



Versorgung in Spitälern – Ist das System am Limit?

Start der Gesundheitsserie INLAND Seite 5

Ein System gerät an seine Grenzen

Österreich hat eine gute Gesundheitsversorgung, doch wie lange noch? Immer wieder warnt Spitalspersonal vor Mängeln, im niedergelassenen Bereich auf Kasse tun sich Lücken auf. Dass die Bevölkerung älter wird, vergrößert die Probleme. Ist das System am Limit? Wenn ja, wo genau? Gibt es Lösungen? DER STANDARD startet dazu eine Serie.

Guidrun Springer



Bei der Versorgung in Spitälern läuft nicht immer alles rund.

Foto: Steffen Arora

Maximal fünf Minuten pro Patient oder Patientin, mehr könne sie aus finanzieller Sicht nicht veranschlagen, sagt eine praktische Ärztin. Sonst sei die Ordination nicht leistbar, die sie vor der Eröffnung unter hohen Auflagen umgebaut habe. In der Realität gehe sich das natürlich nicht aus, zumal die Menschen mit immer höheren Ansprüchen zu ihr kämen.

Szenenwechsel ins Krankenhaus: Kürzlich warnte die Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie davor, dass Menschen, die auf erfahrene Unfallchirurginnen und Unfallchirurgen angewiesen seien, „auf kaum noch haltbare Zustände in den Spitälern“ träfen. „In Wien sollte derzeit besser niemand einen Unfall haben“, bekräftigte kurz später ein Arzt des Faches der *Krone*. Wieder ein Hilfeschrei aus einem Spital, der sich in eine Reihe von Warnungen einfügt.

Veränderung als Bedrohung

Offensichtlich ist im Gesundheitsbereich vieles im Umbruch, zum Teil durchaus beabsichtigt und geplant: Zum Beispiel wurden die Bettenkapazitäten in den Spitälern zurückgefahren, und im niedergelassenen Bereich führt sich manch Hausarzt von Primärversorgungszentren bedroht, obwohl der Ausbau bisher sehr schleppend lief.

Was aus den Krankenhäusern und Arztpraxen dieses Landes zu hören ist, sind aber weit mehr als Symptome der Überforderung einzelner Veränderungsverweigerer (die es auch gibt). Die regelmäßig öffentlich gemachten Hilfeschreie werfen die Frage auf, wie sehr es wo an Ressourcen mangelt. Führt das Gesundheitssystem, wenn alles so

weitergeht, „gegen die Wand“, wie Gesundheitsminister Johannes Rauch (Grüne) schon vor Monaten warnte? DER STANDARD geht dem in einer Serie auf den Grund und beleuchtet verschiedene Bereiche (eine Auswahl siehe unten).

Der allgemeine Arbeitskräftemangel trifft den Gesundheitsbereich jedenfalls ganz besonders, allein schon deshalb, weil die Aufgaben wachsen: Österreichs Bevölkerung wird älter und versorgungsintensiver. Zugleich läuft vieles ineffizient: Viele

Behandlungen, die derzeit im Krankenhaus, also der teuersten Versorgungseinheit, gemacht werden, könnten längst woanders stattfinden.

Für die Krankenhäuser sind die Länder zuständig, die Sozialversicherung zahlt ordentlich mit, darf aber in der Organisation nicht mitreden. Ihr Hoheitsbereich ist der niedergelassene Bereich, der durch sie finanziert wird. Allerdings muss sie mit den Sozialversicherungsbeiträgen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, allen voran der Ös-

terreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), auskommen.

Im Gesundheitssystem etwas zu steuern sei „extrem schwierig“, befindet Thomas Czyponka vom Institut für Höhere Studien (IHS), da Österreich nicht nur föderalistisch, sondern auch korporatistisch organisiert ist. Also nicht nur der Bund und neun Bundesländer reden mit, sondern auch die Kammern (die ihre jeweiligen Vertreter in der Sozialversicherung sitzen haben) und zusätzlich Vertreter der Ärztekammer.

GESUNDHEITSSYSTEM

AM LIMIT



Die Ärztekammer ist hierzulande ungewöhnlich mächtig: Sie hat gewerkschaftliche Funktionen, Disziplinaufgaben, redet in der Ausbildung mit und noch einiges mehr. Von der Politik wird ihr oft eine Blockadehaltung vorgeworfen. Sie verhält sich denn auch stets konservativ, fürchtet um ihren Einfluss und um Einnahmen für Mitglieder.

Bund-Länder-Hickhack

In den Finanzausgleichsverhandlungen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden sieht Minister Rauch eine Möglichkeit, „an großen Schrauben zu drehen“, um „große Transformationen“ zu erreichen – idealerweise soll dadurch das ewige Patientenherumgeschiebe zwischen den verschiedenen Bereichen ein Ende finden. Die Länder schlugen in der Sache einen eigenen Topf für den ambulanten Bereich vor. Viel Macht hergeben wollen sie aber nicht: Zuletzt stellte Hans Peter Doskozil (SPÖ), aktuell auch Vorsitzender der Landeshauptleutekonferenz, Richtung Rauch klar, dass man zwar über Reformen reden wolle, aber nicht über ein Verschieben von Kompetenzatbeständen.

Es wird sich zeigen, wie groß der Veränderungswille wirklich ist. Irrendeine Einigung wird es geben müssen, und zwar bis Jahresende, denn die sogenannte 15a-Vereinbarung, die Bund und Länder für die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens beschließen müssen, besagt, dass ohne Einigung „die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften (...) wieder in Kraft gesetzt“ werden. Das wäre ein Rückschritt um mehr als 45 Jahre.

Vorsorge

Es fehlt ein breites Wissen über Gesundheit

Das österreichische Gesundheitssystem fokussiert stark auf die Behandlung von Krankheiten und ihre Folgen. Viel weniger wird aber auf Vorsorge und die laufende Versorgung chronischer Erkrankungen geachtet, die es brauchte, um spätere Schäden möglichst erst gar nicht entstehen zu lassen. Zwar werden die Österreicherinnen und Österreicher immer älter, bei den tatsächlich in Gesundheit verbrachten Jahren ist aber viel Luft nach oben. Das Austria Institute for Health Technology Assessment (AIHTA) hat aufgezeigt, dass Frauen im Durchschnitt 58 gesunde Jahre genießen können, Männer 57. Der europäische Durchschnitt liegt aber bei 65 bzw. 64 Jahren. (kru)

Spitäler

Lange Wartelisten, fehlendes Personal

In den Spitälern kracht es an vielen Ecken und Enden: Pflegepersonal berichtet von enormer Überlastung, oft kommt es wegen Pflegemangels zu Sperren von Betten bis hin zu Abteilungen. Die Akutversorgung sei gesichert, versichern die Spitalsträger, Stimmen von ärztlichem Personal klingen aber oft anders. OP-Wartelisten haben sich verlängert, und in manchen Fächern herrscht ein enormer Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten. Wartezeiten auf stationäre Behandlungen (etwa im Mangelfach Kinder- und Jugendpsychiatrie) sind ebenfalls länger geworden. Zugleich gibt es zu viele Menschen, die eine Spitalsambulanz aufsuchen und dort ohne Not Ressourcen binden. (spr1)

Arztpraxen

Zentren als Lösung für Kassenarztschwund?

Eine Pensionierungswelle droht das Problem fehlender Kassenärztinnen und Kassenärzte weiterzuverschärfen. Gesundheitsminister Johannes Rauch (Grüne) hat angekündigt, die Zahl der Primärversorgungseinheiten (PVE) bis 2025 zu verdreifachen und Kassenarztstellen etwa durch flexiblere Anstellungsmodelle zu attraktivieren. In PVE arbeitet ärztliches und anderes Gesundheitspersonal bei langen Öffnungszeiten zusammen. Bisher blieb der Ausbau (es gibt rund 40) weit hinter dem Ziel; nun soll der Turbo gezündet und die Ärztekammer im Prozedere entmachtet werden. Engpässe auf Kasse erzeugen einen Wahlarztboom, besonders in der Kinder- und Frauenheilkunde. (spr1)

Medikamentenmangel

Viele Faktoren treffen zusammen

Mindestens jede sechste Person in Österreich war bisher direkt vom anhaltenden Lieferengpass bei Medikamenten betroffen, das zeigt eine Marktetage-Umfrage, die bereits von Ende Jänner bis Anfang Februar durchgeführt wurde. Rund 600 Arzneimittel führt das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen als nicht oder nur eingeschränkt lieferbar – ein Wert auf anhaltend hohem Niveau. Grund für die hohe Zahl ist, dass derzeit nach wie vor viele Menschen krank sind, dass die Versorgung aus Asien immer wieder stockt und dass die EU und Österreich zu wenig autonom sind. Der Griff zu Generika als Alternative wird zum Teil kritisch gesehen. (red)

Versorgung im Alter

Familie und Migranten statt Sozialstaat

Der Anteil betagter und hochbetagter Menschen in Österreich wird laut Prognosen bis 2040 um 58 Prozent steigen. Das steigert auch den Pflegebedarf. Während nordische Länder auf die Verantwortung des Staats setzen, ist Österreich in der Tradition der Home-Care-Gesellschaft verhaftet: In dieser herrscht die Ansicht, dass Sorgearbeit idealerweise innerhalb der Familie geleistet wird. Staatliche Investitionen in flächendeckende Care-Infrastruktur bleiben daher minimal. Diese Lücken im Sozialstaat werden derzeit von ausländischen Care-Arbeitskräften kompensiert oder oft unentgeltlich von weiblichen Familienmitgliedern. Es ist fraglich, wie lange das System so funktioniert. (mare)