

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Husslein P

**Editorial: Das österreichische Gesundheitswesen:
Ineffizient, teuer und verlogen**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2018; 36 (1)
(Ausgabe für Österreich), 4-6*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Mozartgasse 10

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)

Editorial

Das österreichische Gesundheitswesen: Ineffizient, teuer und verlogen

P. Husslein



Diskussion anhand der aktuellen Interaktion zwischen der Universitätsfrauenklinik und dem niedergelassenen Bereich in Wien

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich beträgt 82 Jahre – nicht besonders gut, aber auch nicht so schlecht; allerdings gibt es wenige Länder, in denen die Morbidität in den letzten Lebensjahren so hoch ist wie in Österreich.

Dazu passt, dass die durchschnittliche Anzahl der Krankenstände und die Häufigkeit von Spitalsaufenthalten bei uns überdurchschnittlich hoch ist, aber auch eine krankheitsbedingte vorzeitige Pensionierung kommt in kaum einem anderen Land so häufig zur Anwendung – **so gut kann also unser Gesundheitssystem nicht sein ...**

Dass man weitgehend uneingeschränkt und unkontrolliert fast jede medizinische Einrichtung aufsuchen kann und sich dort nahezu jede Untersuchung und Behandlung mit mehr oder weniger guten Argumenten erzwingen kann, ist allein kein Qualitätskriterium. Es macht nur das System extrem teuer.

Das Problem jedes öffentlichen Gesundheitswesens besteht in der „gefährlichen Trias“: Patient* und Arzt können sich problemlos darauf einigen, „dass das Beste, sowohl in Diagnostik als auch in Therapie, gerade gut genug ist“ – weil die Rech-

nung ja einem Dritten – zumeist irgendeiner der verschiedenen Sozialversicherungen oder Spitals-träger – geschickt wird und daher die Kosten vor-dergründig überhaupt keine Rolle spielen.

Diese Trias muss irgendwie durchbrochen werden. Wie man sie durchbricht, ist auch eine Frage der Weltanschauung. Es gibt dazu verschiedene Möglichkeiten:

- Man führt einen Selbstbehalt ein.
- Man reduziert das Angebot (dazu gibt es vielfältige Möglichkeiten), so dass Wartezeiten entstehen.
- Man führt Zugangsbeschränkungen ein (ein Facharzt kann nur über Zuweisung des praktischen Arztes/eine Ambulanz nur über Zuweisung eines Facharztes aufgesucht werden), oder:
- Man führt gut durchdachte, verbindliche Leitlinien ein und alles, was außerhalb dieser Leitlinie nachgefragt wird, muss selbst bezahlt werden. Und wenn man nicht will, dass dadurch eine Zweiklassenmedizin entsteht, verbietet man Medizin außerhalb von Leitlinien (Kanada hat weitgehend so ein System).

Und es gibt noch zahlreiche andere Möglichkeiten, um zu einer sinnvollen Kostenkontrolle zu kommen.

Zahlreiche dieser Ansätze sind in Österreich – zaghafte und nicht konsequent – versucht worden, sind aber im Wesentlichen daran gescheitert, dass

*) Zur Erhöhung der Lesbarkeit wird auf „gendern“ bewusst verzichtet.

die Politik bisher den Eindruck vermittelt, für alle Details dieser Fragen direkt zuständig zu sein und die Verantwortlichen sich fürchten, bei konsequentem Durchsetzen einer dieser Überlegungen bei der nächsten Wahl dafür abgestraft zu werden.

Und der österreichische Patient (und im Frauenheilkundebereich die österreichische Patientin) ist geradezu genial kreativ beim Umschiffen von Regelungen:

Als bei uns eingeführt wurde, dass man für den – wirklich unsinnigen – Wunsch nach einem Schwangerschaftstest in der Ambulanz der Frauenklinik des Medizinischen Universitätszentrums (!) zahlen muss, haben die Patientinnen relativ rasch herausgefunden, dass man nur eine Amenorrhoe von zirka 5–7 Wochen und Schmerzen im rechten oder linken Unterbauch angeben muss und flux steht der klinische Verdacht auf eine Eileiterschwangerschaft im Raum und aus dem elektiven, selbst zu bezahlenden Schwangerschaftstest ist ein „kurativer“ Schwangerschaftstest geworden (in Anlehnung an das ebenso missbrauchte System des Mammakarzinom-Risikoscreenings).

Und dann kommt noch das österreichische Spezifikum dazu, dass die unterschiedlichen Bereiche der Gesundheitsversorgung von verschiedenen Kostenträgern finanziert werden, so dass man die Gesamtorganisation recht gut mit einem „Volleyballspiel“ vergleichen kann: Jeder Träger versucht, dem anderen die Kosten zuzuschancen ...

Ein gutes Beispiel für dieses Volleyballspiel findet derzeit zwischen der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien (UFK) und dem niedergelassenen Bereich statt: Im medizinischen Masterplan und in der Zusammenarbeitsvereinbarung der Medizinischen Universität Wien mit dem Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (AKH) ist vorgesehen, dass der Anteil der ambulanten Patienten, bezogen auf alle ambulanten Patienten im Krankenanstaltenverbund (KAV), für das AKH nur mehr 28 % betragen soll. Derzeit hat die Universitätsfrauenklinik, bezogen auf alle anderen KAV-Spitäler mit gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen, einen Anteil von 33 % an ambulanten Patientinnen. Wir haben daher vom klinischen Vizerektor und der Ärztlichen Direktorin den Auftrag erteilt bekommen, diese Vorgabe umzusetzen.

Klar ist, dass parallel dazu auch der KAV die ambulanten Kontakte reduzieren möchte; indirekte Hinweise dazu gibt es zuhauf – Zusammenlegung von Abteilungen, Reduktion z. B. des pränataldiagnostischen Angebots, nicht ausreichende Erhöhung der Dienstposten im Zusammenhang mit der Einführung des Arbeitszeitgesetzes etc.

Daher wird eine geringe Reduktion der ambulanten Patientenkontakte an der UFK nicht ausreichen, wenn es darum geht, den prozentualen Anteil in Wien zu reduzieren, weil ja gleichzeitig auch die KAV-Spitäler ihre Ambulanzfrequenzen abbauen wollen und auch werden ... – Ein klassischer „Volleyball-Return“!

Warum „Return“? Weil bisher auch der niedergelassene Bereich mit uns „Volleyball gespielt hat“. Viele Dinge, die in Wirklichkeit im niedergelassenen Bereich abgedeckt werden können (und natürlich auch bezahlt werden müssten), sind in der Vergangenheit aus Kosten-, aber vielleicht manchmal auch aus Kompetenzgründen, an die Spitalsambulanzen transferiert worden. Komplexere Schwangerenbetreuung, Pränataldiagnostik, Abklärung auffälliger gynäkologischer Befunde, onkologische Vordiagnostik, vor allem aber Nachsorge und vieles mehr sind alles Bereiche, die in keiner Weise (und auch nahezu nirgends auf der Welt) einer Betreuung in einem Spital bedürfen, sondern stellen eine klassische Aufgabe des niedergelassenen Bereichs dar, der natürlich – und dafür habe ich vollstes Verständnis – ausreichend honoriert werden muss.

In der Folge der Informationsübermittlung an den niedergelassenen Bereich hat sich die Ärztekammer und die Fachgruppe Frauenheilkunde an mich gewandt und sich vor allem dazu kritisch geäußert, dass wir durch unsere Aktion – ohne für die entsprechende finanzielle Abgeltung zu sorgen – Leistungen in den niedergelassenen Bereich auslagern.

„Where you stand depends on where you sit“ – ich kann diese Haltung vollständig nachvollziehen. Im Umkehrschluss ersuche ich allerdings auch um Verständnis, dass sich aus der Position der UFK die Situation anders darstellt: Wir müssen und werden ab sofort Leistungen, die im niedergelassenen Bereich erfüllbar sind (Notfälle und ganz spezielle, komplexe Leistungen ausgenommen) in den niedergelassenen Bereich überweisen – gut überlegt, höflich, aber konsequent.

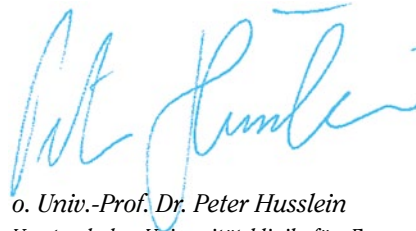
Dass dafür keine ausreichende Finanzierung vorgesehen ist, kann weder der Medizinischen Universität, der UFK und schon gar nicht mir persönlich vorgeworfen werden. Diese Fragen müssen mit der Ärztekammer und gegebenenfalls mit der Fachgruppe Frauenheilkunde diskutiert werden.

Die Abrechnungsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich der Frauenheilkunde sind tatsächlich beschämend schlecht – und oberflächlich verglichen mit anderen medizinischen Gebieten, wie z. B. der Inneren Medizin, geradezu auffallend schlecht!

Wenn es uns nicht gelingt, gemeinsam – und wir stehen hier gerne unterstützend zur Seite – diesen erbärmlichen und **verlogenen** Zustand zu beseitigen, dann sehe ich in Zukunft schwarz für die „niedergelassene Frauenheilkunde“.

Üblicherweise versuche ich in einem Editorial positive Nachrichten zu vermitteln. In diesem Fall will ich nichts schön reden, das ist eine deprimierende, ja geradezu beängstigende Analyse. Aber ich glaube, es ist besser, man stellt sich rechtzeitig der Realität und versucht konstruktiv gegenzusteuern,

als man verdeckt ein Problem, bis es irgendwann nicht mehr lösbar ist.



o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein

Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde der Medizinischen Universität Wien

Mitteilungen aus der Redaktion

Die meistgelesenen Artikel



Speculum

Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

