

Landeshauptstadt Magdeburg

Stellungnahme der Verwaltung

öffentlich

Stadtamt	Stellungnahme-Nr.	Datum
V	S0116/18	27.04.2018
zum/zur		
F0079/18 Fraktion Magdeburger Gartenpartei Stadtrat Zander		
Bezeichnung		
Städtisches Klinikum der Landeshauptstadt Magdeburg, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Wartezeiten in der Notaufnahme, Personal		
Verteiler	Tag	
Der Oberbürgermeister	22.05.2018	

Die Stellungnahme des Klinikums wird hier wörtlich wiedergegeben:

„Grundsätzlich sei die Anmerkung gestattet, dass die hier aufgeworfenen Fragen bei der Stadt respektive im Stadtrat nicht treffend positioniert sind, da die Gesundheitsvorsorge gerade im stationären Bereich Aufgabe des Landes ist und somit die Krankenhausplanung des Landes hier zentrales Element der Steuerung der Versorgungskapazitäten in der Region darstellt. Ein Mitgestaltungsrecht der Träger ist faktisch nicht vorgesehen. Damit kann die Kommune hier keine gestaltende Rolle übernehmen.

1. *Wie ist die Situation am städtischen Klinikum der Landeshauptstadt Magdeburg? Ist die Betreuung während der Geburten durch Hebammen zu jeder Tages- und Nachtzeit gesichert? Wie ist die ambulante Versorgung durch Hebammen im Stadtgebiet der Landeshauptstadt Magdeburg einzuschätzen, stehen hier ausreichend Kapazitäten zur Verfügung?*

Aktuell verfügt das Klinikum Magdeburg über eine volle Besetzung der Hebammenstellen im Kreißaal. Damit kann durch ein 24/7 - Schichtsystem jederzeit sichergestellt werden, dass jede Geburt adäquat durch Hebammen und auch durch Fachärzte betreut wird. Die vom Klinikum Magdeburg betriebene Kapazitätsvorhaltung hat sich bisher als vollständig ausreichend erwiesen. Darüber hinaus erfüllt das Klinikum Magdeburg den Versorgungsauftrag der Geburtshilfe nicht allein, sondern tut dies im kollegialen Miteinander mit den anderen geburtshilflichen Einrichtungen der Stadt, wie dem Universitätsklinikum mit seiner traditionsreichen Landesfrauenklinik und dem geburtshilflich sehr stark engagierten Marienstift in unmittelbarer Nähe.

Durch die Sektorentrennung zwischen ambulanter und stationärer Betreuung ist uns als Klinikum eine ambulante Versorgung untersagt und auch der Kontakt mit diesem Bereich beschränkt sich auf den professionellen Austausch im Rahmen der Betreuung einzelner Patienten. Eine Aussage zur Versorgungsqualität und –stabilität im Stadtgebiet Magdeburg ist uns leider nicht möglich.

2. *Sind mit den 4 Entbindungsräumen ausreichend Räumlichkeiten für Geburten vorhanden?*

Geburten sind keine planbaren Eingriffe und somit stehen Zeiten der zeitlichen Überlagerung von Geburten solchen Zeiten gegenüber, zu denen die Vorhaltung von vier Kreißsälen überdimensioniert scheint. In Summe müssen wir feststellen, dass aktuell die vorgehaltenen Kapazitäten noch ausreichen, wir uns perspektivisch aber einen weiteren Kreißsaal wünschen würden. Jedoch steht die unzureichende Investitionsfinanzierung des Landes dem entgegen. Da wir für die Zukunft mit weiteren Veränderungen in der geburtshilflichen Landschaft rechnen, wird dieses Thema sicher in Zukunft an Brisanz gewinnen.

3. *Wie lange verweilt ein Patient durchschnittlich in der Notaufnahme des städtischen Klinikums bevor die stationäre Aufnahme erfolgt?*

Aus der aktuellen Datenlage lässt sich die durchschnittliche Wartezeit unserer Patienten nicht ohne weiteres ermitteln. Diese Zahl ist auch, wenn sie vorliegen würde, nur von begrenzter Aussagekraft. Die Reihenfolge der Behandlung richtet sich nach der Dringlichkeit des Patienten, die Wartezeit nach der aktuellen Inanspruchnahme der Notaufnahme. So wie kritische Fälle bereits an der Tür von Schwestern und Ärzten erwartet werden, können Patienten ohne dringenden Behandlungsbedarf durchaus auch längere Wartezeiten erfahren. Grundsätzlich richtet sich die Notaufnahme an Notfälle, also Patienten mit akutem Behandlungsbedarf, der zur Abwendung dauerhafter Schäden keinen Aufschub zulässt. Hinter der Behandlung solcher Patienten steht die Behandlung anderer Patienten jederzeit zurück, unbeschrieben des Fakts, dass diese zweifellos auch krank sind. Das notwendige Verständnis für solche Wartezeiten bringen nicht alle Patienten auf.

Wartezeiten sind in allen Notaufnahmen Deutschlands ein Problem. Das Problem ist umso größer, je größer die Klinik und je mehr Fachrichtungen hier vorgehalten werden. Allgemein werden Notaufnahmen von der Öffentlichkeit als ständig erreichbare (24 Stunden an 365 Tagen) Anlaufstelle zur Klärung aller möglichen gesundheitlichen Probleme wahrgenommen. Hier erscheint es dem Patienten möglich, alle medizinischen Fragestellungen auch außerhalb der Öffnungszeiten der Hausarztpraxen vorzustellen. Für viele Menschen ist es nicht einfach, einen Hausarztbesuch mit den beruflichen Verpflichtungen zu vereinen. Entsprechende Vorstellungen finden sich u.a. gehäuft an den Wochenenden und in den Abendstunden.

Weiterhin gehen die Patienten von der ständigen Verfügbarkeit von Fachärzten und Vorhaltung sämtlicher Diagnostik zu jeder Zeit aus. In nicht wenigen Fällen wird der Versuch der Abkürzung des Facharzttermins oder der Großgerätediagnostik (CT, MRT usw.) deutlich. Ein Teil der Patienten umgeht den Hausarzt gezielt, da er in ihren Augen für das jeweilige Problem ungeeignet erscheint. Auch werden Institutionen wie das Medico-Soziale Zentrum von einem Teil der Patienten umgangen, da hier entweder eine allgemeine Behandlung (ohne wesentliche Diagnostik) oder eine Weiterleitung in eine Klinik erfolgt. Dem greifen einige Patienten vor.

Dabei spielt die Lokalisierung einer solchen Institution eine entscheidende Rolle. Eine Angliederung an eine Klinik wäre eher geeignet, Synergien zu schaffen. Dahingehend

scheint es aktuell ein Umdenken der Kassenärztlichen Vereinigung und Entwicklungen auch in Magdeburg zu geben.

In den letzten 10 Jahren hat die Zahl der Patienten erheblich zugenommen. Waren es im Jahr 2007 noch rund 24.000 Patienten, versorgen wir aktuell ca. 42.000 Patienten. Hierbei hat sich in den letzten Jahren ein starker Zuwachs des ambulanten Anteils ergeben. In jedem Jahr lässt sich ein Zuwachs um weitere 5% bis 7% nachvollziehen.

Hintergrund ist u.a. auch der Wandel der medizinischen Versorgungsstruktur im Umfeld und auf dem Land, hier insbesondere im Bördekreis, der nahezu an das Klinikum angrenzt. Der Mangel an ambulanten Versorgungsmöglichkeiten und die zunehmenden Einschränkungen der Versorgungsbreite von Kliniken (hier insbesondere AMEOS Haldensleben) schlagen sich im Patientenaufkommen in unserer Notaufnahme nieder. Durch die fortschreitende Reduktion von Versorgungslinien im Bereich des Krankenhauses Haldensleben, kommt es vermehrt zu Einweisungen aus diesem Bereich. Das betrifft vor allem auch die rettungsdienstlichen Zugänge. Internistische Behandlungen und Intensivkapazitäten sind stark eingeschränkt, Pädiatrie und Gynäkologie / Geburtshilfe wurden unkommentiert und ohne Kompensation an anderer Stelle abgeschafft.

Besonders dramatisch ist die Situation im ambulanten kinderärztlichen Sektor des Bördekreises: hier besteht in weiten Teilen der nördlichen Börde Richtung Altmark kaum noch eine Versorgung. Auch die psychiatrische Versorgung ist kaum noch vorhanden. Letztendlich sind wir aus diesen und weiteren Gründen die Anlaufstelle für Selbstvorstellungen und für die Rettungsdienste.

Ein nicht unerheblicher Teil der Patienten gehört mit seinem medizinischen Problem nicht in eine Notaufnahme. Übereinstimmend werden in der Literatur ca. 20% angegeben. Um Wartezeiten zu vermeiden ist es sinnvoll, diese Patienten herauszufiltern. Einen Patienten wegzuschicken kann im Einzelfall rechtlich schwierig sein bzw. zu forensischen Problemen führen. Besser wäre es, die alternative, ambulante Versorgungsinstanz in unmittelbarer Nähe angegliedert zu haben.

Die Besetzung der Notaufnahme sollte 1 VK pro 1400 Patientenkontakte pro Jahr betragen. Diese Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen (GBA) floss leider nicht in dessen Beschluss zur gestuften Notfallversorgung ein, da die Finanzierung der hier entstehenden Kosten weiter ein ungeklärtes Problem ist. Obwohl mit dem GBA-Beschluss erstmals eine gesetzliche Regelung zur Notfallversorgung geschaffen wurde, ist er hinsichtlich der wesentlichen Komponente „Personal“ inkonsequent. Durch die Nichtfinanzierung von ärztlichen und pflegerischen Arbeitskräften in der Notaufnahme durch das Krankenhaussystem, müssen diese zu Lasten der stationären Versorgung besetzt werden.

4. *Gibt es am städtischen Klinikum Magdeburg Personaldefizite, wenn ja in welchem Umfang und in welchen Bereichen? Wird für in Ruhestand tretende Mitarbeiter rechtzeitig neues Personal eingestellt, oder stimmt es, dass aus dem Klinikdienst austretende Mitarbeiter nicht ersetzt werden?*

Im Klinikum Magdeburg sind rund 1.730 Mitarbeiter beschäftigt. Das Personal ist leistungsgerecht auf 17 Kliniken und Abteilungen verteilt. In unserem Krankenhaus sind nahezu alle Berufsgruppen vertreten und die Tätigkeitsfelder vielfältig. Den größten Teil macht der Pflegebereich aus. Den zweitgrößten Teil machen die verschiedenen Ärzte in jeglichen Fachgebieten und mit allen möglichen Qualifikationen aus. Hinzu kommt der medizin-technische bzw. funktionelle Dienst durch Apotheker, Orthopäden, Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Krankentransport und vieles mehr. Organisiert wird die Einrichtung durch kaufmännische Verwaltungskräfte, versorgt und bewirtschaftet durch Lageristen, Küchenpersonal, Versorgungsassistenten, Entsorgungsdienste etc. Nicht unerwähnt sollen Handwerker, Rezeptionisten oder sonstige Berufsgruppen bleiben.

Die Belegschaftsentwicklung in der Menge ist in den letzten 10 Jahren tendenziell steigend.

Die für uns relevanten Märkte sind gekennzeichnet durch intensiven Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte sowie durch demografische Herausforderungen. Fluktuationsrisiken werden vorausschauend identifiziert und gezielt angegangen, damit erfolgs- und geschäftskritische Fähigkeiten und Kompetenzen im Unternehmen gehalten werden. Die Rekrutierung und das Binden von Fachkräften und Talenten gehören zu den höchsten Prioritäten der KMD und werden durch den gezielten Einsatz von Employer-Branding-Initiativen sowie wettbewerbsfähige Vergütungspakete gesteuert.

Damit erreichten wir im 1. Quartal 2018 erneut eine Besetzungsquote von gesamt 98,7%. Funktionsbezogene Bedarfslücken auf dem Arbeitsmarkt treten in ärztlichen Spezialgebieten wie z.B. der Neuroradiologie, Handchirurgie, Psychiatrie auf. Potentiallücken gibt es generell im Facharztbereich, v.a. in den Fächern Psychiatrie, Anästhesie und Intensivmedizin und Radiologie. Im Fachschwesternbereich sind entsprechende Potentiallücken in Intensivpflegeberufen zu finden. Dem Engpassrisiko (fehlende Leistungsträger, temporäre fehlzeitenbedingte Engpässe) im Pflege- und Funktionsdienst begegnet das KMD mit eingerichteten Springerpools sowie mit dem Einsatz von Vertretungsanstellungen und Leiharbeitskräften.

Altersaustritte werden bedarfsgerecht nachbesetzt. Dabei ist jede Nachbesetzung, unabhängig ob als Altersnachfolge oder Fluktuationskompensation auftretend, Gegenstand struktureller und unternehmerischer Überlegungen und kein Automatismus. Wie jedes Wirtschaftsunternehmen, muss auch ein Krankenhaus seine Strukturen permanent an die sich ändernden Bedingungen anpassen, Neues entstehen lassen und Überholtes reformieren. Trotz der Tätigkeit auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge bedeutet dies auch stets, wirtschaftliche Aspekte nicht aus den Augen zu verlieren. Anhaltende Unwirtschaftlichkeit würde die Existenz des Krankenhauses gefährden und damit die Gesundheitsversorgung beeinträchtigen“.