwendigen Informationen bekommen. Die Gesundheitsversorgung soll so außer Streit gestellt werden.

Wie sehen Sie die aktuelle Situation des Krankenanstaltenverbundes?

Er hat sich in den vergangenen Jahren trotz herausfordernder finanzieller Rahmenbedingungen gut entwickelt. Das bedeutet auch eine stabile Prognose für die nächsten Jahre.

Wie soll sich die KABEG weiterentwickeln?

Ich denke, dass der eingeschlagene Weg beibehalten werden sollte. Die Strategie einer wohnortnahen Grundversorgung und zentraler Spitzenmedizin ist international erfolgreich und sollte auch hier weiterbetrieben werden. Synergieeffekte können auf diese Weise erzielt, Kooperationen unter den Häusern ausgebaut werden. Dabei gibt der Regionale Strukturplan Gesundheit die Richtung für eine bedarfsgerechte Patientenversorgung vor. Die Rahmenbedingungen werden sich auch weiterhin ändern und der Krankenanstaltenverbund wird im Rahmen seiner Möglichkeit wie bisher flexibel und bedarfsgerecht darauf reagieren.

Dr.ⁱⁿ Michaela Moritz

Ehemalige Geschäftsführerin der Gesundheit Österreich GmbH, seit 2013 Vorsitzende des KABEG-Aufsichtsrats, der sich aus insgesamt 14 Mitgliedern zusammensetzt

Pla nen und Bau en



I,4 Milliarden in 25 Jahren

Der Bereich Investitionen ist ein sehr dynamischer. Laufend wurden und werden in den Häusern Baustrukturen verbessert, Bauten abgerissen, neue errichtet, Abteilungen und Patientenzimmer modernisiert, neue Therapieräume und vieles mehr geschaffen.

Die Medizintechnik schreitet fort und erfordert Anpassungen, damit den Patientinnen und Patienten stets der neueste Stand der Technik geboten werden kann. Die Informationstechnologie hat sich in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten mit rasanter Geschwindigkeit entwickelt. In all diese Bereiche gemeinsam wurden seit der Ausgliederung der Landeskrankenhäuser rund 1,4 Mrd. Euro investiert, davon rund 40 Prozent in IT und Medizintechnik.

Und der Bereich Investitionen ist nie abgeschlossen. Es wird auch in Zukunft weiter gebaut und modernisiert. Kleinere und große Projekte befinden sich in der Realisierungsphase oder in Planung. Alle Häuser haben Masterpläne für die Zeit bis 2030 erstellt.

Aktuell verfügt der Krankenanstaltenverbund über ein jährliches Investitionsbudget von mehr als 40 Mio. Euro. Dieser Budgetdeckel besteht seit 2014, als mit der Überarbeitung des Europäischen Systems volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen (ESVG) die Krankenanstalten rückwirkend mit 2013 dem Staat zugeordnet wurden und somit das Maastricht-Ergebnis beeinflussen. Das bedeutet, dass nicht nur die Schuldenstandsveränderungen der KABEG dem Schuldenstand des Landes zuzurechnen sind, sondern sämtliche Ein- und Ausgaben. Daher muss auch die KABEG ihren Beitrag zur Einhaltung der Maastricht-Kriterien leisten und ein vorgegebenes Jahresbudget einhalten.

In diesen 40 Mio. Euro – zehn Mio. Euro davon kommen aus dem Kärntner Gesundheitsfonds, der Rest wird über Kredite finanziert – müssen Baumaßnahmen, Medizintechnik und Informationstechnik untergebracht werden. Die Häuser melden ihren Bedarf beim KABEG Management an, wo eine Prioritätenliste erstellt, die Vorhaben koordiniert und Jahr für Jahr umgesetzt werden. „Wir müssen ausgewogen entscheiden und abwägen, was wir uns leisten können und was am dringendsten realisiert werden muss“, erklärt Ing. Jürgen Schratte, MBA, Leiter des Investitions- und Facility Managements in der KABEG, die Vorgehensweise.

Ein jährliches
Investitionsbudget
von rund 40 Mio.
Euro steht zur
Verfügung

Eine langfristige und abgestimmte Planung sichert die Standorte

Am Anfang, im Jahr 1993, wurde die Abteilung 12 K des Amtes der Kärntner Landesregierung dem LKH Klagenfurt als Bauabteilung zugeordnet. In allen Landeskrankenanstalten sowie im KABEG Management wurden Organisationseinheiten geschaffen, die sich mit den Neu-, Zu- und Umbauten des jeweiligen Hauses beschäftigten. Abhängig von der Größe des Krankenhauses gab es eigene Fachleute für den Ankauf von medizintechnischen Geräten.

Mit der Gesetzesänderung 2010 wurde dieser Bereich zentralisiert und im KABEG Management angesiedelt. In den Jahren danach wurden die Aufgaben auf zwei Bauabteilungen und die Abteilung für Informations- und Kommunikationstechnologie/Medizintechnik (IKT/MT) aufgeteilt. Die Vorgaben kommen aus dem KABEG Management, abgewickelt werden die Bauprojekte des Klinikums Klagenfurt und des LKH Wolfsberg in Klagenfurt, Villach ist für die eigenen Bauprojekte sowie für das LKH Laas und die Gailtal-Klinik zuständig.

Vorhaben, die voraussichtlich zwei Promille des Landesvoranschlags überschreiten, werden vor der Realisierungsgenehmigung vom Landesrechnungshof geprüft. Das ist in Kärnten und der Steiermark einzigartig und soll helfen, bereits im Vorfeld Fehler zu entdecken und zu

vermeiden. Das Wichtigste für einen reibungslosen Ablauf eines Bauprojekts ist jedoch ein qualifiziertes Team, das gut zusammenarbeitet und bei der Umsetzung stets auf den Einklang des Dreiecks Qualität – Termine – Kosten achtet.

Am stärksten verändert von allen KABEG-Häusern wurde das Klinikum Klagenfurt

Mit einer Investition von rund 370 Mio. Euro trat unter dem Projektnamen „LKH Klagenfurt Neu“ anstelle des Pavillonsystems ein großer Neubau mit modernster Medizintechnik und höchstem Standard – es gibt nur noch Ein- und Zweibettzimmer.

Die großangelegte Erneuerung der Infrastruktur war nach Vorlage von Studien und Abwägen aller künftigen Entwicklungen im Aufsichtsrat der KABEG Ende 2001 beschlossen worden. Die bestehende Infrastruktur mit dem Pavillonsystem wäre nicht wirtschaftlich zu führen gewesen, und so entstand praktisch bei laufendem Betrieb ein neues Krankenhaus. 2002 erfolgte der Projektstart mit der Planungsphase, 2003 wurde der Glanfluss umgeleitet, 2006 fand die Grundsteinlegung statt; aktuelle Ausgaben von Tages-

zeitungen, Münzen, eine Kärntner Fahne, eine Festschrift und Kärntner Wein wurden unter anderem darin eingemauert. Im Laufe der nächsten vier Jahre wurden 250.000 Kubikmeter Erde ausgehoben, was dem Volumen von 700 Einfamilienhäusern entspricht. Weiters wurden, 11.700 Tonnen Betonstahl verbaut sowie 3000 Kilometer Elektrokabel verlegt.

Errichtet wurden das Ver- und Entsorgungszentrum (VEZ) und das Chirurgisch Medizinische Zentrum (CMZ). Das VEZ ist ein modernes Logistikzentrum, der Motor für das Funktionieren des gesamten Betriebs. Dazu gehört auch eine ausgeklügelte Logistik, deren Herzstück das fahrerlose Transportsystem (FTS) ist, das seit September 2008 Speisen, Abfall, Sterilgüter, medizinische Güter und Wäsche auf unterirdischen Wegen zu seinen jeweiligen Zielen bringt. 750 Rollcontainer führen pro Tag 1500 Einzelfahrten durch. Im VEZ sind Zentralwäscherei, Werkstoffsammlungszentrum, Energie- und Medienzentrale, Zentralküche, Zentrallager, Speisesaal, Zentralsterilisation, Apotheke, Zentrallabor und Werkstätten zusammengefasst.

In das CMZ zogen am 4. und 5. Juni 2010 die beiden Medizinischen Abteilungen, die Neurologie, die Lungenabteilung, die Chirurgie, die Urologie, die Herz-Thorax-Chirurgie, die Neurochirurgie, die Unfallchirurgie, die Orthopädie, die Anästhesie- und Intensivmedizin. Eingerichtet wurde weiters eine Zentrale Aufnahmeeinheit.

Der Umzug erfolgte bei laufendem Betrieb und war eine logistische Herausforderung. Jede der siedelnden Abteilun-



gen war doppelt besetzt. Auf den alten Abteilungen gingen die Routinearbeiten weiter, während im CMZ die Mitarbeiter auf die Patienten warteten, um mit ihnen im neuen Haus den ganz normalen Krankenhausalltag weiterzuleben. 550 Patienten wurden so innerhalb von zwei Tagen übersiedelt. Für Intensivpatienten gab es spezielle Regelungen.

Das Klinikum ist als erstes Krankenhaus dieser Größenordnung in Österreich auch mit dem „Green Building Zertifikat“ der Europäischen Kommission ausgezeichnet. Damit werden Investitionen in die Energieeffizienz honoriert. Der Heizwärmebedarf des CMZ liegt um 36,8 Prozent unter dem vom Institut für Bauen und Ökologie (IBO) geforderten Wert. Der Kühlbedarf liegt sogar um 41 Prozent darunter. Um ein Green Building zu sein, müssen die genannten Richtwerte um 25 Prozent unterschritten werden.

Bereits zuvor hatte es auf dem Gelände des Klinikums Klagenfurt wesentliche

**LKH Klagenfurt
NEU: damals
die größte
Hochbaustelle
Europas**

Investitionen gegeben. So wurde 2002 das neue Gesundheitszentrum für Kinder, Jugendliche und Frauen, gemeinhin als Eltern-Kind-Zentrum (kurz: ELKI) bekannt, mit 189 Betten, 370 Mitarbeitern und 36.600 Patienten im Jahr eröffnet. 2004 wurde im Anschluss an dieses Haus ein Neubau für die Neurologie und

Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters (NPKJ) angebaut. Die beiden Gebäude wurden verbunden, sodass manche Einrichtungen gemeinsam genutzt werden können. Als das Gebäude 2005 fertiggestellt war, begann man mit der Adaptierung der Geriatrie. Zwei Stationen mit 57 Betten wurden neu gestaltet.

Die Gebäude des Landeskrankenhauses Villach wurden im Laufe der Jahrzehnte mehrfach umgebaut, adaptiert und durch Zu- und Neubauten erweitert

Zu den zahlreichen Bauvorhaben im LKH Villach zählen die Baustufe III, das Parkdeck, der Neubau der Dialyse, das Container-Lösung für die Interne Abteilung, der Abriss des Kamins, OP-Ausstattungen, medizintechnische Großgeräte wie Magnetresonanztomographen, Angiographieanlagen, Sterilisatoren, um nur einige Investitionen aufzuzählen, die für die zeitgemäße Patientenversorgung im LKH Villach getätigt wurden.

Die Baustufe III war das zum damaligen Zeitpunkt größte Hochbauvorhaben Kärntens, und wurde Ende 2000 abgeschlossen. 2001 wurde die Kinderintensiv umgebaut, danach folgte der Umbau der Pathologie.

2002 wurde begonnen, den ältesten Gebäudeteil, der aus der Wende zum 20. Jahrhundert stammt und an die neu errichtete Baustufe III anschloss, zum Teil vollständig zu entkernen und zu sanie-

ren. Der erste Abschnitt war 2004 mit der Neubesiedelung der Abteilungen für Neurologie und Psychosomatik sowie der Abteilung für medizinische Geriatrie abgeschlossen und mit einem Zubau über dem Speisesaal wurde begonnen. Auch die Arbeiten für die Intensivstation und die Ambulanz begannen. Der komplette Umbau war Ende 2006 abgeschlossen.

Das derzeit laufende Projekt „Neustrukturierung Baustufe 1“ ist ein über mehrere Jahre angelegtes Projekt und wird in mehreren Teilabschnitten umgesetzt. Aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung wurde das Vorhaben 2018 neuerlich dem Aufsichtsrat zur Beschlussfassung vorgelegt, welcher die Zustimmung einstimmig erteilte. Im Gebäude werden die Abteilungen Psychiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Innere Medizin untergebracht sein. Die Neonatologie und Kinderintensivstation wurden in Leicht-



Kaminabbruch im Zuge der Neugestaltung der Parkplätze und Grünflächen im LKH Villach

bauweise auf das Flachdach des Zentral-OP gesetzt und sind bereits in Betrieb gegangen. Die interdisziplinäre Endoskopie wurde 2017 in Betrieb genommen.

1997 wurde im Landeskrankenhaus Wolfsberg das Zentralröntgeninstitut zur ersten volldigitalisierten, filmlosen Radiologie Kärntens umgebaut

Bis zum Jahr 2003 wurden im LKH Wolfsberg verschiedene Bettenstationen saniert, bis 2004 waren mehrere Baumaßnahmen im Ausmaß von 9,5 Mio. Euro abgeschlossen. So wurde unter anderem die Ambulanz in der Unfallabteilung umgebaut und ein Hubschrauberlandeplatz auf dem Dach des Gynäkologiegebäudes errichtet. Küche und Speisesaal wurden erneuert, wobei das Konzept gleichzeitig auf cook & chill umgestellt wurde. Ein neues Logistikzentrum im Verwaltungsgebäude sowie die Zusammenführung des Medikamentendepots und Zentralmagazins waren ebenso ein Modernisierungsschritt wie die Umstellung der Versorgung der Stationen auf das Modulsystem.

2003 war die Entscheidung gefallen, für die geriatrischen Patienten einen Neubau um 9 Mio. Euro zu errichten. 2005 erfolgte der Spatenstich, Anfang 2007 ging die Geriatrie in Betrieb, 2008 wurde sie mit dem Landesbaupreis 2007 ausgezeichnet.

Die Jury lobte damals „viel Raum, viel Tageslicht, Ausblicke in die Natur in alle Richtungen, angenehme Materialien, leichte Orientierung sowie intime und gemeinschaftliche Raumzonen in elastischer Verknüpfung.“

Das nächste große Projekt startete 2008 mit dem Neubau der Lymphklinik, 20 Mio. Euro wurden investiert. Mit dem Eingangsbereich entstand auch ein neuer Haupteingang für das Krankenhaus. Der Zeitplan damals war sehr eng: die Bewilligung der Sanitätsbehörde musste zu einem bestimmten Zeitpunkt erteilt werden, um die Betten nicht zu verlieren. Denn die Verträge mit dem Hauptverband waren bereits abgeschlossen.

Im Rahmen eines groß angelegten Aktionsplanes wurden bis 2017 die Baustufen 1 und 2 umgesetzt. Die Abteilung für Gynäkologie wurde – ausschließlich im Standard von Ein- und Zweibettzimmern – in den Chirurgie-Bettentrakt versetzt, während im alten Gynäkologie-Gebäude



Der Abschnitt „Baustufe 1“ war der Anfang des umfassenden Aktionsplanes im LKH Wolfsberg

eine hochmoderne Intensivereinheit und Räume für endoskopische Untersuchungen errichtet wurden. Die Einrichtungen, die 2017 in Betrieb gingen, kosteten in Summe 15 Mio. Euro und blieben damit um eine Million Euro unter dem präliminierten Budget.



**Umbau der
Sanitärzellen
im LKH Laas**

Das Landeskrankenhaus Laas, das kleinste der KABEG-Häuser, wurde 1997 in 25-monatiger Bauzeit zu einem modernen Haus mit Hotelkomponente umgebaut

Erstklassige medizinische und pflegerische Versorgung mit menschlicher Zuwendung und persönlicher Betreuung sind gelebte Wirklichkeit. 2016 und 2017 wurden alle Sanitärbereiche auf den modernsten Stand gebracht und die Sonderklassestation wurde komplett erneuert. Seit 2006 besitzt das Haus Solaranlagen, die von 2007 an auch zum Kühlen eingesetzt wurden. Eine Bioheizanlage wurde 2010 in Betrieb genommen.

Im Jahr 2000 fasste der Aufsichtsrat der KABEG den Grundsatzbeschluss für das Projekt „Krankenhaus- erweiterungsbau/Rehab“ der Gailtal-Klinik

Das Projekt wurde im Dezember 2000 offiziell gestartet. 2002 wurde die Raum- und Funktionsprüfung erstellt, Ende des Jahres war der Architektenwettbewerb entschieden, am 9. Juni 2005 schließlich fand sich die Landespolitik zum Spatenstich in Hermagor ein. Die Arbeiten schritten zügig voran, so dass der Neubau mit 90 Betten auf drei

Stationen 2006 in Betrieb gehen konnte. Errichtet wurde ein viergeschoßiger separater Baukörper, der wenig Eingriffe in den Bestand und keine Betriebsunterbrechung während der Bauzeit verursachte. Insgesamt wurde die Gailtal-Klinik von knapp 7000 auf über 14.000 Quadratmeter mehr als verdoppelt. Die Investitionssumme betrug bis 2007 mit dem Umbau des Bestandes insgesamt 17,5 Mio. Euro. Dabei wurden auch Erholungsgürtel mit verschiedenen Parcours, die als Ruhe- und Freizeitzone für Patienten und bei Bedarf auch als Therapiebereich gedacht sind, geschaffen.



Erweiterung
der Gailtal-Klinik

Weitere Bauprojekte der nächsten Jahre

Das größte Bauprojekt der nächsten Jahre ist der weitere Aus- und Umbau von Krankenhausgebäuden im Rahmen des Projektes „Neustrukturierung Baustufe 1“ in Villach. 74 Mio. Euro sollen bis zum Jahr 2021 in Bau und Technik investiert werden. Damit werden entsprechende Strukturen entstehen, um die medizinischen Anforderungen des K-RSG 2020 und des Psychatrieplanes zu erfüllen. In dem Bereich werden zusätzliche Betten für die Bereiche Psychiatrie und Psychosomatik sowohl für Erwachsene als auch Jugendliche und Kinder sowie eine Anhaltestation gemäß dem Unterbringungsgesetz Platz finden.

Das zweite große Projekt der KABEG ist der Neubau der Abteilung für Psychiatrie im Klinikum Klagenfurt. Der Neubau wird nördlich des bestehenden Gebäudes errichtet. Nach der Inbetriebnahme sollen die alten Bauten abgerissen werden. 40 Mio. Euro werden in den Jahren 2019 bis 2021 investiert.

Der nächste Schritt im Klinikum Klagenfurt wird der Umbau und die Adaptierung des Gebäudes Chirurgie Ost sein. Hier soll das Unfallkrankenhaus einziehen. Auch die Abteilungen für Unfallchirurgie und für Orthopädie werden dann vom CMZ in dieses Gebäude übersiedeln, während die Hals-, Nasen- und Ohren-

abteilung den frei gewordenen Platz im CMZ bekommt.

In Wolfsberg wurde bereits mit der Umsetzung der Baustufe 3 des Aktionsplanes begonnen, Stufe 4 steht in der Warteschleife. Dazu gehören die Anpassung der Bettenstationen, der Ambulanzen, der Dialyse und des Zentralröntgeninstituts.

INTERVIEW MIT **ARNOLD GABRIEL**

Vor 25 Jahren wurden die Landesspitäler aus der Landesverwaltung ausgegliedert. Welche Erwartungen hatte man?

Das Ziel war, aus fünf eigenständig agierenden Krankenhäusern, in denen zweifellos ausgezeichnete Arbeit geleistet wurde, einen Gesundheitsverbund zu machen. Auch und vor allem vor dem Hintergrund, stets die neuesten medizinischen Entwicklungen mitmachen und diese auch finanzieren zu können.

Wurde das Ziel erreicht?

Dieser Verbund stand natürlich nicht von heute auf morgen, sondern wurde in einem über Jahre und Jahrzehnte laufenden Prozess entwickelt. Aber es ist schon beachtlich, was in 25 Jahren in allen Bereichen erreicht wurde. Viele Kooperationen und Synergieeffekte, die heute selbstverständlich sind, wurden über die Jahre eingeleitet und entwickelt.

Wofür steht die KABEG?

Für hochwertige Gesundheitsversorgung in Kärnten! Ich bin sehr stolz darauf, dass sich die KABEG zu einem stabilen und wirtschaftlich agierenden Unternehmen entwickelt hat. In unseren Häusern wird Spitzenmedizin angeboten. Im medizinischen Bereich wurde die Zusammenarbeit innerhalb der Abteilungen und Häuser intensiviert und im kaufmännischen Bereich gibt es allein in den Bereichen IT oder Einkauf ökonomische und organisatorische Vorteile – um nur einige Beispiele zu nennen. Mir als Vorstand ist es wichtig, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit wir auch in Zukunft hochwertige Patientenversorgung an allen Standorten anbieten können. Dabei ist die Stärkung der Häuser im Kerngeschäft ebenso wichtig wie die übergreifende strategische Planung.



Was ist der Nutzen für die Patienten?

Mit der Umsetzung des abgestuften Versorgungskonzeptes kann für jeden Standort langfristig eine Bestands-sicherung garantiert werden. So lassen sich sowohl regionale Basisversorgung samt Spezialisierung als auch medizinischer Fortschritt erwirken.

Hätte man das ohne Ausgliederung nicht geschafft?

Ohne gezielte Steuerung innerhalb eines Verbundes und ohne Leistungsplanung wäre es in diesem Ausmaß nicht erreichbar und auch nicht finanzierbar gewesen.

Nur so war ein gezielter Einsatz der finanziellen Mittel und das Erzielen von Synergiepotenzialen möglich. Letztendlich wurde durch die Kooperationen innerhalb des Verbundes nicht nur gespart, sondern auch wertvolles Know-how weitergegeben und damit vervielfacht.

Ein Wunsch im Rahmen der Ausgliederung war auch, die Politik aus den Entscheidungen herauszuhalten. Hat es funktioniert?

Ganz kann und darf sich die Politik nicht heraushalten. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist eine der wesentlichen Aufgaben der Politik. Sie sorgt über Leistungs- und Entwicklungspläne dafür, dass alle Menschen in diesem Land gleichermaßen Zugang zu hochwertiger Medizin und Pflege haben. Nach der Ausgliederung hat sich die Politik aus dem operativen

Geschäft zurückgezogen und überlässt die Entscheidungen dem Vorstand und dessen Geschäftsapparat. Die strategische Kontrollfunktion wird vom politisch besetzten Aufsichtsrat wahrgenommen.

Gab es auch Krisen?

Eine schwere Krise machte das Land und damit auch der Krankenanstaltenverbund durch den Hypo-Skandal und die daraus folgende finanzielle Situation durch. Man wusste kurzfristig auch nicht, wie es mit der Gesundheitsversorgung weitergehen wird und ob diese in der Form noch finanzierbar sein wird.

Wie wurde diese Krise gelöst?

Die KABEG hat durch den Sparkurs auch dem Land Kärnten geholfen, die Krise zu bewältigen. Wir sind jedoch nach wie vor mit herausfordernden finanziellen Rahmenbedingungen konfrontiert. Durch eine äußerst umsichtige Haushaltsführung und ein Lean Management-Programm ist es uns gelungen, das Unternehmen zu stabilisieren und gleichzeitig weiterhin eine hochwertige Patientenversorgung anzubieten.

Der Gesundheitsbereich ist einer der größten Kostenfaktoren im öffentlichen Haushalt.

Es stimmt, die Gesundheitsversorgung kostet Geld. Aber es ist auch ein wichtiger sozialpolitischer Auftrag und das Steuergeld ist in diesem Bereich sinnvoll eingesetzt. Darüber hinaus sind

die Kärntner Landeskrankenhäuser der größte Arbeitgeber im Land und damit ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor. Allein durch die Einkommen der Bediensteten entsteht eine Kaufkraft, die wiederum der Wirtschaft zugute kommt. Dazu kommen noch die Investitionen, die zusätzlich für Arbeitsplätze in unterschiedlichen Bereichen und für Multiplikatoreffekte in der Wirtschaft sorgen.

Wie hat sich die Finanzlage entwickelt und was sind die Herausforderungen der Zukunft?

Der Nettogearbungsabgang war in den vergangenen Jahren deutlich unter den ursprünglich im Jahr 2014 veranschlagten Werten. In allen Bereichen war trotz Steigerungen, insbesondere im Personal- und Sachaufwand, eine wesentliche Unterschreitung der Zielwerte möglich. In Zukunft befinden wir uns im Spannungsfeld von medizinischem Fortschritt, vor allem im Bereich Medizintechnik und kostenintensiver onkologischer Therapien, sowie einer abgestimmten und bedarfsgerechten Angebotsplanung. Nicht nur hinsichtlich der Ärzteausbildung und im Sinne des Qualitätsmanagements gilt es eine Balance zwischen regionaler Versorgung und spezialisierter Zentren zu finden.

Dr. Arnold Gabriel

Seit 2014 Vorstand der Landeskrankenhäuser-Betriebsgesellschaft, zuvor übte er leitende Funktionen im Bereich des Gesundheitswesens und in der Privatwirtschaft aus

Daten aus tausch per Maus klick



IT ist überall

Mit dem verbund-
weiten Bildablage-
system sind die
radiologischen
Befunde aller
Häuser gespeichert
und abrufbar

In keinem Bereich ist der Fortschritt der vergangenen Jahrzehnte so deutlich sichtbar wie in der Computertechnik und allen Formen digitaler Vernetzung. Das gilt auch in einem sehr hohen Ausmaß für das Gesundheitswesen, wo medizinische Innovationen oft in enger Verbindung mit dem raschen Fortschritt im Bereich neuer Technologien stehen. Ohne digitale Vernetzung würde heute kein Krankenhaus mehr funktionieren. Die Mitarbeiter der Abteilung für Informationstechnologie und Medizintechnik (IKT/MT) müssen dafür stets auf dem neuesten Stand der Technik sein.

Vor 25 Jahren stand die Entwicklung von Systemen der Informationstechnologie im Spitalsbereich generell und auch in den Kärntner Landeskrankenhäusern erst am Anfang. Jedes Haus hatte seine eigenen rudimentären Systeme und seine eigene IT-Abteilung, wo nach bestem Wissen und Gewissen unabhängig von den anderen entschieden und umgesetzt wurde. So wurden im Kärntner Krankenanstaltenverbund Patientendaten mit mehreren und innerhalb des Spitals sogar unterschiedlichen Krankenhausinformationssystemen (KIS) erfasst.

Die Bilddatenverarbeitung PACS (Picture Archiving and Communication System) war nur in Ansätzen verfügbar und jedes Haus hatte ein anderes System.

Es gab weder eine einheitliche Kostenrechnung noch vergleichbare Patientenabrechnungen. Die Systeme waren untereinander nicht vernetzt und eine elektronische Anbindung von medizintechnischen Geräten war lediglich bei einzelnen Großgeräten gegeben.

Für eine effektive Behandlung sollten dem ärztlichen und Pflegepersonal alle wichtigen Informationen so rasch wie möglich zur Verfügung stehen. Hier klafften vor 25 Jahren Anspruch und Wirklichkeit stellenweise deutlich auseinander. Die Abläufe damals sind heute nicht mehr vorstellbar. „Kam ein Patient von einer Abteilung auf die andere, wurde er dort häufig neu aufgenommen“, erzählt der Leiter der Hauptabteilung Informatik, Kommunikations- und Medizintechnik, DI Rainer Harpf. Sämtliche Daten wurden noch einmal erfasst und teilweise auch Untersuchungen wiederholt. So konnte es einem Patienten passieren, dass ihm innerhalb weniger Tage mehrmals Blut für ein und dieselbe Laboruntersuchung abgenommen wurde.

Informationstechnologie brachte die interdisziplinäre Zusammenarbeit wesentlich weiter

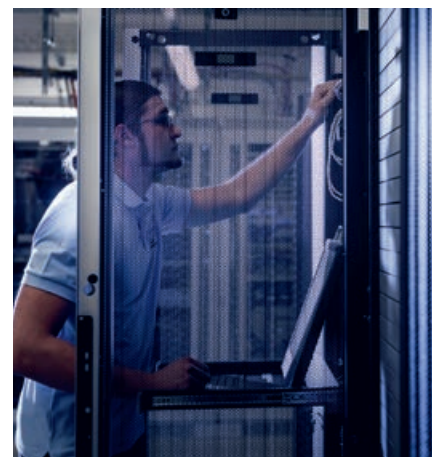
Informationstechnologie brachte die interdisziplinäre Zusammenarbeit wesentlich weiter, und so laufen die Vorgänge im Krankenhaus heute ab: Sobald der Patient das erste Mal in einem der fünf KABEG-Häuser aufgenommen wird, ist er elektronisch im übergreifenden IT-System erfasst. Die Aufnahme erfolgt unter direkter Einbindung des E-Card-Systems und ELGA. Die Stammdaten kommen in das KIS, in dem auch alle Ergebnisdaten von der Diagnose über Laborbefunde, das PACS und Therapien bis hin zur Abrechnung gespeichert werden. Nach Abschluss der Behandlung landen die Daten schließlich in einem sicheren elektronischen Archiv und können dort nicht mehr manipuliert werden. Sie stellen daher stets ein objektives Bild jedes einzelnen Patienten dar und sind nur von jenen Personen abrufbar, die über die entsprechende Berechtigung dafür verfügen.

Zu Beginn hatte die IT-Abteilung im KABEG Management keinen operativen Einfluss auf die Informationstechnologie in den Häusern, spielte aber mit Budgethoheit und einer gewissen Richtlinienkompetenz eine strategische Rolle. Die IT-Experten entwickelten jedoch ein Gesamtkonzept und begannen mit der Basisarbeit: Konsolidierung, das Setzen einheitlicher Standards, Zentralisierung wichtiger Funktionen und Auswahl und Installierung einheitlicher Softwaresysteme.

Die Entwicklung ging Schritt für Schritt voran. Als erste wuchsen die Krankenhäuser Laas und Hermagor mit dem Klinikum – damals noch LKH Klagenfurt – digital zusammen. Die beiden kleineren Spitäler wurden von Klagenfurt aus technisch unterstützt.

Die erste digitale Klammer, mit der die fünf Häuser verbunden wurden, war SAP. Im Jahr 2002 wurde das Konzernrechnungswesen verbundweit auf diese Software, mit der andere Krankenhäuser bereits positive Erfahrungen gemacht hatten, umgestellt. Die Krankenhaus-Verbünde in Tirol, der Steiermark und dem Burgenland sowie das AKH Wien arbeiteten schon damit. Gestartet wurde mit dem zentralen

Rechnungseingang und den Rechnungsprüfungen. Im Klinikum Klagenfurt, im LKH Wolfsberg sowie im KABEG Management wurden anschließend verschiedene Bereiche auf das neue Computersystem umgestellt: Finanzwirtschaft, Kostenrechnung, Projektssystem, Vertrieb, Materialwirtschaft und die Stationsanforderungen sowie der Personalbereich. 2004 sollten Villach, Laas und Hermagor folgen. Schlussendlich wurden das gesamte Finanz- und Rechnungswesen, Controlling, Beschaffung, Materialwirtschaft, Instandhaltung, Vertrieb, Personalwirtschaft und Patientenabrechnung damit erfasst.



**Aus 7 mach 2:
Die KABEG verfügt,
aus Sicherheitsgründen,
über zwei spiegelgleiche
Hauptrechenzentren
in Klagenfurt**

Auch die Versorgung der Patienten mit den täglichen Mahlzeiten passiert heute mit Hilfe eines SAP-Moduls. Hier wird bei der Erstellung der Menüpläne auch auf Allergien und Unverträglichkeiten der Patienten Rücksicht genommen, damit sie Speisen, die sie – auch aufgrund von Diagnose und Therapien – nicht vertragen, gar nicht erst angeboten bekommen. Das System ermöglicht zugleich auch eine exakte Kosten- und Leistungsrechnung und damit eine genauere Planung.

Kosten und Ressourcen werden gespart, weil weniger Lebensmittel eingekauft und damit weniger weggeworfen werden. Das Speisenmanagement wurde sukzessive auf Cook and Chill umgestellt.

2003 wurde mit der Installation eines neuen Krankenhausinformationssystems (KIS) begonnen. Aufgrund der Überalterung des KIS im Klinikum Klagenfurt konnte man in das neue Zeitalter nach dem Stand der Technik starten.



IT-technisch gesehen ist das KIS das Kernstück eines Krankenhauses und wesentlich für das Funktionieren der medizinischen und pflegerischen Abläufe

Informatik und
Medizintechnik
verschmelzen
zunehmend

Im Jahr 2004 folgte auch der nächste Schritt: Ein neues häuserübergreifendes PACS – Picture Archiving and Communication System – wurde aufgebaut und ermöglichte dem Klinikum Klagenfurt die notwendige Optimierung der medizinischen Abläufe. Ab diesem Zeitpunkt wurden alle radiologischen Untersuchungen – Röntgenaufnahmen sowie MR- und CT-Aufnahmen – digital ausgelesen und archiviert. Alle Abteilungen wurden mit dem Röntgendiagnostischen Zentralinstitut vernetzt, berechtigtes medizinisches Personal kann die Daten seither bei Bedarf auf den PCs abrufen. Heute

sind in dem verbundweiten Bildablage- und Kommunikationssystem die radiologischen Studien aller Häuser – Röntgen, Computertomographien, Ultraschall – gespeichert und abrufbar.

In der Informationstechnik zeichneten sich rasante Entwicklungen und gravierende Veränderungen ab. Dafür wurde umfassendes Know-how gebraucht. Und so wurden 2004 im Sinne der Konzentration, der Spezialisierung und des Ausbaus der Fachkompetenz in der Abteilung IT zwei übergreifende Competence Centers (CC) gegründet, in die alle Häuser außer Villach eingebunden waren. Das

CC Business Support Services erbrachte die Leistungen im Bereich der betriebswirtschaftlichen Anwendungen mit Schwerpunkt SAP. Das CC Medizinische Applikationen und Infrastruktur war für die Einführung, Weiterentwicklung und den Betrieb sämtlicher medizinischer und pflegerischer Applikationen zuständig und betrieb alle medizinisch-pflegerischen Informationssysteme, das Bildverarbeitungssystem PACS, das Laborinformationssystem LIS und eigene Rechenzentren. Die Mitarbeiter der IT-Abteilungen in den Häusern wurden fachlich den CC zugeordnet.

Schon sehr früh wurde die KABEG auf dem Feld der Telemedizin aktiv, war österreichweit Vorreiter im sicheren Datenaustausch und vernetzte sich aufgrund des vermehrten Bedarfs an elektronischem Befund- und Informationsaustausch mit Krankenhäusern außerhalb des Verbundes und mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Eine elektronische Bilddatendrehscheibe wurde eingerichtet, die extra- und intramuralen Bereich verband. Radiologische Bilder mussten nicht mehr auf herkömmlichem Fotomaterial ausgedruckt und verschickt werden. Im Sommer 2005 wurde das Projekt abgeschlossen. Heute werden jährlich rund 50.000 Bilder über diese Datendrehscheibe ausgetauscht.

Die Novelle zum Krankenanstalten-Betriebsgesetz 2010 öffnete der KABEG in Folge einen Riesenschritt in Richtung digitaler Vernetzung. Die operativen und strategischen Bereiche über alle fünf Krankenhäuser wurden in der Informatik-Abteilung des KABEG Managements zusammengeführt und die Medizintechnik kam in den Kompetenzbereich dazu. Vereinfacht kann man sagen: Alles, was an einer Netzwerkdose hing, wurde in der Abteilung zusammengefasst.

Heute unterstützt eine Organisation mit rund 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in Klagenfurt, Villach und Wolfsberg lokalisiert sind, die Prozesse in allen fünf Spitalern. Hatte früher jedes der fünf Krankenhäuser ein oder mehrere Rechenzentren, so verfügt die KABEG heute über zwei, aus Sicherheitsgründen spiegelgleich ausgestattete, Hauptrechenzentren am Standort Klagenfurt.



IT unterstützt die Kernprozesse von Medizin und Pflege

„Mit unserer technischen Ausstattung liegen wir österreichweit im oberen Drittel und sind in einigen Bereichen sogar federführend“, sagt Harpf nicht ohne Stolz auf die Arbeit seines Teams.

Die Experten der Abteilung Informatik und Medizintechnik schufen im Laufe der Jahre die nötige infrastrukturelle Basis, konsolidierten die Systeme, verknüpften die Anwendungen datentechnisch miteinander und modernisierten den Gerätepark. Auf diesem stabilen Fundament können modernste technische Entwicklungen, von der Kapselendoskopie bis hin zu Roboter-unterstützten Operationen aufsetzen. Automatisierung, wie beispielsweise in der Labordiagnos-

tik, Digitalisierung in vielen Bereichen der Medizin, Pflege und Haustechnik, aber auch Robotik (Apotheke, fahrerloses Transportsystem usw.) haben damit in den Kärntner Krankenhäusern Einzug gehalten. Alle Abläufe werden von Informatik- und/oder Medizintechnik-Systemen unterstützt, von der Aufnahme, über die Diagnostik, Therapie und Pflege bis hin zum Entlassungsmanagement und zur Nachsorge. Damit ist die KABEG am Puls der Zeit.

Und so hat sich die Informationstechnik schrittweise, aber ganz entschieden von einer Informations- und Dokumentationsfunktion hin zu einem prozessorientierten System entwickelt und ist bereits

bei der vollständigen Verschmelzung von Informatik und Medizintechnik angekommen. Daher ist heute auch eine solide Informatikausbildung für alle KABEG-Medizintechniker unumgänglich.

Um die Daten und das reibungslose Funktionieren der Abläufe, der organisatorischen und technischen Verschmelzung sicherzustellen, hat sich die IKT/MT-Abteilung der KABEG für eine umfassende Zertifizierung entschieden. So war sie die erste technische Abteilung eines österreichischen Krankenhausträgers, die im Rahmen des Qualitäts- und Sicherheitsmanagements in vollem Umfang nach ISO 9001:2015 zertifiziert war. 2018 kommt eine Zertifizierung nach ISO 27.001 dazu. Die IKT/MT-Techniker müssen ihr Wissen stets erweitern und die Systeme sukzessive weiterentwickeln. „Der Hauptzweck ist, Nutzen zu spenden“, erklärt Harpf. „Die Impulse kommen sowohl von uns als auch von Medizin und Pflege. Wir schauen, wie wir diese Trends bestmöglich unterstützen können, und wir schaffen Instrumente, damit Vorschriften und Richtlinien möglichst einfach umgesetzt werden können.“

So sind beispielsweise im SAP für alle medizinischen Geräte Informationen und Daten hinterlegt, aus denen auch ersichtlich ist, wo in den nächsten Jahren Erneuerungsbedarf besteht. Die zuständigen Medizinerinnen und Mediziner geben darüber hinaus bekannt, welche systemtechnische Unterstützung sie in Zukunft für Diagnostik und Therapie benötigen werden.

Die Lagerverwaltung in der Apotheke erfolgt vollelektronisch

Jedes Medikament, das irgendwo im Haus unterwegs ist, ist automatisch erfasst. In der Apotheke sucht ein Roboter die Arzneimittel, die in der elektronischen Fieberkurve hinterlegt sind, zusammen. Ein Mitarbeiter kontrolliert diese Arbeit, bevor die Medikamente weitergeleitet werden. Dieses System unterstützt so auch die Umsetzung der EU-Verordnung zur Vermeidung von Medikamentenfälschungen. Der Schwund durch abgelaufene Medikamente reduziert sich dadurch ebenfalls.



Moderne Lagerverwaltung mit vollelektronischem Kommissionierautomaten

Das Labor funktioniert in weiten Teilen automatisiert über eine einheitliche Softwareplattform in allen KABEG-Häusern, das Ergebnis ist verbundweit abrufbar. Wird ein Patient in ein anderes Haus verlegt, kann das berechnete behandelnde Personal in Medizin und Pflege auf vorliegende Labor-Ergebnisse zurückgreifen.

Mit all diesen Entwicklungen entstehen aber auch immer größere Datenmengen, die nahezu online analysiert und verarbeitet werden müssen. Nur so ist ein größtmöglicher Nutzen in der Diagnostik und im Behandlungsprozess zu erreichen.

Und die Entwicklung geht weiter. Künftig werde Technik nicht nur die Arbeitsabläufe noch weiter vereinfachen, sondern auch verstärkt dem Patienten direkt von Vorteil sein, indem Wartezeiten verkürzt, Diagnosen erleichtert, Behandlungen vereinfacht und auch noch komplexere medizinische Eingriffe ermöglicht werden, kündigt DI Harpf an. „Daher wird die Symbiose von menschlicher Expertise und dem Einsatz von ausgereifter Technik ein wesentlicher Faktor für die positive Entwicklung und den medizinischen Fortschritt in den Kärntner Krankenhäusern sein.“



















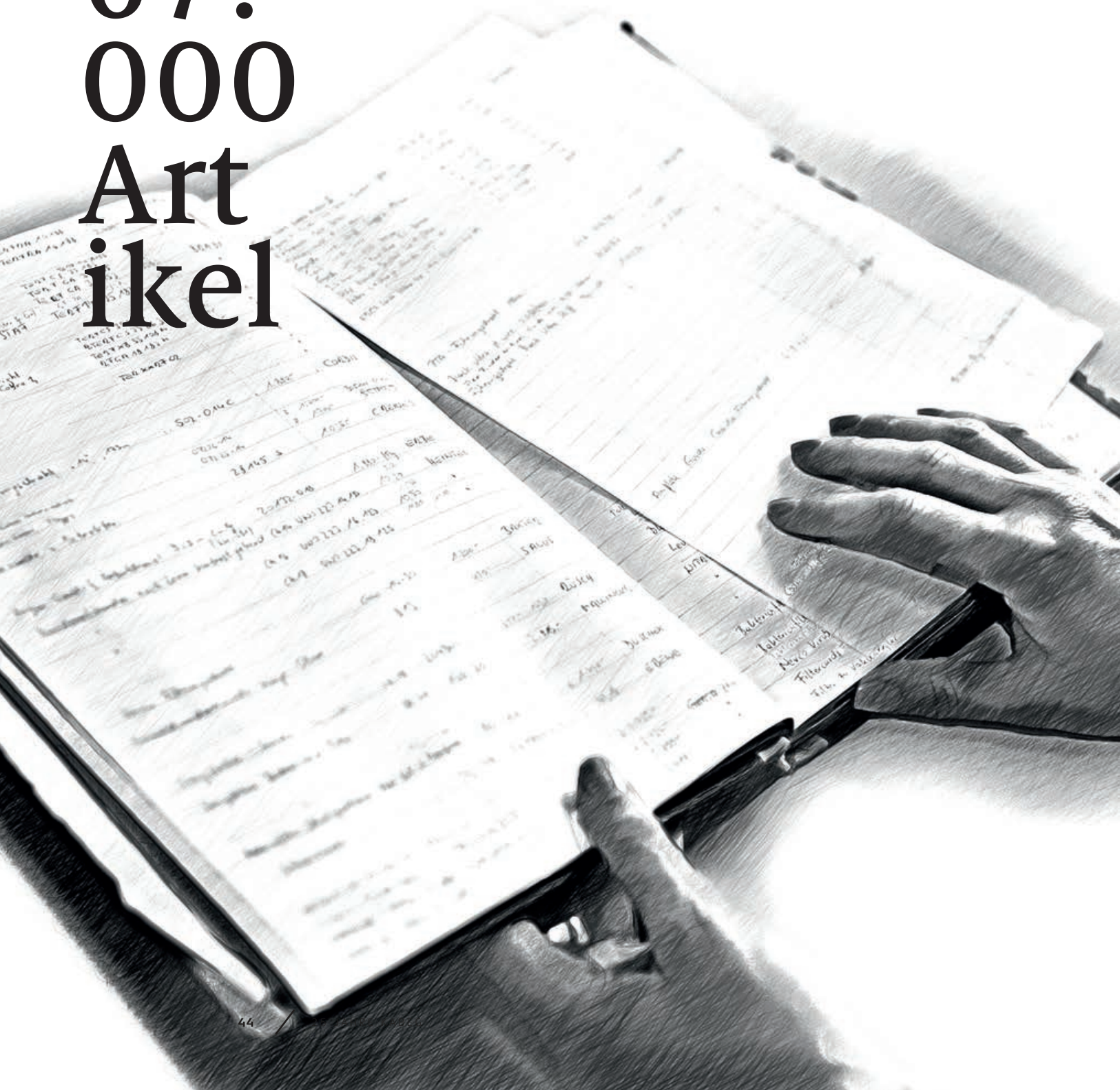


Haupteingang



Bitte beachten Sie die Verkehrsregeln im öffentlichen Raum.

67. 000 Art ikel



Alles aus einer Hand

Anfangs wurden alle Bestellungen händisch erfasst

Der überwiegende Teil des Krankenhausbedarfs, angefangen vom Herzschrittmacher über den Computertomographen bis hin zu den Lebensmitteln, wird über den zentralen Einkauf der KABEG ausgeschrieben und abgewickelt. Was heute selbstverständlich ist und vollelektronisch beschafft wird, war vor 25 Jahren, als die KABEG aus der Taufe gehoben wurde, überhaupt kein Thema.

„Das SAP der 1990er Jahre“ sagt Mag. Roland Wolbang, ehemaliger Leiter der Hauptabteilung Einkauf und jetzt Kaufmännischer Direktor im Klinikum Klagenfurt lächelnd, zieht ein braunes A4-Heft mit dickem Einband hervor und blättert es vorsichtig durch. Darin sind alle medizinischen Güter, die im damaligen LKH Klagenfurt gebraucht wurden, akribisch mit feiner Handschrift aufgelistet, nach Warengruppen geordnet und mit andersfarbigem Stift immer wieder ergänzt. Wurde etwas benötigt, tippte man die genaue Bezeichnung fein säuberlich ab.

Heute gibt es im SAP-System einen umfassenden Artikelstamm mit rund 67.000 Teilen, die mit ein paar einfachen Klicks bestellt werden können. Vor der Gründung der KABEG und auch noch in den Anfangsjahren sorgten die Krankenhäuser, zum Teil sogar die einzelnen Abteilungen, selbst für den Nachschub an notwendigen Gütern und Materialien. Für den Abschluss der Rechtsgeschäfte waren ebenfalls die einzelnen Krankenanstalten zuständig. Von diesen A4-Heften gab es also einige.

Der erste Schritt Richtung Vereinheitlichung erfolgte 1995, als der Einkaufsverbund der KABEG gegründet

wurde, um durch „krankenhausübergreifende, koordinierte und vereinheitlichte Maßnahmen gesetzliche und betriebliche Vorgaben“ zu erfüllen. In diesem Einkaufsverbund waren je ein Vertreter der fünf Häuser sowie ein Mitarbeiter des KABEG Managements vertreten. Eine gesetzliche Vorschrift zur Gemeinsamkeit gab es zu diesem Zeitpunkt noch nicht und so trat das Gremium einmal im Monat zusammen und beriet, welche Dienstleistungen und Produkte gebündelt angeschafft werden können.

Im ersten Jahr 1995/96 wurden etwa 200 Produkte mit einem Gesamtvolumen von rund 1,8 Mio. Euro gelistet. Der Anteil sollte in den nächsten Jahren steigen, das war das formulierte Ziel. Vor allem Einweg-Verbrauchsmaterialien, medizinische Gase und Sauerstoff, Laborartikel, Blutkonserven, Lebensmittel, Büroartikel, aber auch Dienstleistungen wie Abfallentsorgung oder Telekommunikation sollten über den Verbund eingekauft werden. Denn neben der Kostenreduktion war in diesem Zusammenhang auch die Produktvereinheitlichung ein entscheidendes Kriterium. Sie wurde und wird als wesentlicher Beitrag zur Qualitätssicherung gesehen.

Einen deutlichen Entwicklungssprung erlebte der Einkauf 2010 mit der Änderung des Landeskrankenanstalten-Betriebsgesetzes

Im Zuge der Gesetzesnovelle 2010 erfolgte die Reorganisation zu einer einheitlichen strategischen und operativen Ausrichtung des Verbundes mit 15 Teilobjekten. Eines davon war der Einkauf, der eine zentrale Funktion erhielt und als Hauptabteilung auf höchster Ebene angesiedelt wurde. Ab diesem Zeitpunkt fungierte die KABEG als Auftraggeber und Mag. Wolbang wurde mit der Implementierung eines zentralen Einkaufs für den gesamten Verbund beauftragt. Er hatte bereits 2000 begonnen, im Klinikum Klagenfurt solch einen zentralen Einkauf zu installieren, konnte schon auf Erfahrung und Erfolge auf diesem Gebiet zurückblicken und war jahrelang Leiter der Hauptabteilung Einkauf. In seiner Funktion war er als Vertreter des LKH Klagenfurt auch Mitglied des KABEG Einkaufsverbundes.

Das Gesamtvolumen im Jahr 2010 betrug rund 165 Mio. Euro, und mehr als 3000 Lieferanten standen im Geschäftsverhältnis zu den einzelnen Häusern der KABEG. 2018 sind es rund 200 Millionen Euro, von denen rund 157 Mio. Euro in die Zuständigkeit der Hauptabteilung Einkauf fallen. Ein Drittel der Gesamtkosten des KABEG-Verbundes betrifft die Sachkosten, die damit den zweitgrößten Block nach den Personalkosten ausmachen.

Der zentrale Einkauf entwickelte sich rasch. 2010 gab es noch 29 zentral abgeschlossene Verträge für alle Krankenhäuser, 2017 waren es bereits 500. Trotz gestiegener Mengen konnten in allen Warengruppen Einsparungen erzielt und dokumentiert werden.

Der Einkauf unterstützt durch Kostenoptimierungen im Standardsortiment auch den medizinischen Fortschritt. Neue medizinische Verfahren gehen



Vor Einführung des elektronischen Systems wurden sämtliche Bestellungen in Ordnern archiviert

meist mit der Einführung hochpreisiger Produkte einher. Bei Neu- und Ersatzbeschaffungen wird mit Hilfe von strukturierten Warengruppenstrategien sowie dokumentierten Analysen der Markt stets nach Produkten der neuesten Generation erkundet, egal ob bei Verbandsmaterial oder hochspezialisierten Großgeräten. Das bedeutet, dass sich die Rolle der Abteilung im Laufe der Jahre vom reinen Bestellabwickler und Materialbeschaffer zu einem wichtigen strategischen Partner wandelte. Der strategische Einkauf ist somit für die Bearbeitung und Bündelung von Bedarfsanforderungen, für die



Planung und Durchführung von Vergabeverfahren und den Abschluss von zentralen Verträgen zuständig. Die operativen Einkäufer sind direkte Ansprechpartner in den Krankenanstalten und für die Beratung des medizinischen, pflegerischen und technischen Fachpersonals sowie die Auftragsabwicklung verantwortlich.

Durch größere Bestellmengen können wesentlich bessere Konditionen erzielt werden

Mehr als 67.000 Artikel sind elektronisch erfasst und können per Mausklick bestellt werden

Aber nicht nur die Möglichkeit, Produkte und Preise zu vergleichen sowie durch größere Bestellmengen bessere Konditionen zu erzielen, brachte Einsparungen. Ein optimierter Beschaffungsvorgang sowie ein umfassendes Konzernrechnungswesen sind weniger personalintensiv, und so mussten verschiedene Funktionen im Laufe der Jahre nicht mehr nachbesetzt werden. Aufgrund der Prozesskosteneinsparung kommt man heute mit 15 Prozent weniger Personal aus als in Zeiten des „SAP der 1990er Jahre“.

Trotz aller Automatisierung und Harmonisierung ist eine gewisse Individualität nach wie vor möglich. Dies wird speziell beim Lebensmitteleinkauf praktiziert. Hier agieren die Einkäufer nach dem Bestbieterprinzip und berücksichtigen die Stärken regionaler Unternehmen. Die Patienten und Mitarbeiter in den Kärntner Landeskrankenhäusern werden dadurch größtenteils mit heimischen Produkten versorgt. So stammen beispielsweise 80

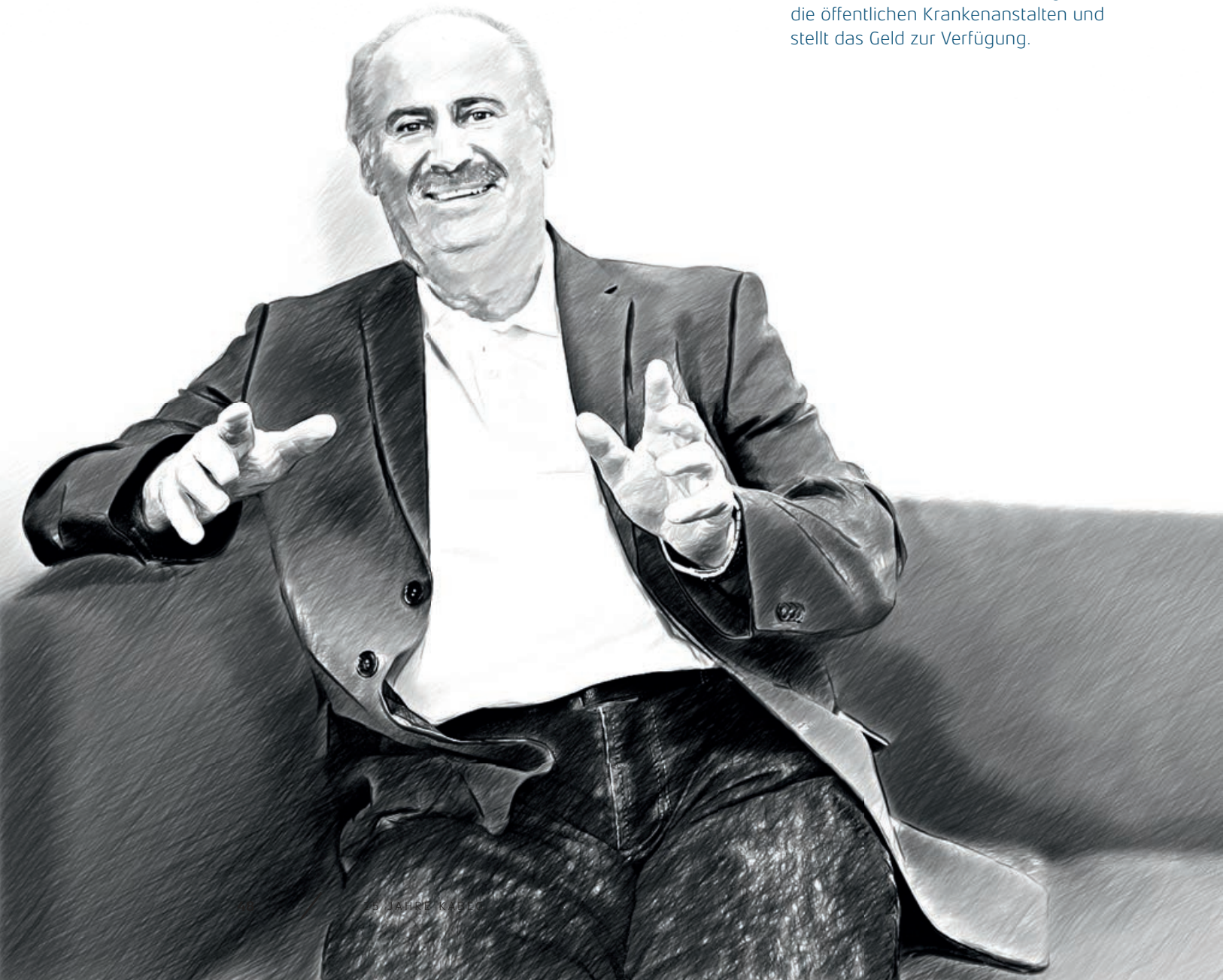
Prozent der Lebensmittel von Kärntner Lieferanten, der Rest aus Österreich. In allen Häusern wird darauf geachtet, dass frische Waren auf kurzen Wegen in die Küche und auf den Tisch kommen.

Mittlerweile geht die Zusammenarbeit auch über die KABEG hinaus. In Kooperation mit Einkaufsorganisationen der Krankenhausverbände anderer Bundesländer wurden bereits einzelne Ausschreibungen abgewickelt. Die Zusammenarbeit in diesem Bereich soll weiter ausgebaut werden.

INTERVIEW MIT **ARNOLD AUER**

Was waren die Motive der Ausgliederung?

Der Grundgedanke war, dass sich die Politik aus den Krankenanstalten zurückziehen und der Aufsichtsrat die Entscheidungen treffen soll. Aber das kann nicht ganz funktionieren, denn die Politik hat die Verantwortung für die öffentlichen Krankenanstalten und stellt das Geld zur Verfügung.



Sehen Sie das negativ?

Nein, keineswegs. Daher finde ich es auch sehr gut, dass alle politischen Parteien im Aufsichtsrat vertreten sind. Eine Expertenkommission, wie sie zwischenzeitlich einmal bestand, kann zwar Vorstellungen formulieren, aber wenn die Politik sagt, das können wir uns nicht leisten, nützen die besten Beschlüsse und Ideen nichts.

Wie beurteilen Sie die Entwicklung?

Es war ein langer Weg von 1993 bis heute. Am Anfang der Ausgliederung besaßen die Häuser noch eine Teilrechtspersönlichkeit und sahen sich in Konkurrenz gegeneinander. Erst mit der Novelle 2010 wurde vieles zusammengefasst und man hat einen guten Weg gefunden zwischen zentral und dezentral. So funktionieren wesentliche Bereiche, wie IT, Medizintechnik oder Einkauf von einer Stelle aus, die Objektivierung fürs Personal wird vom jeweiligen Haus abgewickelt. Ich finde, das ist eine sehr gute Lösung.

Das K-Schema war damals die Bedingung des Zentralbetriebsrats, einer Ausgliederung zuzustimmen. Wie schätzen Sie diese Vorgehensweise heute ein?

Die Einführung des K-Schemas war eine der wichtigsten Entscheidungen für die Entwicklung der Kärntner Landeskrankenhäuser. Wir hatten damals größte Probleme, Pflegepersonal zu rekrutieren. Das K-Schema brachte enorme Gehaltserhöhungen für alle

Berufsgruppen im Verbund und damit auch einen riesigen Motivationsschub. Es bedeutete natürlich auch enorme Mehrkosten, aber ebenso 20 Jahre lang Ruhe im Personalbereich.

Nun gab es neuerlich Gehaltsrunden

Es wurde in langen und harten Verhandlungen zuerst ein Modell für den medizinischen Bereich fixiert und daraufhin im August 2017 das Pflegepaket. Ich glaube, diese Entscheidungen sind mit dem Schritt von 1993 vergleichbar. Es dürfte auch jetzt wieder für längere Zeit Zufriedenheit einziehen.

Gab es aus Ihrer Sicht Krisen in den vergangenen 25 Jahren?

Ich erinnere mich an eine Situation Mitte der 2000er Jahre, als die Politik die Gebäude der Landeskrankenhäuser aus budgetären Gründen an die Landesimmobiliengesellschaft verkaufen wollten. Die KABEG hat daraufhin die Liegenschaften über einen Kredit erworben, ist seither Eigentümerin der Anlagen, kann sie aber ohne Zustimmung des Landtags nicht verkaufen. Diese Lösung wurde damals glücklicherweise gefunden.

Wie sehen Sie die Zukunft der KABEG und welches sind Ihre Wünsche?

Wünschenswert wäre, dass immer ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stünden, aber das wird sich so leider nicht spielen. Daher fordere ich

von der Politik die Ehrlichkeit ein, klar zu definieren, wie die Versorgung in Zukunft organisiert sein soll. Das heißt, sie soll eine abgestimmte Leistungsplanung vorlegen und noch klarer als bisher definieren, welche Leistungen wo erbracht werden sollen.

Was ist Ihrer Einschätzung nach realistisch?

Ich glaube, dass in den Regionen eine Grundversorgung immer da sein muss, dass aber spezielle Therapien nur in einer zentralen Versorgungseinrichtung machbar sein werden und auch sollten. Denn das bringt abgesehen von der Finanzierbarkeit auch Vorteile für die Patienten. Es macht einen Unterschied, wie oft Medizinerinnen und Mediziner einen Eingriff durchführen, das heißt, über wieviel Erfahrung sie verfügen.

Die Ausgliederung und der enge Zusammenschluss der Kärntner Landeskrankenanstalten war also der richtige Schritt?

Es war eine wesentliche Entscheidung. Ohne umfassende Planung und Umsetzung einer übergreifenden Strategie wäre eine Gesundheitsversorgung auf dem hohen Niveau, wie wir sie heute haben, niemals finanzierbar.

Arnold Auer

Kam 1982 als OP-Assistent ans Klinikum Klagenfurt, war ab 1992 freigestellter Betriebsrat und seit 2007 Vorsitzender sowohl des Betriebsrates des Klinikums Klagenfurt als auch des Zentralbetriebsrates der KABEG

Technik mit Herz



Von der Schwester zur selbstbewussten, professionellen Pflegefachkraft

// Es ist der Weg von der traditionell dienenden Schwester hin zu selbstbewusster, eigenständiger und professioneller Pflege.“ So beschreibt Claudia Obersteiner, Pflegedirektorin am LKH Wolfsberg, den Wandel, den die Krankenpflege in den vergangenen 25 Jahren durchlief. PD Obersteiner begann in den 1980er Jahren als Diplomierte Krankenschwester in Klagenfurt, war bei allen Entwicklungen live dabei und ist seit 2003 Pflegedirektorin in Wolfsberg. War es früher eine reine Funktionspflege, gehe man nun in einer ganzheitlichen Betrachtung auf die Bedürfnisse des Patienten ein, erklärt sie. „Die Veränderungen waren gigantisch“, sagt auch Bernhard Rauter, Pflegedirektor im Klinikum Klagenfurt und ebenfalls seit vielen Jahren in führender Funktion tätig. Der medizinische Fortschritt, neue Operationstechniken und Herausforderungen aufgrund komplexer Aufgaben führten zu grundlegenden Veränderungen in der Pflegepraxis. Als Reaktion darauf wurden Gesetzesänderungen notwendig, die Kompetenzen, Qualifikationen und Ausbildung neu regelten. Neue Berufs-

Die Rolle der Pflege entwickelte sich von einer traditionell dienenden Funktion zu selbstbewusstem, eigenständigem Handeln

gruppen entstanden, die Informationstechnologie hielt Einzug in die Pflege. Das Qualitäts- und Risikomanagement ist heute zentraler Bestandteil des Denkens und Handelns. „Wenn man mitten im Prozess ist und ihn Schritt für Schritt mitmacht, wird es einem gar nicht so bewusst. Aber wenn man das alles reflektiert, wird erkennbar, dass kein Stein auf dem anderen geblieben ist“, meint PD Rauter.

Gesetzesänderungen haben die Kompetenzen, Qualifikationen und die Ausbildung neu geregelt

In den Anfängen der KABEG standen die Aktivitäten zur Unterstützung des täglichen Lebens der Patienten und das Ausführen der ärztlichen Anordnungen im Vordergrund. Körperpflege, Mobilisierung, die Versorgung mit den Mahlzeiten waren die klassischen Tätigkeiten.

1997 wurden, bedingt durch die Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) Berufspflichten, Kompetenzen, Fort- und Weiterbildung sowie die Sonderausbildungen neu definiert. Mit dieser Novelle fand auch erstmals das Wort „Gesundheit“ Eingang in die Pflege und definierte Prävention und Gesundheitsförderung als eine der

Aufgaben dieser Berufsgruppe. Die Sanitätshilfsdienste und Stationsgehilfen wurden zu Pflegehelferinnen und -helfern aufgeschult, um den Pflegekräftemangel abzufangen.

Und es folgte der Sprung zur eigenverantwortlichen Tätigkeit, dem Pflegeprozess und in diesem Zusammenhang zur Pflegediagnostik und zu klar definierten Pflegestandards. Damit stiegen Wert und Bedeutung der Pflege.

Die kompetente Pflege wurde wesentlicher Teil des Behandlungskonzeptes

Die diplomierte Fachkraft verfügt seit diesem Zeitpunkt über einen fachlich weisungsfreien Bereich, hat anhand der Anamnese die Pflegeplanung, den Prozess und die Ziele selbst zu definieren und diese auch überprüfbar festzulegen. Im Rahmen von Pflegemodellen werden nun die Patienten in den Gesundheits- und Behandlungsprozess eingebunden. Mit Hilfe der Pflegevisite wird die Wirkung der Pflege überprüft und evaluiert. Darüber hinaus haben Pflegekräfte weiterhin im Rahmen der mitverantwortlichen Tätigkeit die Anordnungen des Arztes selbstständig zu erledigen und im Rahmen ihrer Durchführungsverantwortung für die technisch korrekte Umsetzung zu sorgen.

Der Blick auf die Patientensicherheit trieb die Pflegeentwicklung ebenfalls voran. Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Risikomanagement wurden in die

tägliche Arbeit in Form von Patientensicherheitszielen, Evidence based Nursing (EBN), einem Verfahren zur objektiven Beurteilung pflegerischer Maßnahmen, Hygienerichtlinien, OP-Checklisten und vielem mehr integriert.

Die nächste Novelle zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, in Kraft getreten am 1. September 2016, bedeutete wiederum Änderung des Berufsbildes und der Kompetenzbereiche. Damit wurden drei Berufsgruppen neu definiert, ihre Berufsbezeichnung und zum Teil auch die Ausbildung geändert:

- die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, die auch für den gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege qualifiziert sind
- die Pflegefachassistenz
- die Pflegeassistenz

Darüber hinaus wurden im Laufe der



Die demografische Entwicklung ist eine Herausforderung der Zukunft

Jahre als weitere Berufsgruppe zahlreiche medizinische Assistenzberufe (MAB) geschaffen, die ebenfalls der Pflegedirektion zugeordnet sind. „Allein in Klagenfurt sind es rund 500 Vollzeitkräfte“ sagt PD Rauter. Dazu zählen beispielsweise OP-Assistenten, Gips-, Röntgen- und Laborassistenten. Zur Unterstützung gibt es auch die Hol- und Bringdienste für verschiedene andere hauswirtschaftliche und logistische Tätigkeiten. Sie sind in Kärnten auch der Pflegedirektion unterstellt, zählen aber nicht zu den Gesundheitsberufen.

Mit den neuen Herausforderungen änderte sich auch die Ausbildung, die mit der Novelle 2016 schlussendlich auf ein akademisches Niveau gehoben wurde. 1995 war bereits der Universitätslehrgang für Führungskräfte in der Pflege ins Leben gerufen worden, 1999 war das individuelle Studium Pflegewissenschaften an

der Universität Wien gestartet. 2008 bot der FH Campus Wien als erste Fachhochschule in Österreich das Bachelorstudium „Gesundheits- und Krankenpflege“ als generalistisches Studium an und kombinierte Pflegewissenschaft mit der Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege.

Die diplomierten Pflegefachkräfte haben die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess

Wer heute eine Karriere als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin anstrebt, muss nach der Matura eine Fachhochschule für Gesundheits- und Pflegemanagement absolvieren, die mit dem Bachelor of Science in Nursing (BScN) abschließt und zur Durchführung festgelegter pflegerisch-medizinisch-therapeutischer Interventionen berechtigt. Die Absolventinnen und Absolventen haben die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess, sie planen und führen die Pflegemaßnahmen durch und können auch Pflegegutachten erstellen.

Bis 2017 absolvierten alle angehenden Pflegekräfte nach der 10. Schulstufe die Gesundheits- und Krankenpflegeschule. Dort werden nun die Fachkräfte in der Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz unterrichtet. Pflegeassistenten absolvieren eine einjährige Pflegehilfesausbildung. Sie betreuen die Patienten, dürfen

Blut abnehmen sowie standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen durchführen.

Pflegefachassistentinnen sind nach einer zweijährigen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule berechtigt, die ihnen von ihren Vorgesetzten oder Ärzten übertragenen Aufgaben eigenverantwortlich durchzuführen. Das sind unter anderem EKG, EEG oder Lungenfunktionstests sowie das Legen und Entfernen von Magensonden oder von Infusionen, um einige zu nennen. Diese Ausbildungen sind stark praxisbezogen.

IT und technische Hilfsmittel haben auch in der Pflege Einzug gehalten. „Eines der wichtigsten Handwerkszeuge in der Pflege ist mittlerweile der Computer“, sagt Rauter. Das sei in der Umstellungsphase, als die Technik nach und nach in die Abläufe einbezogen wurde, für ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch-



Die Pflegefachkräfte sind in unterschiedlichen Fachbereichen spezialisiert

aus eine Herausforderung gewesen. „Wer sich heute für den Beruf entscheidet, sollte neben sozialer Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit auch etwas technisches Verständnis mitbringen, denn die Entwicklung der vergangenen Jahre war enorm“, empfiehlt er. So verfügt heute bereits ein Krankenbett über ein ausgefeiltes technisches Innenleben, auf das Pflegepersonen eingeschult werden müssen, was das Medizinproduktegesetz auch exakt vorschreibt.

Die Änderung in der Arbeit und den Abläufen war nicht nur dem technischen Fortschritt, sondern auch neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschuldet, die genaue Dokumentationen vorschreiben. Sie müssen die Pflegeanamnese, -diagnose und -planung sowie die Pflegemaßnahmen enthalten und sind im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz festgeschrieben. Die Papierdokumenta-

tion wurde weitestgehend eliminiert, der Pflegeprozess wird über Softwareprogramme abgebildet. Dazu wurde 2008 die elektronische Pflegedokumentation auf Basis der Leistungserfassung in den KABEG-Häusern implementiert.

Die elektronische Dokumentation eröffnet dem Pflegepersonal eine Reihe von Möglichkeiten und flexiblen Anwendungen.

So kann beispielsweise der Blutdruck mittels W-LAN sofort in die Fieberkurve übertragen werden. Mit einem mobilen Gerät ähnlich einem Smartphone kann eine Hautveränderung fotografiert und zur weiteren Abklärung an die zuständige Fachabteilung weitergeleitet werden.

Patientendaten, Verordnungen und Therapien sind auf Knopfdruck ersichtlich

Die Fieberkurve, die bis in die 1990er Jahre noch an jedem Bett hing und für jeden Besucher einsichtig war, wäre heute allein aus Datenschutzgründen nicht mehr möglich. Sie wich der elektronischen Fieberkurve, die seit 2010 sukzessive in den KABEG-Häusern eingeführt wird. Diese umfasst Patientendaten, Medikation sowie therapeutische Verordnungen, die vom Pflege- und medizinischen Personal über verschiedene Berechtigungsinstanzen elektronisch aktiv verwaltet und jederzeit von mobilen Geräten abgerufen werden können.

Der medizinische Fortschritt sowie neue Operationstechniken und gesellschaftliche Entwicklung haben Einfluss auf die Pflege

„Die Pflege orientiert sich stets an der Medizin“, erklärt PD Obersteiner. Durch aktuelle Operationstechniken, wie minimalinvasive Methoden und neue Behandlungsmöglichkeiten, aber auch durch alternative Lebensräume für ältere Menschen oder die 24-Stunden-Pflege hat sich die Verweildauer der Patienten reduziert. Vieles wurde auch in Tageskliniken oder Ambulanzen verlagert. „Dadurch hat sich unser Arbeitsfeld extrem verdichtet“, schildert die Pflegedirektorin. Und damit hat sich auch der Anteil der organisatorischen Arbeit stark erhöht. Das Entlassungsmanagement musste entsprechend adaptiert und optimiert werden.

Die Vernetzung zu extramuralen Einrichtungen wie Pflegeheimen oder mobilen Pflegediensten wurden intensiviert, um die poststationäre Betreuung sicherzustellen.



Die klassische Fieberkurve hat ausgedient

War früher eine „Oberschwester“ für eine Abteilung zuständig, organisiert nun eine Abteilungsleitung Pflege mehrere Abteilungen

Die Führungsstrukturen haben sich geändert und wurden ebenfalls verdichtet. Am Beispiel Klagenfurt: Anstelle von 24 Oberschwestern, gibt es nun neun Abteilungsleitungen. „Matrixdenken anstelle von Abteilungsdenken“, lautet die Devise. Die strenge Zuteilung der Betten zu den einzelnen Disziplinen oder Fachabteilungen ist damit ebenfalls Geschichte. Da sie nun interdisziplinär belegt werden, wird auch das Bettenmanagement erleichtert. Den Abteilungsleitungen untergeordnet sind die Stationsleitungen, die ebenfalls Managementaufgaben erfüllen müssen. Sie haben den Überblick über ihre Stationen und teilen das Pflegepersonal ein, koordinieren und überwachen die Arbeitsabläufe.

Die Aufgaben und die Funktion der Pflegedirektionen haben sich im Laufe der Jahrzehnte ebenfalls massiv gewandelt. In den 1990er Jahren sei man als Pflegedirektor in erster Linie ein Berufsgruppenvertreter gewesen, das Bild habe sich von der „Oberin“ der konfessionellen Krankenhäuser der vergangenen Jahrhunderte heraus entwickelt, beschreibt es PD Rauter. „Heute ist es eine reine Managementfunktion“, sagt er. Qualitäts- und Risikomanagement fallen da ebenso in seinen Bereich wie die Budgethoheit und damit auch die Budgetverhandlungen für das

gesamte Pflegepersonal. Darüber hinaus müssen die Pflegedirektorinnen und -direktoren die Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen verantworten. Die Entwicklung ist noch lang nicht abgeschlossen. „Wir sind mitten im Prozess“, sagt PD Rauter. Er rechnet damit, dass es in Zukunft weniger diplomiertes Personal und mehr Assistenten geben wird, im Sinne einer ausgewogenen Skill-Grade-Mischung in allen Bereichen.

Im Bereich der medizinisch-technischen Fachdienste (MTD) werden künftig Röntgen- und Laborassistenten die Aufgaben der Radiotechnologen oder Biomedizinischen Analytiker unterstützen. Das Berufsbild wird sich weiter ändern: Die demografische Entwicklung ist die Herausforderung der Zukunft.

Auch PD Obersteiner glaubt, dass sich das Berufsbild weiter ändern wird. Mit dem Fortschritt in der Medizin werden sich auch Arbeit und Aufgaben der Pflege weiterentwickeln und Robotik werde ebenso ein Thema sein wie der Mangel an Pflegefachkräften. Große Herausforderungen wird ihrer Ansicht nach die demografische Entwicklung mit Multimorbidität und Demenz darstellen. Während heute fünf Prozent der österreichischen Bevölkerung das 80. Lebensjahr vollendet haben, sollen es laut Prognosen im Jahr



Seit 2010 wird die elektronische Fieberkurve sukzessive in den KABEG-Häusern eingeführt

2050 bereits 11,5 Prozent und damit eine Million Menschen sein. Damit werden Bereiche wie Biografiearbeit, Validation oder Sturzprophylaxe an Bedeutung gewinnen und von der Pflege wiederum kompetent umgesetzt werden müssen.

Spezialisten



Kärntner Spitzenmedizin

An der Geschichte der KABEG zeigt sich auch die Entwicklung der Medizin in Kärnten. Engagierte Ärztinnen und Ärzte sorgten dafür, dass internationale Entwicklungen und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie in die medizinischen Abteilungen der Kärntner Landeskrankenanstalten integriert wurden. Kooperationen sowie das Setzen von Schwerpunkten innerhalb des KABEG-Verbundes verstärkten das Know-how und schafften die finanzielle Basis für ein stetiges Fortschreiten.

In der Medizin
setzt sich die
Spezialisierung
immer stärker
durch

Engagierte Ärztinnen und Ärzte sorgten dafür, dass internationale Entwicklungen und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie in die medizinischen Abteilungen der Kärntner Landeskrankenanstalten integriert wurden.

Mit allen Neuerungen hat man klein angefangen. Das Teuerste dabei war meist nicht die Medizintechnik, sondern das Personal. Denn für jeden Spezialbereich braucht man entsprechend geschulte, bestens qualifizierte Leute. Daher musste der medizinische Fortschritt häufig auch unter dem Aspekt der Personalausweitung gesehen werden.

In der KABEG sind medizinische Entwicklungen stets forciert worden. Alle Neuerungen sind unter der Prämisse des Patientennutzen und der Finanzierbarkeit gemacht worden. So hat sich die Medizin im Laufe der Jahre von der Standardversorgung in Richtung hochdifferenzierter Spezialabteilungen entwickelt.

In der KABEG sind medizinische Entwicklungen stets forciert worden

Derzeit befindet sich die stationäre Gesundheitsversorgung auf dem Weg zu einer Zweiteilung in eine wohnortnahe Basisversorgung für leichtere Fälle und eine zentrierte Spitzenmedizin. „Nur mit einer solchen Konzentration ist eine hohe Expertise und damit auch ein optimaler Behandlungserfolg möglich“, meint Prim. Dr. Wolfgang Wandschneider, MAS, Leiter der Abteilung für Herz-, Thorax-, und Gefäßchirurgie im Klinikum Klagenfurt. Auch aus ökonomischer Sicht sei dies der einzig mögliche Weg. Denn die hochspezialisierten Geräte und Methoden haben ebenso hohe Preise.

Für Univ.-Prof. Dr. Jörg R. Weber, Primarius der Abteilung für Neurologie im Klinikum Klagenfurt, sind die Entwicklungen in der Medizin an drei elementaren Parametern am deutlichsten sichtbar: den dramatisch verbesserten Diagnosemöglichkeiten, der ebenso besseren Therapie in beinahe allen Bereichen und der Geschwindigkeit.

Drei Meilensteine erleichtern heute die Diagnose: bildgebende Technologien, die Molekularbiologie und die Genetik. „Erkrankungen sind dadurch exakter zuzuordnen, die Ursachen klarer erkennbar“, meint Prof. Weber. Behandlungen seien früher oft aus dem Allgemeinverständnis heraus erfolgt. Heute werden pathomechanische Zusammenhänge klar erkannt, humanisierte monoklonale Antikörper

erleichtern die Heilung, beispielsweise bei Krebs, Hautkrankheiten, bei rheumatischen Erkrankungen oder Asthma. „Es ist wie Schloss und Schlüssel. Die Krankheit ist das Schloss, die Antikörper passen da genau hinein, ohne dass man lang herumfeilen muss.“



Mit moderner Technik können Diagnosen exakter gestellt werden

Erkrankungen können besser erkannt und behandelt werden

Damit hat sich die Geschwindigkeit massiv erhöht und der Faktor Zeit – beobachten, reden und auf Erfahrungen zurückgreifen – wurde im Wesentlichen durch die moderne Diagnostik abgelöst. Das hat direkte Auswirkungen auf den Patienten und die Abläufe. Die Liegedauer hat sich halbiert und beträgt im Durchschnitt sechs Tage pro Patient.

Darauf musste der Krankenhaus-Erhalter auch mit der Anpassung der Bettenstruktur reagieren. So werden für die Spitzenmedizin mehr Intensiv- und Intermediate Care-Betten gebraucht und

für die leichteren Behandlungen ein Plus an tageschirurgischer Infrastruktur. Im Mittelbereich sinkt der Bedarf.

Mit den neuen Strukturen verbesserte sich auch die Hotelqualität für die Patientinnen und Patienten. Zwei-Bett-Zimmer mit angeschlossenem Bad wurden im Laufe der Jahre großteils Standard, wenn neue Bauten errichtet wurden. Zuvor gab es – Beispiel Neurologie Klagenfurt – für 22 Betten auf einer Station drei Toiletten und ein Badezimmer.

Durch die Entwicklung von Medizin und Medizintechnik haben viele Krankhei-

ten ihren Schrecken verloren. Jeder hat Lebensjahre und Lebensqualität dazugewonnen. Verschiedene Krebsarten sind gut heilbar beziehungsweise stabilisierbar. Die Koronarangiographie hat die Überlebenschancen bei Herzinfarkten dramatisch erhöht. War ein Schlaganfall vor 25 Jahren noch ein Schicksalsschlag, ist er heute gut behandelbar. Die Auflö- sung von Blutgerinnseln gehört ebenso zu den Standardtherapien wie das me- chanische Freimachen eines Gefäßes.

Stroke Units, interdisziplinäre Einhei- ten mit Expertinnen und Experten aus Neurologie, Neurochirurgie, Radiologie, Anästhesie, Gefäßchirurgie, Innerer Me- dizin und Labordiagnostik, für die rasche Behandlung von Schlaganfallpatienten wurden am Klinikum Klagenfurt und am LKH Villach im Jahr 2007 installiert.

Was für die Gesellschaft im Allgemeinen gilt, hat auch für die Medizin im Speziellen Gültigkeit: Wissen wurde demokrati- siert. Die neuesten Studien und wis- senschaftlichen Erkenntnisse sind auf Knopfdruck abrufbar. „Früher hieß es, in Verzeichnissen zu suchen, eine Kopie zu bestellen. In sechs Wochen war’s dann da“, meint Prof. Weber. Mit der Digitali- sierung haben Ärztinnen und Ärzte nicht nur Zugriff auf weltweit verfügbares Wis- sen, sondern auch die Möglichkeit und Verpflichtung an internationalen Studi- en teilzunehmen.

Um stets über die neuesten Entwicklun- gen informiert zu sein, wird Fortbildung immer wichtiger und notwendiger. Auch hier hilft die digitale Vernetzung. Ope- rationen sind bereits auf YouTube ver- fügbar, Fachjournale digital zugänglich. Damit erhöht und verbreitert sich das



Die Koronarangio- graphie hat die Überlebenschancen bei Herzinfarkten deutlich erhöht

Wissensniveau, Entscheidungen fallen kollegial, sowohl innerhalb einer Abtei- lung als auch abteilungsübergreifend.

Die Patienten verfügen ebenfalls über mehr Informationen, setzen sich häu- fig mit ihrer Krankheit auseinander und begeben sich nicht mehr bedingungslos in die Hände der Medizin. „Man muss mehr argumentieren und kommuniziert häufig auch auf Augenhöhe. Aber das be- deutet auch mehr Verantwortung für die Patienten. Denn mitreden heißt Verant- wortung“, sagt Prof. Weber.

Um stets über die neuesten Entwicklungen informiert zu sein, wird Fortbildung immer wichtiger und notwendiger

Die Medizin bewegt sich immer mehr im Spannungsfeld von Spezialisierung und Interdisziplinarität. „Vor 30 Jahren hat ein Chirurg praktisch alles gemacht, was mit Schneiden zu tun hatte“, erklärt Prim. Wandschneider. Nach und nach erfolgte die Aufgliederung in Spezialfächer, damit bildeten sich neue Abteilungen.

Diese Entwicklung hatte zwei Ursachen. Einerseits erhöhte sich wegen der gestie- genen Lebenserwartung sukzessive die Zahl der Patientinnen und Patienten, an- dererseits konnte man aufgrund des ras- chen medizinischen Fortschritts in den Spezialbereichen nur auf diese Weise auf dem neuesten Stand bleiben.

Nicht nur in den chirurgischen Fächern, auch in der Inneren Medizin setzte sich die Spezialisierung immer stärker durch. Anstelle der klassischen Internisten gibt es künftig Expertinnen und Experten in den vier Fachbereichen Gastroenterolo- gie, Nephrologie, Pulmologie und Kardio- logie, die zuvor Additivfächer waren und in der neuen Facharztausbildung nun zu Hauptfächern wurden, für die man sich nach zwei Jahren allgemein-internisti- scher Ausbildung entscheidet.

Ein großer Sprung im chirurgischen Fach war das Entstehen der minimalinvasiven Methode. Und sie bedeutete eine Um- stellung für die Chirurginnen und Chir- urgen, die jeden ihrer Schritte nur noch auf dem Bildschirm sahen. Die neue Ge-

neration steht vor dem umgekehrten Problem. Sie wächst mit der Knopflochchirurgie auf und hat weniger Möglichkeiten, Erfahrungen bei offenen Operationen zu sammeln, die abhängig von der Diagnose nach wie vor notwendig sind.

Die neue Operationsmethode bedeutete auch einen großen Fortschritt für die Patienten, da sie schonender und weniger schmerzhaft ist, kaum Narben hinterlässt und die Aufenthaltsdauer im Spital verkürzt.

Die minimalinvasive Chirurgie fand um das Jahr 2000 Eingang in die Kärntner Landeskrankenhäuser. Ende der 1990er Jahre wurden die ersten Thorax-Operationen minimalinvasiv durchgeführt, etwa zehn Jahre später folgten die Eingriffe am Herzen. Aktuell passieren 70 bis 80 Prozent der Thorax-Operationen minimalinvasiv. Bei der Allgemeinchirurgie liegt der Prozentsatz ebenfalls bei rund 80 Prozent, viele Eingriffe werden fast ausnahmslos auf diese Weise durchgeführt. 1997 wurde auf der Abteilung für Urologie und Andrologie am Klinikum Klagenfurt erstmals in Europa ein Nierentumor laparoskopisch entfernt, 2003 zum ersten Mal in Kärnten eine tumorbefallene Prostata mittels Knopflochchirurgie operiert.

Und die minimalinvasive Chirurgie entwickelt sich weiter. So wurde in der Thoraxchirurgie die Uni-Portal-Technik eingeführt. Dabei genügt ein einziger kleiner Schnitt, um Kamera und Instrumente an die gewünschte Stelle des Körpers zu bringen. „In der Allgemeinchirurgie nennt sich die Methode SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery), der Schnitt erfolgt in der Tiefe des Bauchnabels“, er-



Ein großer Sprung im chirurgischen Fach war das Entstehen der minimalinvasiven Methode

klärt Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Mittermair, der die Methode im Klinikum Klagenfurt eingeführt hat. Viele Eingriffe werden heute daher fast ausnahmslos minimal-invasiv durchgeführt. Sogar komplexe Eingriffe an Leber, Magen, Darm und Speiseröhre sind zunehmend ohne einen großen Schnitt möglich. So wurde 2014 erstmals eine Dickdarmpoperation mit der SILS-Methode nur über den Nabel durchgeführt.

Hatte früher jede chirurgische Abteilung ihren eigenen Operationssaal, wurde dieses System nun durch den Zentral-OP ersetzt. Mehrere Säle wurden in einer

Einheit zusammengefasst und werden von jeder Disziplin genutzt. Dadurch kann die Einteilung der Operationen flexibler festgelegt werden, auch die Pflege und personelle Einteilung der Anästhesie wurden dadurch einfacher. Der nächste Schritt wird ein Hybrid-OP sein, der im Klinikum Klagenfurt geplant ist. Dort sollen Herz- und Gefäßchirurgen, Radiologen, Kardiologen und Neurochirurgen die idealen Bedingungen für gemeinsame Eingriffe vorfinden.

Diese Einrichtung wird damit einen weiteren Trend, den der interdisziplinären Zusammenarbeit, unterstützen.

Die Spezialisierung in Kombination mit der Interdisziplinarität bedeutet auch die ideale Versorgung für die Patientinnen und Patienten, wenn bei Diagnose und Behandlung mehrere Abteilungen ihr Spezialwissen und Können einbringen. So führen beispielsweise „Heart-Teams“, bestehend aus Medizinerinnen der Herzchirurgie und der Kardiologie, Transkatheter-Aortenklappen-Implantationen (TAVI) an Patienten, bei denen eine Operation unter Vollnarkose und bei offenem Brustkorb zu gefährlich wäre, durch.

In der Gefäßchirurgie setzen sich Kombinationseingriffe mit interventionell-radiologischen Verfahren in Zusammenarbeit mit dem Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie durch. Ein weiteres Beispiel ist das Cancer-Center am Klinikum Klagenfurt, in dem alle Disziplinen der Tumorbehandlung eingebunden sein werden. Bereits in den 1990er Jahren waren Tumorboards etabliert worden, in denen jeder einzelne Fall interdisziplinär besprochen werden konnte.

Bei Diagnose und Behandlung bringen mehrere Abteilungen ihr Spezialwissen und Können ein

Eine Herausforderung sehen die Mediziner in der Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit den neuen Arbeitszeitvorschriften.

Diese Regelungen bringen zwar eine bessere Work-Life-Balance für die Berufseinsteiger, erschweren ihnen jedoch die durchgehende Begleitung eines Patienten. Wer vom Moment des Behandlungsbeginns den Patienten über mehrere Tage durchgehend beobachtet, lernt so den Behandlungserfolg abzuschätzen und zu bewerten und sammelt damit wichtige Erfahrungen für seine spätere Arbeit.

Die Dokumentation ist ebenfalls ein elementarer Teil des medizinischen Alltags geworden. Sie macht Entscheidungen und Prozesse transparenter, Behandlungspfade werden im nationalen und internationalen Vergleich nachvollziehbar. Diese bessere Nachvollziehbarkeit bedeutet aber auch mehr Zeitaufwand pro Patienten und damit längere Wartezeiten, meinen die Ärzte.

Darüber hinaus bedarf es der Einschulung auf die diversen Systeme, was ebenfalls Zeit in Anspruch nimmt.



Die interdisziplinären Tageskliniken verzeichnen einen ungebremsst steigenden Zulauf

Tagesklinisches Angebot entsteht

Der medizinische Fortschritt in Diagnose und Therapie hatte unter anderem auch direkte Auswirkung auf das Patientenverhalten. Während sich die stationären Aufenthalte verkürzten, verzeichneten die interdisziplinären Tageskliniken einen ungebremsst steigenden Zulauf. 2004 wurden in der KABEG die ersten tagesklinischen Einrichtungen installiert, im Laufe der Jahre ausgebaut und werden mittlerweile von zwölf Disziplinen genutzt.

Für leichtere Eingriffe ist kein stationärer Aufenthalt mehr notwendig. Die Patientinnen und Patienten können wenige Stunden danach heimgehen und werden in den Ambulanzen oder vom Hausarzt nachbetreut. War beispielsweise für eine Kniearthroskopie früher ein Krankenhausaufenthalt von vier bis fünf Tagen notwendig, so wird der Eingriff heute tagesklinisch durchgeführt. Herzkathteteruntersuchungen, Schrittmacherwechsel, Knochenmarkspunktionen und Kardioversionen erfolgen ebenso in den Tageskliniken wie diversen Metallentfernungen, Karpaltunnel- oder Bruchooperationen. Kataraktoperationen werden ebenfalls in der Tagesklinik durchgeführt, verbesserte OP-Methoden führten bei diesem Eingriff darüber hinaus in den vergangenen Jahren im Klinikum Klagenfurt zu einer Verdoppelung der Eingriffe.

Stark steigende Nachfragen verzeichnen auch die Ambulanzen. Das wird nicht nur auf die zahlreichen Spezialambulanzen, die der Forderung nach Spezialisierung entsprechend im Laufe der Jahre entstanden sind, sondern auch auf den Rückgang der Versorgung im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zurückgeführt. Daher werden die Kärntner Landeskrankenhäuser immer mehr zu Anlaufstellen für die Kärntner Bevölkerung und übernehmen vielfach Aufgaben, die früher in den Bereich der Allgemeinpraxen fielen. Eine Trendumkehr ist nicht in Sicht.

Gemeinsam besser

Ein wesentlicher Aspekt innerhalb des KABEG-Verbundes ist die Förderung des Gemeinschaftsgeistes im Sinne einer optimalen Gesundheitsversorgung, im Interesse der Steuerzahler und zur Sicherung der Arbeitsplätze. Im Laufe der Jahre erfolgten Schwerpunktsetzungen, Kooperationen wurden laufend erweitert, um die Medizin leistbar zu machen und die neuesten Entwicklungen mitmachen zu können. Wachstumspotenzial für weitere Kooperationen ist vorhanden.

So wurden beispielsweise im Landeskrankenhaus Villach Mitte der 1990er Jahre das erste Mal Stammzellentransplantationen durchgeführt. Die Disziplin wanderte innerhalb des KABEG-Verbundes nach Klagenfurt ab, da das Klinikum Klagenfurt im österreichischen Krankenanstaltenplan als einziges Kärntner Spital als onkologisches Zentrum mit der höchsten onkologischen Versorgungsstufe verankert wurde, Koordinationsstelle für die onkologische Versorgung im Bundesland ist und auch für die hämatologisch-onkologische Forschung und Ausbildung zuständig ist. Rund 50 Prozent der Kärntner Onkologie-Patienten werden hier betreut.

Zu den Aufgaben des Zentrums zählen die Betreuung seltener onkologischer Erkrankungen oder Tumorerkrankungen, die mit hohem diagnostischen und therapeutischen Aufwand verbunden sind. So bot beispielsweise die Abteilung für Radiologie am Klinikum Klagenfurt erstmals in Kärnten die Radiofrequenztherapie bei Leberkarzinomen an. Seit kurzem erweitert ein neues Arzneimittel die Therapiemöglichkeiten für Patientinnen und Patienten, die bisher als nicht mehr therapierbar galten. Bei Melanomen, Lungenkarzinomen und beim nicht kleinzelligen Nierenzellkarzinom wurde damit in 20 Prozent der Fälle eine Tumorremission erreicht.



Die Häuser im KABEG-Verbund kooperieren bei der Medikamentenversorgung. Die Apotheke im Klinikum Klagenfurt, die mit dem GMP (Good manufacturing practice)-Zertifikat für die Herstellungssicherheit von Arzneimitteln ausgezeichnet ist, versorgt auch das LKH Wolfsberg. Das LKH Villach wiederum beliefert die beiden anderen KABEG-Häuser, das LKH Laas und die Gailtal-Klinik, mit Medikamenten.

Die Zentralsterilisation im Klinikum Klagenfurt ist auch für das Sterilgut im LKH Wolfsberg zuständig. Die OP-Tassen und andere Sterilgüter werden regelmäßig ins Klinikum geliefert, sterilisiert und unmittelbar danach zurückgebracht.

Transporte für Arzneimittel, Wäsche und Sterilgut sind mehrmals im Tag zwischen den Häusern unterwegs.

In der Zystostatika-Aufbereitung für die Tumorbehandlung erfolgt die Kooperation auch über die KABEG-Grenzen hinaus. Neben den Landeskrankenhäusern Wolfsberg und Villach beliefert das Klinikum Klagenfurt, die Humanomed-Privatklinik Villach sowie das Krankenhaus in Spittal/Drau.

Das Zentrallabor im Klinikum Klagenfurt, das seine Leistungen auch für andere Kärntner Spitäler erbringt, betreibt die Laborgeräte in Kooperation mit einem privaten Unternehmen. Dieses Modell ist internationaler Standard, wurde mit der Installation des Zentrallabors im VEZ vor knapp zehn Jahren eingeführt und soll sukzessive auf die anderen Häuser ausgeweitet werden. Dabei stellt das Unternehmen die Geräte zur Verfügung und muss laufend selbst für die Erneuerung und Modernisierung der Einrichtung



Die Kooperation bei der Herstellung von Medikamenten für Tumorthérapien erfolgt auch über KABEG-Grenzen hinweg

sorgen. Die KABEG zahlt nur pro durchgeführter Analyse.

1993 wurde zwischen dem Landeskrankenhaus Villach und der Sonderkrankenanstalt (SKA) Warmbad Villach ein Kooperationsvertrag im Fach Orthopädie geschlossen. Während sich die operative Station der SKA Orthopädie im LKH Villach befindet und zur SKA gehört, erfolgen die stationären konservativen Therapien und die postoperative Frühmobilisation – beispielsweise nach künstlichem Gelenkersatz – in Warmbad. Auch die orthopädischen Ambulanzen haben ihren Standort in der SKA. Damit entstand die größte orthopädische Abteilung in Kärnten. Um die grenzüber-



Das Zentrallabor in Klagenfurt erbringt seine Leistungen auch für andere Kärntner Spitäler

schreitende Patientenversorgung zu verbessern, haben das LKH Villach, die Gailtal-Klinik und das LKH Wolfsberg im Jahr 2003 ein EU-Projekt ins Leben gerufen. Neben vielen Verbesserungen für Patienten waren das Erlernen der Sprache und ein gegenseitiger Personalaustausch Teil des Projekts. Diese Zusammenarbeit mit Slowenien und Italien war auch der Startschuss für weitere interregionale Kooperationen.

2008 bauten das Klinikum Klagenfurt und das LKH Villach gemeinsam die 24-Stunden-Versorgung für Herzinfarktpatienten auf. Villach ist von sieben bis 15 Uhr für den gesamten Oberkärntner Raum zuständig, in der restlichen Zeit

haben die Spezialisten in Klagenfurt Rufbereitschaft und versorgen die Patientinnen und Patienten aus ganz Kärnten 24 Stunden lang. Für Schlaganfallpatienten gibt es ebenfalls für den gesamten Kärntner Raum eine interventionelle 24-Stunden-Versorgung im Klinikum Klagenfurt. Dabei können die verschlossenen Arterien im Gehirn durch die direkte Anwendung von gerinnungshemmenden Medikamenten, Ballonkathetern und Stents zu einem guten Teil wieder geöffnet werden. Dadurch wird das Absterben von Gehirnregionen verhindert.

Die Abteilung für Pulmologie am Klinikum Klagenfurt und die Abteilung für Innere Medizin am LKH Villach bündeln ihre Kompetenzen auf dem Gebiet der Lungenerkrankungen und haben im Frühjahr 2018 ein Lungenzentrum gegründet. Damit sollen nicht nur die Betreuung und Behandlung der Patienten verbessert, sondern auch die Ärzteausbildung in diesem Fachbereich optimiert sowie die klinische Forschung und die Fort- und Weiterbildung intensiviert werden.

Weiters soll eine Nierenstein-Ambulanz zur Metaphylaxe-Kooperation zwischen der Abteilung für Innere Medizin am LKH Villach und der Urologie am Klinikum Klagenfurt etabliert werden. Auch ein Competence Center Pneumologie zwischen LKH Villach und Klinikum Klagenfurt steht auf dem Programm.

Die Einrichtung einer Osteoporose-Ambulanz ist als Zusammenarbeit aller KABEG-Häuser geplant.

Für Standorte von Abteilungen für chro-



Mit Kooperationen wie dem Lungenzentrum werden Expertisen gebündelt

nisch Kranke, also im Klinikum Klagenfurt, dem LKH Villach und dem LKH Wolfsberg, wurde 2017 ein Vertrag mit dem Kärntner Gesundheitsfonds für die Beatmung von Langzeitpatienten im Wachkoma abgeschlossen. Bisher hatte es diese Form der Versorgung nicht gegeben.

Ein Intensivtransportwagen, der auch mit einer Herz-Lungen-Maschine ausgestattet ist, wurde im Klinikum Klagenfurt stationiert und steht bei Bedarf allen Häusern des KABEG-Verbundes zur Verfügung.

Eine junge Disziplin ist die Palliativversorgung. Sie wurde im Rahmen des Kärntner Palliativkonzepts von Beginn an verbundweit und über die KABEG hinaus installiert und organisiert. Chronisch

Kranke sollen in ihrer Krankheitssituation stabilisiert und für den Umzug nach Hause oder in ein Pflegeheim vorbereitet werden, wo sie von Angehörigen und dem mobilen Palliativteam, Hausärzten und Hauskrankenpflege betreut werden können.

Ende 2004 wurde in Klagenfurt die Station für Palliativmedizin mit 14 Betten in Ein- bis Zweibettzimmern, im Frühjahr 2005 das „Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin“ (ZISOP) eröffnet, in dem die interdisziplinäre Schmerzambulanz, die Tagesklinik und die Palliativstation zusammengefasst sind. In Villach war die Palliativ-Versorgung anfänglich auf mehrere Stationen, die Geriatrie, die Chirurgie und die Gynäkologie, verteilt.

Ende 2005 wurde die Palliativstation auf der medizinisch-geriatrischen Abteilung und der Abteilung für chronisch Kranke mit zwölf Betten eröffnet.

Mobile Palliativteams, bestehend aus medizinischen und Pflegekräften und bei Bedarf auch Psychologen und Sozialarbeitern, sind an den Krankenhäusern Klagenfurt, Villach und St. Veit stationiert. Sie bilden die Schnittstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich und ermöglichen die Betreuung zu Hause, unterstützen die Hausärzte, Pflegekräfte und Heime und beraten die Angehörigen. Darüber hinaus gibt es seit 2017 am Klinikum Klagenfurt ein Palliativteam, das Kinder und Eltern auf den Kinderstationen sowie der Abteilung für Geburtshilfe betreut.

Der psychiatrische Not- und Krisendienst des Landes Kärnten wurde 2007 von der KABEG übernommen, ist im Klinikum Klagenfurt und dem LKH Villach stationiert und für das ganze Bundesland zuständig. Von Klagenfurt aus werden die Bezirke Klagenfurt Stadt und Land, St. Veit, Völkermarkt und Wolfsberg betreut. Zum Krisendienst Villach gehören auch die Bezirke Spittal/Drau und Hermagor. Die Bürger aus dem Bezirk Feldkirchen können sich an beide Standorte wenden. Die Hilfesuchenden werden telefonisch oder von den mobilen Teams vor Ort betreut.

Speziell für geriatrische Patienten bieten die Landeskrankenhäuser Wolfsberg und Laas die mobile geriatrische Remobilisation an. Das Angebot richtet sich an Patienten, deren Therapien nach einem



Klagenfurt und Villach versorgen rund um die Uhr Herzinfarktpatienten

längeren Spitalsaufenthalt noch nicht abgeschlossen sind. Finanziert werden die Leistungen vom Kärntner Gesundheitsfonds, den Sozialversicherungen und dem Land Kärnten.

Das Klinikum Klagenfurt wurde als erstes Krankenhaus Kärntens als überregionales Traumazentrum zertifiziert und kooperiert im Traumanetzwerk Kärnten und Osttirol mit dem LKH Villach und dem Unfallkrankenhaus (UKH) Klagenfurt, die als regionale Traumazentren zertifiziert sind, sowie mit dem LKH Wolfsberg, dem Krankenhaus Spittal/Drau und dem Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach, die Zertifikate

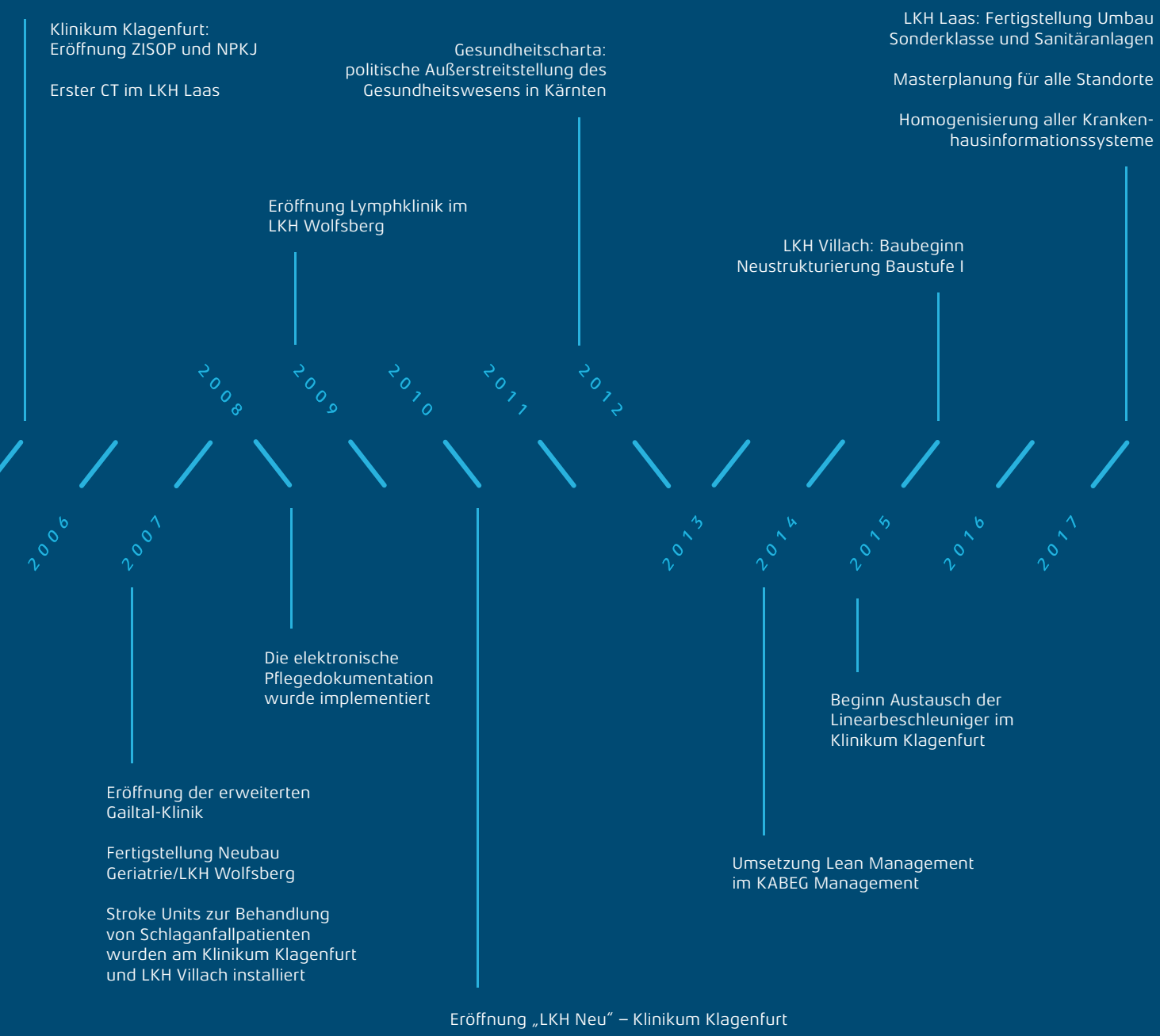
als lokale Traumazentren haben. Jeder Teilnehmer in diesem Netzwerk verfügt über unterschiedliche Kernkompetenzen und Kapazitäten, über die alle Rettungseinrichtungen informiert sind und somit wissen, welche Verletzungen in welchem Spital bestmöglich versorgt werden. Der Kriterienkatalog dafür stammt von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).

Das Klinikum Klagenfurt und das UKH der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) arbeiten bereits in mehreren Bereichen zusammen. So beliefert die Apotheke des Klinikums seit 2015 das UKH mit Medikamenten, das Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik erstellt Analysen für das UKH. Mit der Übersiedelung des Unfallkrankenhauses in die Chirurgie Ost auf dem Klinikum-Gelände werden weitere Synergien, unter anderem durch die Zusammenlegung der Unfallchirurgie und Orthopädie, genutzt.

Die KABEG betreibt zwei Zentralwäschereien. Der Standort im Klinikum Klagenfurt versorgt auch die Landeskrankenhäuser Villach und Wolfsberg und arbeitet mit einem vollautomatischen Bestellsystem. Täglich werden rund 19 Tonnen Wäsche, darunter rund 84.000 Personalbekleidungsstücke gewaschen. Die zweite Großwäscherei im KABEG-Verband betreibt das LKH Laas, das auch die Gailtal-Klinik mit sauberer Wäsche versorgt. Rund eine Tonne Wäsche wird hier pro Tag gewaschen, getrocknet, gebügelt und verteilt beziehungsweise ausgeliefert.

EINE AUSWAHL DER MEILENSTEINE UND HIGHLIGHTS





25 Mal fünf

In den vergangenen 25 Jahren hat sich das Umfeld für das Gesundheitswesen massiv geändert. Die fünf Landesspitäler hatten auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse, Therapiemöglichkeiten, demographische Entwicklungen sowie geändertes Patientenverhalten zu reagieren und entwickelten sich kontinuierlich weiter. Dank zahlreicher engagierter Expertinnen und Experten in allen Bereichen, durch konzentriertes Know-how und eine nachhaltige Leistungsplanung, waren und sind sie stets an der Spitze des medizinischen Fortschritts zu finden. Neue Trends werden implementiert, Fort- und Weiterbildung ist in allen Berufsgruppen das Gebot der Stunde. Wesentliche Entwicklungsschritte der Häuser sollen exemplarisch vorgestellt werden. Die Landesspitäler haben auch eine wichtige Funktion in der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte und sind als Lehrkrankenhäuser der medizinischen Fakultäten Wien, Graz und Innsbruck zugelassen.

Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

Die Vorläufer des Klinikums Klagenfurt gehen bis in das Jahr 1784 zurück, als es in Folge der thesesianischen Reformen als Allgemeines Krankenhaus mit einer medizinischen und chirurgischen Abteilung sowie einer Gebärstalt als älteste aller Abteilungen am Heuplatz gegründet wurde. 1894 wurde mit dem Bau von zehn Spitalsgebäuden auf dem heutigen Areal begonnen, zwei Jahre später wurden die 500 Betten in acht Abteilungen bezogen.

In Folge breitete sich die Gesundheitseinrichtung auf dem Areal stetig aus und entwickelte sich in den vergangenen Jahren zu einem Schwerpunktkrankenhaus mit Zentralversorgungscharakter und somit einigen Monopolabteilungen, die die überregionale Versorgung für ganz Kärnten übernehmen. Dazu zählen dem Versorgungsauftrag entsprechend chirurgische Fächer wie die Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, die Neurochirurgie, die Plastische Chirurgie sowie die Kinder- und Jugendchirurgie. Auch die Abteilung für Nuklearmedizin und Endokrinologie/PET-CT-Zentrum, die Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung, die Urologie, die Pulmologie, die Augenabteilung sowie die Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters werden nur in Klagenfurt angeboten. Damit verfügt das Klinikum Klagenfurt über das gesamte Leistungsspektrum ei-

ner Universitätsklinik mit Ausnahme der Transplantationschirurgie.

Das drittgrößte Krankenhaus Österreichs verfügt über 1344 Betten und 126 Betten für Chronisch Kranke mit 25 Fachabteilungen plus Tagesklinik und fünf Instituten inklusive einer großen Apotheke. Dazu kommen 16 akkreditierte Spezialambulanzen, die sich nach und nach aufgrund der Nachfrage, der medizinischen Entwicklung und den Vorgaben des Kärntner Gesundheitsfonds (KGF) etablierten.



Mit dem Projekt „LKH Klagenfurt NEU“ wurde ein Meilenstein in der Entwicklung gesetzt

Das Herzstück des Klinikums ist seit der Inbetriebnahme des neuen Chirurgisch-Medizinischen Zentrums (CMZ) die Zentrale Aufnahmeeinheit (ZAE)

Mit dem teilweisen Neubau des Krankenhauses unter dem Projektnamen „LKH Klagenfurt Neu“ wurde auch die Betriebsorganisation umstrukturiert, die Prozesse neu gestaltet und optimiert und damit eines der modernsten Krankenhäuser Europas geschaffen. Das Herzstück des Klinikums ist seit der Inbetriebnahme des neuen Chirurgisch-Medizinischen Zentrums (CMZ) die Zentrale Aufnahmeeinheit (ZAE), die einen Adaptationsprozess von einer Notaufnahme zur heutigen ZAE durchlaufen hat und für die Herausforderungen der Zukunft laufend angepasst wird.

Viele „ungeplante“ Patientinnen und Patienten, die mit der Rettung oder als „Selbsteinweiser“ ins Krankenhaus kommen, werden in der ZAE erstmals triagiert und weiter in die Spezialbereiche zugewiesen. Ausgenommen davon sind derzeit dermatologische, gynäkologische und psychiatrische Patienten sowie Patienten der Augenheilkunde, HNO und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Patienten, die mit dem Hubschrauber oder dem Notarztwagen in einem lebensbedrohlichen Zustand eingeliefert werden, kommen in den Schockraum, der von der Anästhesiologie interdisziplinär geleitet wird.

Der gesamte Bereich der Inneren Medizin wurde aufgrund des medizinischen Fortschritts und der zunehmenden Spe-

zialisierung in den vergangenen Jahren sowie der neuen Ärzte-Ausbildungsordnung umstrukturiert. Vier Abteilungen bilden nun im Rahmen des Zentrums Innere Medizin das gesamte internistische Spektrum ab: Abteilung für Innere Medizin und Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie und Nephrologie, Abteilung für Innere Medizin und Hämatologie und Internistische Onkologie, Abteilung für Innere Medizin und Kardiologie und Abteilung für Innere Medizin und Pulmologie.

Im Bereich der chirurgischen Fächer wird zusätzlich zum Routineangebot die gesamte große, teilweise interdisziplinäre Chirurgie angeboten und laufend um endoskopische und tagesklinische Angebote erweitert.

Die interdisziplinären Einheiten für Intermediate Care (IMC), Intensivstationen (ICU) und Aufwachzimmer wird laufend ausgebaut und an die Erfordernisse der modernen Medizin angepasst. Dies ist in dieser Form in Kärnten einzigartig.

2004 entstand das Zentrallabor, dessen einzelne Einrichtungen bisher auf fünf Standorte auf dem Krankenhausgelände verteilt gewesen waren. Auch hier wird laufend auf die modernen technologischen Entwicklungen reagiert und derzeit neu eingerichtet.

Durch die Integration der Bakteriologie im Jahr 2006 und der Mikrobiologie vier

Jahre später entstand das Institut für Labordiagnostik und Mikrobiologie (IML), eines der größten seiner Art in Österreich.

2004 wurde auch die modernste Milchküche Österreichs eröffnet.

2010 ging die Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte in Betrieb. Damit wurde gleichzeitig ein zukunftsweisendes System umgesetzt: in den OP-Sälen liegen nun keine Geräte-Tassen mehr auf Lager, sondern werden am Vortag fallbezogen angefordert und mit der Sterilwäsche mit dem fahrerlosen Transportsystem in die OP-Säle gebracht.

Mit dem Bau des Ver- und Entsorgungszentrums (VEZ) übersiedelte auch die Anstaltsapotheke in die neuen Räumlichkeiten und seitdem erfolgt die Apothekenlogistik mit dem Kommissionier-

automaten vollkommen automatisiert. Die Apotheke ist nach Good Manufacturing Practice (GMP) zertifiziert und versorgt auch andere Kärntner Spitäler unter anderem mit Zytostatika.

Die Abteilung für Nuklearmedizin und Endokrinologie ist die einzige Therapiestation im südösterreichischen Raum für die Behandlung mit Radionukliden. 1997 wurde hier erstmals an einem österreichischen Krankenhaus die PET-Technologie (Positronen-Emissions-Tomographie) in Betrieb genommen. 2003 wurde dieses Gerät durch ein kombiniertes PET/CT-Gerät ersetzt. Damit war Klagenfurt wiederum Vorreiter in Österreich und eines der ersten Krankenhäuser in Europa, welches diese Technologie eingesetzt hat.



Die Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte beliefert die OP-Säle fallbezogen und versorgt mittlerweile das LKH Wolfsberg mit



2004 wurde die modernste Milchküche Österreichs eröffnet

Das Klinikum Klagenfurt ist das erste Krankenhaus Österreichs mit einem zertifizierten Alterstraumazentrum

Innovative Ansätze der intra- und extramuralen sowie überregionalen Vernetzung wurden im Klinikum Klagenfurt stets forciert. So ist es das erste Krankenhaus in Österreich mit einem zertifizierten Alters-Trauma-Zentrum. Die Abteilung für Unfallchirurgie wurde dafür in Kooperation mit der Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation und der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) ausgezeichnet. Rund 1.000 Patienten über 75 Jahre wer-

den jährlich alterstraumatologisch betreut. An der Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation wurde 2018 ein Geriatri-scher Konsiliardienst (GeKo) eingerichtet, der die stationäre extramurale Langzeitpflege unterstützt.

Die Mobilen Palliativteams für Erwachsene und Kinder sind multiprofessionelle, in Palliative Care ausgebildete Teams, die extramural patientennahe eng mit der Palliativstation des Klinikums zusammenarbeiten.

Die interventionelle Radiologie, Neurologie und Neurochirurgie haben gemeinsam das Schlaganfallnetzwerk Österreich aufgebaut, um die Patienten bestmöglich zu versorgen.

Zur kontinuierlichen Verbesserung von



Klagenfurt war eines der ersten Häuser Europas, das über ein PET/CT-Gerät verfügte

Qualität und Sicherheit der Patienten und Mitarbeiter ist seit 2008 in allen Bereichen das Qualitätsmanagementsystem ÖNORM EN ISO 9001:2015 implementiert. Weiters ist das Haus im Umweltbereich nach EMAS III ausgezeichnet.

Das Klinikum Klagenfurt ist gerade dabei, ein Krebszentrum Kärnten zu etablieren, das gemäß den Vorgaben von OnkoZert der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert werden soll.

Das Klinikum Klagenfurt ist nach ISO 9001 zertifiziert. 2002 war mit dem Aufbau begonnen worden. Den Anfang machte die Nuklearmedizin, es folgten Zentralsterilisation, ZISOP, Herz-Thorax-Chirurgie, im Jahr darauf Zentrallabor und Geriatrie. Seit 2004 wird das gesam-

te Haus nach diesem Qualitätsmanagement-System geführt, die Zertifizierungen werden regelmäßig erneuert.

Landeskrankenhaus Villach

Das Landeskrankenhaus Villach wurde als öffentliches Krankenhaus „Kaiser Franz Josef“ mit 100 Betten nach einem Gemeinderatsbeschluss gebaut und 1891 eröffnet. Aufgrund der hohen Kosten und der finanziellen Notlage gab die Stadt das Spital 1920 in Landesobhut. Baugrund wurde dazugekauft und das Krankenhaus in mehreren Baustufen nach und nach ausgebaut und es war dennoch stets zu klein. 1974 fasste das Land Kärnten den Entschluss, das LKH Villach in drei Baustufen zu erweitern. Dieses Projekt wurde 1997 völlig umgesetzt.

Heute verfügt das Haus als Standardkrankenhaus in der Schwerpunktversorgung für den Oberkärntner Raum über zehn Abteilungen, vier Institute und 16 Spezialambulanzen.

Villach war das erste Krankenhaus Kärntens, das ein Schlaflabor betrieb. 1998, als es an der Medizinischen Abteilung in Betrieb ging, war das Phänomen der Schlaf-Apnoe in den USA schon weitgehend ein Begriff, Europa hinkte da noch etwas nach und in Kärnten wusste man zu dieser Zeit noch so gut wie nichts darüber. Im Jahr 2000 kam ein Schlaflabor für Kinder und Jugendliche dazu, es ist



1974 fasste das Land Kärnten den Entschluss, das LKH Villach in drei Baustufen zu erweitern

nach wie vor das Einzige in Kärnten und wurde 2007 von der Österreichischen Gesellschaft für Schlafmedizin zertifiziert. Inzwischen setzen sich auch andere Häuser in Kärnten mit den Themen Schlaf und Schlafproblemen auseinander.

Weiters verfügt das Haus über ein Endometriosezentrum. Die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde im Jahr 2009 als erste in Österreich als Endometriosezentrum – Stufe III, die von den drei möglichen Stufen die umfangreichste ist, zertifiziert. Die Abteilung hat sich über die Jahre zu einer der führenden Adressen für die Erkennung und Behandlung von Endometriose im gesamten europäischen Raum entwickelt. Die Zertifizierung wird durch die Europäische Endometriose Liga, die Stiftung Endometriose-Forschung und die Endometriose-Vereinigung-Deutschland e.V. vorgenommen und belegt, dass die Zentren über weitreichende medizinische Kompetenz verfügen und strenge Kriterien, Richtlinien und Verfahren in Bezug auf die Diagnostik und Behandlung der Endometriose einhalten.

Zur optimalen Vorbereitung für den Notfall wurde 2014 im LKH Villach ein Simulationszentrum für Kindernotfälle eingerichtet. Es war dies das erste dieser Form in Südösterreich.

Ende 2017 wurde die interdisziplinäre Zentralendoskopie eröffnet, die von den Abteilungen für Chirurgie, für Innere Medizin, für Kinder- und Jugendheilkunde sowie von Medizinern aus der Geriatrie und Anästhesie sowohl für ambulante als auch stationäre Patientinnen und Patienten genutzt wird. Das Einzugsgebiet ist der gesamte Oberkärntner Raum.



2003 wurde das LKH Villach als erstes öffentliches Krankenhaus Österreichs nach Joint Commission International akkreditiert

Die interdisziplinäre Zentralendoskopie wird von mehreren Abteilungen gemeinsam genutzt

2003 wurde das LKH Villach als erstes öffentliches Krankenhaus Österreichs nach Joint Commission International akkreditiert. Die Zertifizierung umfasst 368 Standards mit 1032 messbaren Elementen und wird auf drei Jahre vergeben, danach muss sie regelmäßig erneuert werden. Die Vorarbeiten hatten 2002 begonnen, in Folge wurden die Standards im gesamten Haus umgesetzt. Seither unterzieht sich das Haus regelmäßig der vorgeschriebenen Überprüfung, die mit-



Die Gynäkologie wurde zu einer der führenden Adressen für die Erkennung und Behandlung von Endometriose

tels Tracer-Methode abläuft. Sie vollzieht Abläufe vom Anfang bis zum Ende nach und ermöglicht auf diese Weise, mögliche Probleme, vor allem an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Aufgaben- und Arbeitsbereichen, zu erkennen. Das LKH Villach erhielt im Laufe der Jahre auch mehrere Auszeichnungen.

So bekam es beispielsweise 1999 den KnewLEDGE-Preis des Wirtschaftsministeriums für das Villacher Modell des patientenorientierten Qualitätsmanagements.

2001 wurde es von Price Waterhouse and Coopers in dessen Human-Resources-Benchmark an die Spitze gereiht.

2007 und 2009 wurde das Haus als „Attraktiver Arbeitgeber“ ausgezeichnet und erhielt 2011 das „Goldene Endoskop“.

Landeskrankenhaus Wolfsberg

In Wolfsberg wurde 1881 das „öffentliche Krankenhaus Erzherzogin Marie Valerie“ mit 50 Betten eröffnet; 1920 übernahm das Land das verschuldete Haus, das sich bis 1918 aus eigenen Mitteln erhalten konnte. In den folgenden Jahren wurden Grundstücke gekauft, um eine Erweiterung zu ermöglichen, und das Spital wuchs. Heute sind acht Abteilungen und drei Institute mit den Leistungen eines Standardkrankenhauses gemäß ÖSG und RSG in erster Linie für die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung in der Region Lavanttal zuständig. In dieser Funktion haben sich die Disziplinen Innere Medizin, Unfallchirurgie, Chirurgie und Gynäkologie stets dem technischen Standard entsprechend weiterentwickelt. Das gilt in gleichem Maße für die Intensivmedizin, CT, MR, Röntgen, Labor, Dialyse und PMR.

Das Zentralröntgeninstitut wurde 1997 zur ersten volldigitalisierten, filmlosen Radiologie Kärntens umgebaut.

Das LKH Wolfsberg war auch das erste Krankenhaus, das ein Babynest einrichtete, wo Mütter ihre Kinder anonym abgeben können. 2001 wurde es in Betrieb genommen.

Die chirurgische Abteilung wurde 2005 für die Beteiligung an klinischen Studien unter 96 Kliniken zum Zentrum des Jahres gewählt.

2006 entwickelte sich aus der Zusammenarbeit zwischen der Abteilung für Innere Medizin, Chirurgie und dem Zentralröntgeninstitut das Kompetenzzentrum für Gastroenterologie, das in den Folgejahren verschiedene Zertifizierungen erhielt.

2008 wurde ein neues Labor eröffnet, das zu diesem Zeitpunkt das modernste Kärntens war und zahlreiche Gütesiegel



2008 wurde ein neues Labor eröffnet, das zahlreiche Gütesiegel erhielt

bekam. Von Beginn an gab es eine enge Kooperation mit den Kolleginnen und Kollegen in Klagenfurt, die 2010 verstärkt wurde. Die Zusammenarbeit ist durch die Kompatibilität aller Geräte und durch spezielle Datenleitungen möglich.

2009 wurde das Spital als erstes Kärntner Krankenhaus ins österreichweite Infektionserfassungnetzwerk ANISS eingebunden.

Die Lymphklinik Wolfsberg ist Österreichs einzige Klinik, die neben der Rehabilitation auch über einen Akutbereich verfügt

Eine Besonderheit im LKH Wolfsberg ist die Lymphklinik, Österreichs einzige Klinik für Diagnose und Therapie aller Lymphkrankeheiten, die neben der Rehabilitation auch über einen Akutbereich verfügt. Ihre Geburtsstunde war der 25. Jänner 2001. An diesem Tag einigten sich die Verantwortlichen des Landes Kärnten, KABEG-Vorstand, Krankenhausdirektorium sowie Vertreter des Hauptverbandes auf ein zweijähriges Pilotprojekt, das zu einer Erfolgsgeschichte werden sollte.

20 Betten – zehn für die Akutbehandlung, zehn für die Rehabilitation – wurden im zum damaligen Zeitpunkt nicht genutzten Obergeschoß der Gynäkologie als Wolfsberger Lymphklinik eröffnet. Nach einer positiven Evaluierungsstudie des ÖBIG ging das Lymphklinik-Zentrum 2004 mit zehn zusätzlichen Reha-Bet-

ten in den Regelbetrieb über und wurde als erste Reha-Abteilung eines Kärntner Krankenhauses nach ISO 9001:2000 zertifiziert.

Ende Oktober 2008 rollten die Baumaschinen an, 2010 wurde die neue Lymphklinik für Akut- und Rehabilitationsbehandlungen eröffnet. Die Patienten kommen aus ganz Österreich, bleiben durchschnittlich drei Wochen und sind vorwiegend in Einzelzimmern untergebracht. 2009 wurden im LKH Wolfsberg

erstmals einige Abteilungen und Bereiche nach ISO 9001:2008 zertifiziert. Die Abteilung für Gynäkologie ist darüber hinaus als Baby-friendly Hospital ausgezeichnet.

2010 war das QM-System im gesamten Haus implementiert. Zwei Jahre danach konnte das System erfolgreich um eine Zertifizierung nach ÖNORM EN 15224 erweitert werden. Zusätzlich zu den genannten Zertifikaten haben die Lymphklinik mit QMS-REHA® und die

Gynäkologie und Geburtshilfe mit der Zertifizierung zum Baby-friendly-Hospital im Jahr 2013 eine weitere Bestätigung der Qualität erreicht. Das LKH Wolfsberg ist seit 2016 als lokales Traumazentrum nach dem unabhängigen Zertifizierungsverfahren zur Optimierung der Schwerverletztenversorgung durch einheitliche Qualitätsstandards TraumaNetzwerk DGU® zertifiziert. Als umweltbewusstes Unternehmen ist das LKH Wolfsberg auch nach EMAS III ausgezeichnet.



Das LKH Wolfsberg ist in vielen Bereichen zertifiziert

Landeskrankenhaus Laas

Das LKH Laas mit 116 Betten und rund 200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist das kleinste der Häuser im Kärntner Krankenanstaltenverbund. Aufgrund der günstigen bioklimatischen Gegebenheiten des Ortes war es ursprünglich als „Heilstätte für Lungenkranke“ gegründet und 1931 provisorisch eröffnet worden. Allerdings diente es anfangs als Erholungsheim für Wiener und Kärntner Kinder.

Erst 1939 wurde die „Volksheilstätte“ ihrer Bestimmung übergeben. 1961 wurden die Behandlungsmöglichkeiten auf sämtliche Erkrankungen der Lunge, des Rippenfells sowie der Bronchien erweitert. 1971 erfolgte die Gliederung in zwei Abteilungen, der „Internen Abteilung und kardialen Rehabilitation“ sowie der „Lungenabteilung mit Heilstätte“. Zeitweilig war das LKH Laas auch Rehabili-

tationszentrum für Herzinfarktpatienten und ist durch das günstige Klima, bedingt durch die Seehöhe von rund 850 Metern, aber auch aufgrund der hochwertigen technischen Ausrüstung für diese Diagnosen, nach wie vor eine gute Adresse für Patienten mit chronischen Lungen- und Herz-Kreislaufkrankungen, insbesondere in der Nachbetreuung bei Herz- und Bypass-Operationen. 2008 wurde die Diagnostik durch einen Bodyplethysmographen zur Messung von Lungen- und Atemparametern erweitert. 1995 wurde die Interne Abteilung mit dem Schwerpunkt Diabetes, Gastroenterologie, Herz- und Lungenerkrankungen den geänderten Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst. Es wurde die Schilddrüsenambulanz mit dem Angebot der kompletten Abklärung von Schilddrüsenerkrankungen inklusive Szintigra-

phie und Feinnadelpunktion installiert. Es ist neben Klagenfurt die zweite Schilddrüsenambulanz im KABEG-Verbund. Das Einzugsgebiet dafür stellt der gesamte Oberkärntner Raum mit dem angrenzenden Osttirol dar.



Das LKH Laas besitzt hohe Expertise in der Behandlung von Diabetes-Erkrankungen

Eine weitere Spezialisierung erfolgte im Laufe der Jahre im Bereich der Stoffwechselerkrankungen

Dazu zählen Schulungen für Bluthochdruck-Patienten sowie für Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes und für die Insulinpumpentherapie. Dafür wurde 2007 ein Diabetes-Stützpunkt installiert.

2005 bekam das Haus einen Computertomographen, um Patienten die langen und anstrengenden Transporte nach Villach oder Lienz zu ersparen. Erweitert wurde das Angebot im Jahr 2006 durch den Kipptisch, den ersten in Kärnten, wodurch in Laas auch ein Synkopenzentrum entstand.

Seit 2002 hat das LKH Laas eine Station für akutgeriatrische Patienten. Seit 2017 beschäftigt sich das Team mit dem Schwerpunktthema Demenz, seit Jänner 2018 gibt es eine ambulante geriatrische Remobilisation.

Auf der Abteilung für chronisch Kranke geht man nach Möglichkeit flexibel auf die Bedürfnisse der Patienten ein. So wurde bei der Verpflegung das Tablet-System durch das „Schöpfsystem“ ersetzt. Das heißt, dass die Betreuer mit der großen Suppenschüssel die Runde machen und jeder soviel nehmen kann, wie er möchte. Das hat sich bei älteren Patienten als großer Vorteil erwiesen, ist aber nur in einem kleinen Rahmen, wie ihn Laas bietet, möglich.

Das LKH Laas ist nach KTQ „Kooperation für Toleranz und Qualität“ zertifiziert. Dieses Modell wurde speziell für klei-

nerer Häuser entwickelt. Der Startschuss erfolgte Mitte Juli 2008. Bewertet werden alle Schritte von der Aufnahme über die Betreuung bis zur Entlassung.



Bestätigung der hohen Qualität: das Haus ist seit Jahren nach KTQ zertifiziert

Gailtal-Klinik

Die Gailtal-Klinik ist das jüngste der fünf Häuser des Kärntner Krankenanstaltenverbundes. 1957 als „Wiederherstellungsanstalt für körperbehinderte Kinder“ in Hermagor offiziell in Betrieb gegangen, hat es sich speziell in den vergangenen 25 Jahren zu einem über die Landesgrenzen hinaus bekannten und anerkannten Kompetenzzentrum für neurologische Rehabilitation entwickelt. 1984 wurden erstmals neurologische Erkrankungen behandelt, was so gut angenommen wurde, dass die Kärntner Landesregierung beschloss, eine Abteilung für neurologische Rehabilitation

zu errichten. 1988 wurde sie mit 56 Betten eröffnet und Dr. Manfred Freimüller, der die Abteilung in fünfjähriger Arbeit entwickelt und aufgebaut hatte, übernahm die Leitung des Hauses, das laufend umgebaut und verbessert wurde. Zur Geburtsstunde der KABEG ver-

fugte das Haus als „Landessonderkrankenanstalt mit Öffentlichkeitsrecht zur neurologischen Rehabilitation und zur Behandlung Unfallverletzter“ über eine Abteilung für Neurorehabilitation mit 56 Betten und ein unfallchirurgisches Department mit 28 Betten.

Die Gailtal-Klinik ist als Kompetenzzentrum für neurologische Rehabilitation über die Landesgrenzen hinaus bekannt



2006 feierte die Gailtal-Klinik ihr 50jähriges Bestehen

Der nächste große Schritt und die Entscheidung für die künftige Entwicklung erfolgten im Dezember 2002.

Der Aufsichtsrat beschloss die bauliche Erweiterung des Spitals, das nun Gailtal-Klinik hieß, 2005 folgte die Änderung in der Aufgabenstellung. Auf Basis der Leistungsplanung wurde die Abteilung für Unfallchirurgie zu einer unfallchirurgischen Ambulanz umgestaltet und bis Dezember 2015 als Expositur der Unfallchirurgie des LKH Villach geführt. Erste-Hilfe-Leistung ist auch jetzt jederzeit gewährleistet.

Mit der neuen Leistungsplanung ging auch die Widmung als Klinik für die „Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patientinnen und Patienten und Neurologische Rehabilitation“ einher. Die Angebote in diesem Spezialbereich

werden auf Basis wissenschaftlich nachgewiesener Methoden stets angepasst und erweitert, was wesentlich zum ausgezeichneten Ruf der Klinik beiträgt.

Seit 2007, nach der Sanierung des Bestandes und der Inbetriebnahme des Neubaus, der wegen des gestiegenen Bedarfs notwendig wurde, verfügte das Haus über 140 Betten auf fünf Stationen.

Der provisorische Stand 2018 betrug 152 Betten, mit der Umsetzung des Regionalen Strukturplans Gesundheit 2020 sollten es 156 Betten sein.

Behandelt werden Erwachsene in allen Phasen neurologischer Erkrankungsprozesse, wobei die Bettenanzahl für die am schwersten betroffenen Patientinnen und Patienten, die vollständig oder großteils auf fremde Hilfe angewiesen sind, auf 22 begrenzt ist.

Rund die Hälfte der Patienten kommt nach einem Schlaganfall in die Gaital-Klinik und lernt Schritt für Schritt wieder jene Fähigkeiten, die sie im Alltag benötigt. Darüber hinaus hat sich die Klinik auf die Behandlung neurologischer Erkrankungen wie Parkinson oder Multiple Sklerose spezialisiert, die mit ihren komplexen und vielschichtigen Erscheinungsformen besondere Anforderungen an das Klinik-Team stellen.



Die Hippotherapie ist Bestandteil des umfassenden Therapieangebotes

Die Betreuung erfolgt in enger Kooperation mit allen Häusern des KABEG-Verbundes und mit allen zuweisenden Krankenanstalten sowie den niedergelassenen Ärzten

Bevor mit der individuell auf die Patienten abgestimmten Therapie begonnen wird, werden patientenzentrierte Gespräche und gezielte Diagnostik durchgeführt. Besonderheiten in der Gaital-Klinik inkludieren die Möglichkeiten einer umfassenden neuropsychologischen Diagnostik, einer orthoptischen Diagnostik oder der Schluckdiagnostik mittels eines flexiblen Endoskops (FEES). Ein spezielles Augenmerk wird auf die individuellen Ziele und die Lebensqualität der Betroffenen gelegt. Die Zielvereinbarung erfolgt nach einem Konzept, dem eine gemeinsame Sprache aller Berufsgruppen zugrunde liegt. Die Rückkehr in ein weitgehend selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben soll ermöglicht werden. Dadurch können sich lange Aufenthalte ergeben, die Durchhaltevermögen auf Seiten der Betroffenen und Betreuenden erfordern.

Ein weiteres Spezifikum ist die Bezugspflege. Sie stellt die Beziehung mit den Patienten und deren Angehörigen in den Mittelpunkt. So ist für die Dauer der Rehabilitation eine namentlich genannte Pflegeperson unmittelbare Ansprechpartnerin, die alle notwendigen Pflegefähigkeiten plant, individuelle Beratung bietet und Bindeglied zwischen allen Berufsgruppen ist. Ein wesentliches Anliegen der Pflege ist es, eine umfassende

unterstützende Begleitung in allen Phasen einer neurologischen Erkrankung anzubieten.

Die Eckpfeiler der Pflege sind gezielt angewandte Pflegekonzepte wie Kinaesthetics, Basale Stimulation und Bobathpflege. Aromapflege, Schmerzmanagement, Kontinenzförderung oder Demenzbetreuung bereichern das Angebot. Therapeutische Interventionen werden interdisziplinär von den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Orthoptik, Neuropsychologie, Diätologie und Rekreation angeboten.

Neben bewährten Konzepten gibt es auch spezielle und innovative Therapien, im Rahmen derer der Schwerpunkt für eine begrenzte Zeitspanne auf gewisse Funktionen gesetzt wird. Dazu zählt beispielsweise eine intensive Sprachtherapie mehrmals täglich oder ein gerätestütztes Training für einen koordinierten Hand- und Armgebrauch im „Armstudio“.

Therapien finden auch außerhalb des Krankenhausgeländes statt, wie zum Beispiel die Hippotherapie mit dem „Ko-Therapeuten“ Pferd oder das „Therapeutische Klettern“. Mit speziellen Gruppentherapie- und Freizeitangeboten können auf die Fähigkeiten und Bedürfnisse der Patienten maßgeschneiderte Programme zusammengestellt werden.

Anerkannt im Umweltschutz

Im Laufe der Jahre wurden durch verschiedene Maßnahmen in nahezu allen Bereichen weniger Ressourcen verbraucht

In der KABEG wurde das Thema Umweltschutz verbundweit geplant und umgesetzt. Damit verbunden waren auch der möglichst effektive Energieeinsatz und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Umweltteams in allen Häusern und der Umweltbeauftragte der KABEG behandeln in regelmäßigen Treffen umweltrelevante Anliegen und entwickeln Aktionspläne. Im Rahmen der Umweltstrategie sind übergeordnete Ziele vom Vorstand festgelegt und mit den Direktoren der Häuser abgestimmt.

2004 war ein Competence Center für Gefahrgut-Management im gesamten Verbund geschaffen worden. Ein Gefahrgutbeauftragter informierte und schulte die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Häusern über neueste Vorschriften und sorgte für Umsetzung derselben.

2009 bereitete sich die KABEG auf die EMAS Zertifizierungen vor. Den Anfang machte das LKH Villach, das 2009 als erstes Krankenhaus der KABEG und als drittes Krankenhaus Österreichs nach diesen Richtlinien zertifiziert wurde. Seit Ende 2011 hat die KABEG unternehmensweit als einziger Krankenhausverbund Österreichs mit all seinen Krankenhäusern das EMAS III Zertifikat. Das Europäische Umweltmanagementsystem EMAS steht für „Eco-Management and Audit Scheme“ und ver-

pflichtet die teilnehmenden Organisationen zur Festlegung ihrer Leistungen und Ziele im Bereich Umweltmanagement.

Die Bemühungen und Ergebnisse der KABEG auf diesem Gebiet wurden auch international anerkannt. 2015 erhielt der Krankenanstaltenverbund in Barcelona den Europäischen EMAS Award in der Kategorie „großes Unternehmen“.

Im Laufe der Jahre wurden durch verschiedene Maßnahmen in nahezu allen Bereichen weniger Ressourcen verbraucht. So konnte beispielsweise der Stromverbrauch von 2010 auf 2016 um 13,59 Prozent gesenkt werden. Das sind 7,3 Millionen Kilowattstunden. Beim Wärmebedarf war es ein Rückgang um 11,66 Prozent oder 10,4 Millionen Kilowattstunden.

Der Wasserverbrauch konnte durch Einsatz von wassersparenden Armaturen, Perlatoren sowie neuer Technik bei Klimaanlage und Dampfwirtschaft um 34 Prozent oder rund 300.000 Kubikmeter reduziert werden. Der Heizölverbrauch nahm um 35,5 Prozent ab, die Abfallmengen gingen um 8,3 Prozent zurück.



Das LKH Laas ist nahezu energieautark



2010 begann die Elektromobilität in der KABEG

Durch diese Einsparungen wurden von 2010 bis 2016 fast 14.000 Tonnen weniger Kohlendioxid ausgestoßen, das entspricht einem Rückgang von rund 45 Prozent, was unter anderem auch durch Einbindung der Häuser in regionale Fernwärmenetze erreicht wurde.

2012 begann man auf den Gebäuden der Landeskrankenhäuser Photovoltaik-Anlagen zu installieren. Die Eigenenergieerzeugung stieg von 40.830 Kilowattstunden im Jahr 2013 auf 719.051 Kilowattstunden 2016. Das LKH Laas ist dabei nahezu energieautark. Es versorgt sich nicht nur mit Strom aus der Photovoltaikanlage, sondern auch mit Wärme aus einer Biomasseheizanlage sowie mit

Warmwasser aus einer thermischen Solaranlage und nutzt die Abwärme der Wäscherei. Seit 2013 werden alle Krankenhäuser der KABEG auch zu 100 Prozent mit Ökostrom versorgt.

Neben großen und verbundweit umgesetzten Projekten sorgen auch viele kleine Maßnahmen für Verbesserungen in einzelnen Bereichen. So entsorgt im Klinikum Klagenfurt ein Schredder Abfälle mit Körperflüssigkeiten. Aus Speiseresten des Klinikums Klagenfurt wird in einer Biogasanlage Strom erzeugt.

2010 begann die Elektromobilität in der KABEG, als das Klinikum Klagenfurt, das LKH Villach und das LKH Wolfsberg je ein Elektroauto bekamen. Der E-Fuhr-

park der KABEG wurde im Laufe der Jahre auf sieben Autos im Jahr 2018 erweitert. Maßnahmen zum schonenden Einsatz von Ressourcen und zur Vermeidung von Umweltbelastungen stehen weiterhin an der Spitze der Agenda des KABEG-Verbandes. Dafür werden laufend Ziele formuliert, nach Dringlichkeit gelistet und umgesetzt.

80

Prozent der Krankenanstaltenleistungen in Kärnten
erbringen die Häuser der KABEG

2.300

Betten stehen in den KABEG-Spitälern

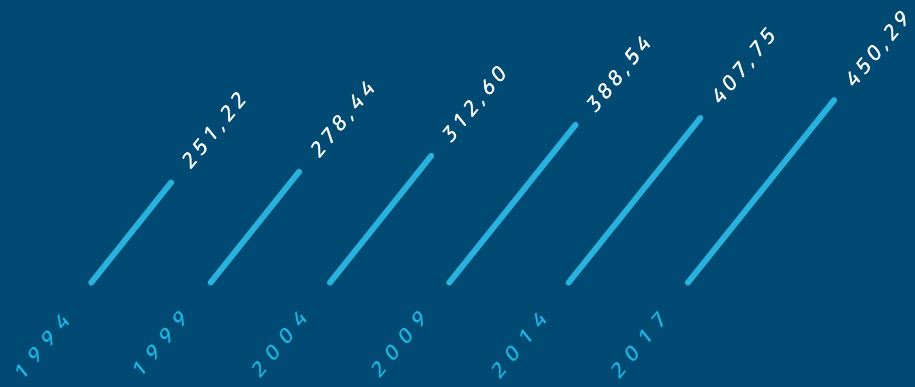
6

Tage beträgt die durchschnittliche Verweildauer

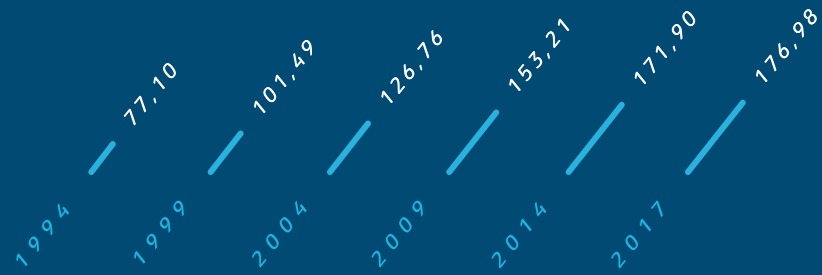
~7.700

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in der KABEG
beschäftigt

Personalaufwand
in Mio. Euro

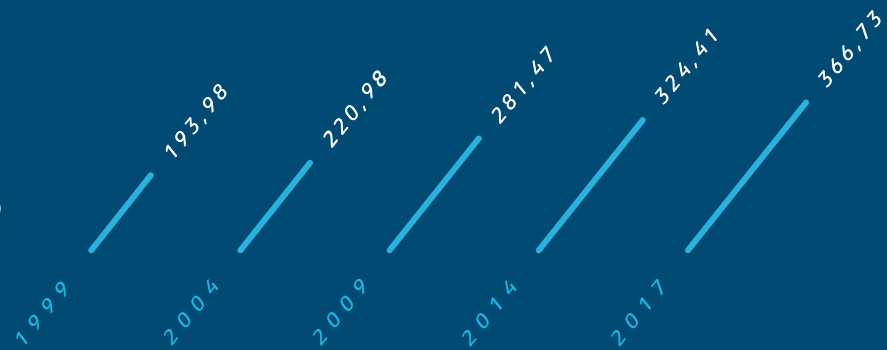


Sachaufwand
in Mio. Euro



LKF Einnahmen
in Mio. Euro

LKF-Finanzierung erst ab 1997



Zahlen & Fakten

Die KABEG als Wirtschaftsfaktor

Der KABEG-Verbund ist eine enorme Wirtschaftskraft, die in einer Studie des Instituts für höhere Studien belegt wurde. Darüber hinaus bietet die KABEG durch die Aufteilung auf mehrere Bezirke hochqualifizierte Beschäftigungsmöglichkeiten auch in strukturschwachen Räumen.

Für die Berechnung der regionalwirtschaftlichen Effekte des laufenden Betriebes wurden die Sach- und laufenden Investitions- sowie die Personalkosten berücksichtigt. Ausgangsbasis war das Wirtschaftsjahr 2013, für das ein direkter Bruttoerzeugniswert von 580,2 Mio. Euro errechnet wurde.

Auf Basis der Nettoeinkommen wurden direkte Kaufkraft- und Konsumeffekte in der Höhe von 221,9 Mio. Euro ausgelöst. Jeder Beschäftigte in der KABEG schafft einen halben zusätzlichen Beschäftigten in der Gesamtwirtschaft in Kärnten.

Mit den Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekten sind auch steuerliche Rückflüsse verbunden. Insgesamt betragen die Beträge für Sozialversicherung und Steuern 147 Mio. Euro, wobei der Bund im Ausmaß von 102,6 Mio. Euro und das Land in der Höhe von 2,3 Mio. Euro profitierte.

Für die Berechnung der Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte der geplanten Investitionen wurden die Planzahlen für den Zeitraum 2014 bis 2019 herangezogen und für jedes Jahr quantifiziert. So führen die indirekten und induzierten Beschäftigungseffekte zu durchschnittlich 421 Beschäftigten pro Jahr in Kärnten und damit zu indirekten Kaufkrafteffekten von jährlich durchschnittlich 6,7 Mio. Euro im Land. Rechnet man die konsuminduzierten Kaufkrafteffekte dazu, erhöht sich der Betrag auf insgesamt 7,9 Mio. Euro für Kärnten.

Die Leistungsentwicklung

Die Anzahl an stationären Patienten hat sich in den Jahren nach 1993 kontinuierlich erhöht, gingen aufgrund geänderter Zählweise und Zuordnung von Kurzaufenthalten zu den ambulanten Bereich ab Mitte der 2000er Jahre wieder zurück. 1993 wurden im Krankenanstaltenverband rund 101.000 Akutpatienten gezählt. Die Zahl stieg bis 2006 auf rund 139.000 an und reduzierte sich ab diesem Zeitpunkt wieder sukzessive auf rund 102.000 stationäre Akutpatienten im Jahr 2017.

Als Explosion kann die Entwicklung bei den Ambulanzfrequenzen gesehen werden. Waren es 1993 rund 186.000 Patienten in den Ambulanzen der KABEG-Häuser, so wurden zehn Jahre danach bereits 507.000 ambulante Frequenzen verzeichnet. 2017 wurden die Ambulanzen der KABEG-Häuser rund 924.000 Mal frequentiert.

Die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöhte sich in diesem Zeitraum deutlich. Im Geschäftsjahr 1993 waren rund 6.500 Planstellen vorgesehen, mit Stichtag 31. Dezember 2017 waren 7.859 Personen aus allen Berufsgruppen beschäftigt.

Die leistungsorientierte Finanzierung war die Initialzündung für mehr Transparenz und die Umsetzung von weiteren Maßnahmen

1997 wurde in Österreich die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) eingeführt. Bis dahin hatten die Spitäler aus dem Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) für jeden Patienten unabhängig von der Diagnose einen Fixbetrag pro Aufenthaltstag im Krankenhaus erhalten. Bei der damals neuen Abrechnung wird auf Basis eines Leistungskatalogs nach Art der Behandlung unterschieden und eine gewisse Anzahl an Punkten vergeben, die die durchschnittlichen Behandlungskosten eines derart klassifizierten Behandlungsfalls darstellen. Die Operationen wurden in medizinische Einzelleistungsgruppen, die sich an der Komplexität des Eingriffs orientieren, unterteilt. Bei konservativen Therapien ist die Abrechnung von der Diagnose abhängig. Dabei wurden für alle Fälle Ober- und Untergrenzen der Aufenthaltsdauer festgelegt, nach denen Ab- und Zuschläge errechnet werden. Das Ziel des neuen Modells war, die Verweildauer und die Krankenhausaufenthalte in den Krankenhäusern zu reduzieren. Die durchschnittliche Verweildauer in den KABEG-Häusern wurde 1993 mit 9,9 Tagen angegeben, was damals dem europäischen Standard entsprach, und erhöhte sich im Akutbereich bis 1997 auf durchschnittlich 13 Tage. Mit der Einfüh-

rung des LKF-Modells reduzierte sie sich bis 2017 sukzessive auf durchschnittlich unter sechs Tage pro Patient. Schließlich führte die dadurch entstandene Transparenz auch zu besseren Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten in den Krankenanstalten.

Einen wesentlichen Beitrag zum Rückgang der Belagstage trugen die tagesklinischen Angebote bei. Die Zahl der tageschirurgischen Eingriffe erhöhte sich stetig, weitere Steigerungen sind zu erwarten. 2004 installierte die KABEG die ersten tagesklinischen Betten im ELKI, seit 2010 mit der Inbetriebnahme des CMZ steht den Abteilungen am Klinikum Klagenfurt eine spezielle Tagesklinik zur Verfügung. Mittlerweile werden 30 Prozent aller chirurgischen Eingriffe im Klinikum Klagenfurt tagesklinisch durchgeführt.

2017 wurde am LKH Villach ebenfalls eine interdisziplinäre Tagesklinik eröffnet, wodurch sich bereits im ersten Jahr der Anteil der tageschirurgischen Eingriffe deutlich erhöhte. Die geänderten Abläufe führten somit zu zahlreichen Verbesserungen im Sinne der Patienten. Die Krankenhäuser des KABEG-Verbandes bringen 80 Prozent der Leistungen der Gesundheitsversorgung in Kärnten. Die Zahl der Akutbetten im KABEG-Verband ist in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich zurückgegangen. In Summe gab es 1993 im gesamten Verband rund 3.000 stationäre Spitalsbetten, mit Ende 2017 waren es rund 2.300. Die weitere Entwicklung lässt eine Zentralisierung der Versorgungsleistungen und dadurch eine Reduktion der peripheren Kapazitäten erwarten.

Die Funktionsträger der KABEG

Gesundheitsreferenten

Landesrat Adam Unterrieder
Mai 1993 bis Juni 1994

LHStv. Dr. Michael Ausserwinkler
Juni 1994 bis April 1999

Landesrat Adam Unterrieder
April 1999 bis März 2000

LHStv. Dr. Peter Ambrozj
März 2000 bis Dezember 2005

Landesrat Dr. Wolfgang Schantl
Dezember 2005 bis Juli 2008

LHStv. Landesrat Dr. Peter Kaiser
Juli 2008 bis September 2010

LHStv. Dr. Peter Kaiser und
Landesrat Mag. Dobernig
September 2010 bis August 2012

LHStv. Dr. Peter Kaiser
August 2012 bis März 2013

LHStv. Dr.ⁱⁿ Beate Prettnner
seit März 2013

Aufsichtsratsvorsitzende

Dr. Bernhard Trusnovic
Juni 1993 bis August 1994

Dr. Manfred Kraxner
August 1994 bis Mai 1999

Mag. Dr. Leopold Kraßnig
Mai 1999 bis April 2001

LHStv. Ing. Karl Pfeifenberger
April 2001 bis Dezember 2004

LHStv. Dr. Martin Strutz
März 2005 bis Oktober 2008

KO LAbg. Ing. Kurt Scheuch
April 2009 bis 2010

Mag. Gernot Darmann
September 2012 bis Mai 2013

Dr.ⁱⁿ Michaela Moritz
seit Mai 2013

Vorsitzender der Expertenkommission

Die Expertenkommission wurde von Oktober
2010 bis August 2012 als Kontrollorgan
installiert

Dr. Albert Kreiner

Vorstände

Dr. Eckhardt Westphal
1. Juni 1993 bis 31. Mai 1998

Dr. Franz Sonnberger
1. Juni 1998 bis 31. Mai 2008

Dr. Dieter Mandl
1. Juni 2008 bis 16. September 2008

Dr. Dieter Errath
(interim. Vorstand)
17. September 2008 bis 28. Februar 2010

Dipl.-Kff. Ines Manegold
1. März 2010 bis 25. Juni 2013

Mag. Martin Payer
(interim. Vorstand)
25. Juni 2013 bis 31. Dezember 2013

Dr. Arnold Gabriel
seit 1. Jänner 2014

Zentralbetriebsratsvorsitzende

ZBR Gebhard Arbeiter
1976 bis 2010

ZBR Arnold Auer
seit 2010

Impressum

Herausgeber: Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG, KABEG Management, Kraßniggstraße 15, 9020 Klagenfurt am Wörthersee,
T +43 463 55212-0, office@kabeg.at, Firmenbuchnummer: FN 71434a, UID-Nummer: ATU 25802806, DVR-Nummer: 00757209

Konzept und Redaktion: Unternehmenskommunikation, Monika Unegg – Kommunikation und Redaktion

Fotos: KABEG, Gernot Gleiss, Gert Eggenberger, WMS WebMediaSolutions GmbH, tinefoto.com/Martin Steinhäler, Robert Essl, Johannes Puch, Hermann Sobe

Druck: Loibnegger Druck, Klagenfurt

Dieser Bericht wurde mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Satz- oder Druckfehler können dennoch nicht ausgeschlossen werden.

Klagenfurt 2018

Der Vorstand der KABEG und die Autorinnen bedanken sich bei allen Wegbegleitern der KABEG sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im KABEG Management und in den Häusern, die Informationen beschafften oder sich für Auskünfte und Interviews zur Verfügung stellten.