



Foto: P. Schmidt

VP Dr. Max Wudy

317.779.200 Herzschläge!

Droht die Dystopie?

U ngefähr 317 Millionen einzelne Herzschläge sind seit Erscheinen des auf den Seiten 10 und 11 abgedruckten Artikels vor über zehn Jahren vergangen. Damals gab es wie heute entscheidende Verhandlungen zum Finanzausgleich. Im Vorfeld wurde am 26. Juni 2013 der heute noch gültige Bundeszielsteuervertrag unterzeichnet. Vielfach wurde diese Absichtserklärung als Meilenstein der Gesundheitsreform bezeichnet. Ob das Ziel erreicht wurde, möge jeder für sich beantworten.

Zumindest der Abbau von Überkapazitäten im niedergelassenen Bereich ist hervorragend gelungen!

Noch länger, nämlich 712 Millionen Sekunden, also fast 23 Jahre, ist es her, dass der Originalartikel im British Medical Journal erschien ist, in dem Herausgeber Richard Smith locker, aber trotzdem sehr tiefgründig, die Probleme des britischen Gesundheitssystems beschreibt (aktueller Link: www.bmj.com/content/322/7294/1073). Bereits beim Überfliegen des Artikels kommt man zur Einsicht, dass diese Probleme nicht lokal, sondern global zu finden sind. Was auch nicht verwundern darf, ist doch die Medizin weltweit gleich und in engem Austausch. Auch ist das Geld, das dem System zur Verfügung gestellt wird, weltweit zu knapp. Gerade hier aber gibt es nationale Unterschiede. Spitzenreiter mit 16,8 Prozent des BIP (Basis 2020) sind die USA, der Beweis, dass Geld allein nicht glücklich macht. Die europäischen Länder pendeln zwischen 12,8 Prozent (Deutschland) und 9,2 Prozent (Tschechien). Ausrutscher nach unten gibt's natürlich auch, Ungarn, die baltischen Staaten und Polen mit rund 7 Prozent. Blech, also der vierte Platz, geht an das Vereinigte Königreich mit 12 Prozent, gefolgt von der Schweiz (11,8 Prozent), Schweden und Österreich (je 11,5 Prozent) und Norwegen mit 11,4 Prozent (*Quelle statistika.de, Datenbestand Dezember 2022*).

Man sieht also, dass es am Geld allein nicht liegen kann, vor allem, wenn man nicht den Fehler macht, die Steigerung der Ausgaben in Milliarden Euro zur Berechnung heranzuziehen, sondern die relativen Werte im Vergleich zum BIP. Hier zeigt sich für Österreich ein moderater Anstieg von 10,3 Prozent (2005) auf 12 Prozent (2022), wobei man streng genommen die Coroneffekte herausrechnen müsste. Selbst ohne diese Korrektur entspricht der Anstieg sicher nicht den demographischen Gegebenheiten. Der Anteil der Bevölkerung über 65 stieg um

weit mehr als 10 Prozent, und auch die Fortschritte der Medizin sind bei weitem nicht abgebildet. Bei dieser Gelegenheit ist es angezeigt, auch andere statistische Daten in Erinnerung zu rufen.

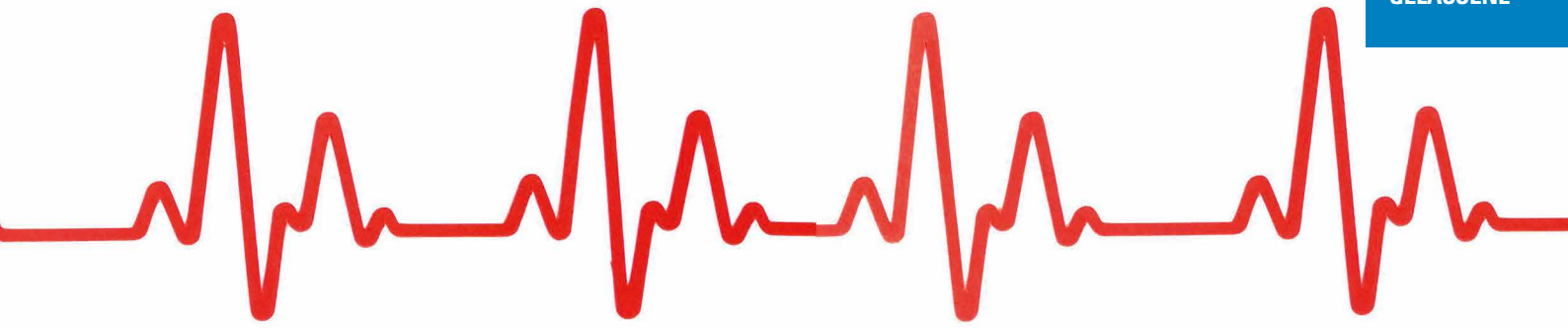
Nehmen wir den vergleichbaren Zeitraum von 2000 bis 2020 her, die Daten von 1970 bis 2020 sind noch imponierender, allerdings könnte man mir einen populistischen und tendenziösen Touch (Steigerung bei den Wahlärzt:innen 1.060,8 Prozent) vorwerfen. Analysieren wir also die Zahlen, wir werden sie zum weiteren Verständnis brauchen. In den letzten 20 Jahren (2000 bis 2020) wuchs die Bevölkerung um 11,3 Prozent, die Anzahl der Ärzt:innen allerdings um 54,4 Prozent, der viel zitierte Ärztemangel schaut anders aus. Den findet man einzig bei den Vertragsärzt:innen. Dort zeigt uns die Statistik ein Minus von 6,6 Prozent und diese sind noch dazu ungleich verteilt. Dem mehr als moderaten Plus von 4,7 Prozent bei den fachärztlichen Kolleg:innen steht ein sattes Minus von 15,1 Prozent bei den Allgemeinmediziner:innen mit Kassenvertrag gegenüber. Die Zahl der Spitalsärzt:innen wuchs in diesem Zeitraum um 49,3 Prozent, jene der Wahlärzt:innen explodierten um 133,6 Prozent. Allerdings darf man diese Zahlen, die einen mehr als deutlichen Trend zeigen, nicht unkritisch sehen. Während im Kassenbereich lediglich die Stellen laut Stellenplan abgebildet sind (die fast 200 Gruppenpraxen jeder Art werden in

dieser Statistik nicht berücksichtigt), zählen im Krankenhausbereich ebenfalls die Köpfe, die allerdings über die versorgungswirksamen Vollzeitäquivalente absolut nichts aussagen.

Trotz dieser Korrektur zeigt sich ein im internationalen Vergleich deutliches Missverhältnis. So sind in Österreich lediglich sieben Prozent aller Ärzt:innen im solidarisch finanzierten allgemeinmedizinischen Bereich tätig, in Ländern mit starker Primärversorgung, wie in den skandinavischen Ländern, wie in Irland, sind es bis zu 24 Prozent. Seltsamerweise sind gerade diese Länder führend bei den gesund erlebten Lebensjahren über 65. Liegen Schweden und Norwegen bei zirka knapp 16 Jahren, findet sich Österreich im EU-Vergleich mit 8,1 gesunden Jahren in der unteren Hälfte.

Dies allein unserem spitalslastigen Gesundheitssystem in die Schuhe zu schieben, geht sicher zu weit, auch die verworrene Finanzierung und die dadurch entstehenden Kompetenzstreitig-

Es wird in Österreich prinzipiell negiert, dass es mehr als nötig ist, das Gesundheitssystem auf gänzlich neue Füße zu stellen.



Entwicklung der Ärzt:innen in Österreich

Jahr	Einwohner	Vertragsärzte			Ärzte in Spitälern	Wahl-ärzte	Ärzte Ges.
		Ges.	AM	FÄ			
1970	7 467 086	5 350	3 458	1 892	5 786	1 302	12 438
1980	7 549 433	5 787	3 512	2 275	9 492	1 406	16 685
1990	7 677 850	6 327	3 825	2 502	12 421	4 349	23 097
2000	8 011 566	6 941	3 958	2 983	17 460	6 470	30 871
2010	8 396 800	6 949	3 939	3 010	21 752	10 422	39 123
2020	8 916 845	6 486	3 362	3 124	26 074	15 114	47 674
Steigerung 1970 bis 2020	19,4%	21,2%	-2,8%	65,1%	350,6%	1060,8%	283,3%
Steigerung 1980 bis 2020	18,1%	12,1%	-4,3%	37,3%	174,7%	975,0%	185,7%
Steigerung 1990 bis 2020	16,1%	2,5%	-12,1%	24,9%	109,9%	247,5%	106,4%
Steigerung 2000 bis 2020	11,3%	-6,6%	-15,1%	4,7%	49,3%	133,6%	54,4%

Quelle: hausarzt-konkret.at/Statistik Austria

keiten tragen das Ihre dazu bei. In Europa werden im Wesentlichen zwei Systeme unterschieden. Das so genannte Bismarck-System stützt sich bei der Finanzierung primär auf Sozialabgaben, während sich die Finanzierung beim Beveridge-System aus Steuern ergibt. Manche Länder bevorzugen die überwiegend staatliche Finanzierung, ein Paradebeispiel ist Großbritannien, manche wie die Schweiz ein rein versicherungsbasierendes System. Beide Systeme haben Vor- und Nachteile. Dissertationen und Habilitationen wurden darüber geschrieben, beide Systeme geraten auf Grund der demographischen und medizinischen Entwicklung an den Rand der Finanzierbarkeit. Allerdings gibt es weltweit nur zwei Länder, die eine „ausgewogene“ Finanzierung, ziemlich genau Halbe-Halbe bevorzugen, nämlich Griechenland und Österreich. Gerade diese Doppelgleisigkeit wird die Sanierung unseres Gesundheitssystems verunmöglichen, egal was im Rahmen der laufenden Verhandlungen gesagt wird. Im Gegenteil, die Andeutungen lassen Schlimmes befürchten. Da ist von einem dritten Topf die Rede. Die strikte finanzielle Trennung von ambulant und stationär soll eingeführt werden, wahrscheinlich mit dem Aufbau einer doppelten Buchhaltung im wahrsten Sinn des Wortes, in den Krankenanstalten mit personeller und sonstiger Trennung zwischen ambulant und stationär. Die einzige Lösung, und das sehen alle unabhängigen Expert:innen, so wie ich auch, ist die Finanzierung aus einer Hand, egal, ob man Bismarck oder Beveridge den Vorzug gibt. Aber vor dieser Umsetzung werden die Bundesländer ersatzlos abgeschafft! Meiner persönlichen Meinung nach, wird es im Herbst zu einer Fortschreibung der Vereinbarungen kommen, begleitet von ein paar Korrekturen und ein paar finanziellen Placebos. Ich hoffe, ich irre mich.

Doch zurück zur Primärversorgung. Bereits 1986 wurden in der Ottawa Charta als Zielsetzung sowohl die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik als auch die Neuorientierung des Gesundheitssystems gefordert. Weg von einem krankheitsfokussierten, fragmentierten Ansatz hin zu einem gesundheitsförderlichen, integrativen System. Aber auch das war nicht wirklich Neues: Schon 1978 wurde in der Deklaration von Alma-Ata gerade dieser gesundheitsförderliche, integrative Zugang (primary health care, PHC) durch die Förderung eines starken Primärversorgungssektors im Gesamtsystem beschrieben. Primärversorgung wurde als Versorgungskonzept definiert, das neben der Gesundheitsförderung, Prävention, kurativen Versorgung und Rehabilitation auch Sektoren miteinschließt, die für weitere Determinanten der Gesundheit verantwortlich sind. Für allerwichtigst wurde der wohnortnahe, niederschwellige, leistbare Zugang befunden!

Wenn man jetzt also 317 Millionen oder auch 712 Millionen Sekunden zurückblickt und sich beide Artikel aus heutiger Sicht durchliest, spürt man, dass sich weniger als nichts getan hat. Seit Jahrzehnten warnt die Ärzteschaft, nämlich diejenigen die an vorderster Front mit allen Problemen medizinischer, aber auch sozialer Art konfrontiert sind, vor der Zukunft, vor dem Zusammenbruch. Alle, wirklich alle Warnungen wurden ignoriert. Es wird in Österreich prinzipiell negiert, dass es mehr als nötig ist, das Gesundheitssystem auf gänzlich neue Füße zu stellen. Wenn es so weitergeht und die Finanzausgleichsverhandlungen auch diesmal keine nachhaltige Lösung bringen, wird sich auch in der Bevölkerung schön langsam die Meinung durchsetzen, dass die Gesundheitspolitik in diesem Lande nicht die Lösung, sondern das Problem per se ist!

VP DR. MAX WUDY

Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte
max.wudy@arztnoe.at

P.S.: Die Forderung nach dem „Neuen Vertrag“ aus meinem Artikel aus dem Consilium 07+08/2013 (siehe nächste Seiten) hat noch immer Aktualität!