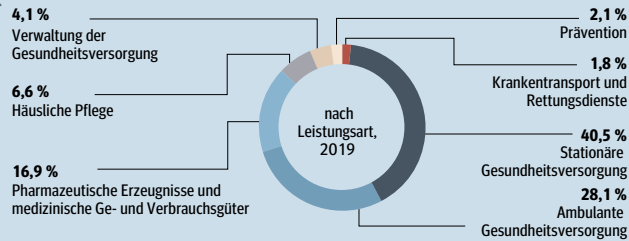




WIE GUT IST UNSER GESUNDHEITSSYSTEM?

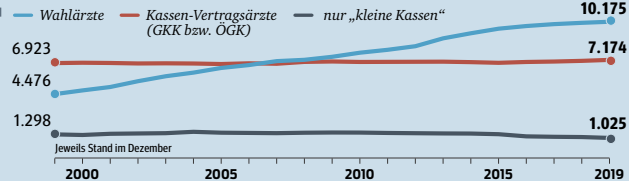
Grafik: Ortega | Illustration: iStock | Quelle: Statistik Austria, Sozialministerium, Ärztekammer, Eurostat, OECD, APA, ÖAK

1 LAUFENDE GESUNDHEITSAUSGABEN IN ÖSTERREICH



264 Krankenanstalten in Österreich
62.873 Betten
47.674 Ärzte insgesamt. Pro 1.000 Einwohner: 5,3
41,48 Mrd. Euro Gesundheitsausgaben
75,2 Prozent der Kosten werden öffentlich finanziert

2 NIEDERGELASSENE ÄRZTE IN ÖSTERREICH



PRÄVENTION

Alt? Das ja. Aber nicht gesund alt

Reparaturmedizin steht im Zentrum

Lebensstil. Ja, die Österreicher werden durchaus alt. Aber: Sie werden nicht besonders gesund alt. Im Vergleich zu anderen EU- und OECD-Staaten erleben heimische Versicherte deutlich weniger gesunde Lebensjahre am Lebensende. Während man hierzulande laut Zahlen von Eurostat im Schnitt rund 57 beschwerdefreie Lebensjahre erreicht, liegt der EU-Schnitt bei Männern jenseits der 63, bei Frauen sogar über 64.

Für das Gesundheitssystem heißt das: Es wird offenkundig größer, vermutlich zu großer Wert auf die sogenannte Reparaturmedizin und zu wenig Wert auf Präventionsgedanken gelegt.

„Der Präventionsbegriff ist breit, im Prinzip gehört alles dazu, was Krankheiten vorab verhindert. Die größte Präventionsmaßnahme sind damit Impfungen“, sagt Kurt Widhalm, der sich als Kinderfacharzt und Präsident des Akademischen Instituts für Ernährungsmedizin seit Jahrzehnten mit Präventionskonzepten beschäftigt.

Dass Österreich in Sachen Impfbereitschaft noch ganz viel Luft nach oben hat, dokumentiert gerade die Corona-Pandemie.

Doch auch andere Faktoren der gesundheitlichen Vorsorge sind hierzulande eher unterbelichtet. Das Übergewicht gehört dazu. Laut Widhalm ist Übergewicht für bereits sieben von zehn Diabetes-Erkrankungen verantwortlich. „Ich habe erst kürzlich einen Elfjährigen mit 138 Kilogramm behandelt. Allein die Tatsache, dass es

unser Gesundheitssystem soweit kommen lässt, dass es so junge Patienten mit derartigen Beschwerden überhaupt gibt – von Kurzatmigkeit bis hin zu Gelenksbeschwerden – zeigt, dass wir mehr tun müssen.“

Faktum ist: Im Vergleich mit anderen OECD-Staaten gibt Österreich messbar wenig für die Prävention aus. Nur eine Zahl: Während die Sozialversicherung hierzulande im Schnitt 98 Euro pro Jahr und Versichertem in Präventionsarbeit investiert, sind es in Deutschland 162, in Schweden sogar 185.

Was also tun? Widhalm regt an, eine brachliegende Ressource zu heben. „Wir sind das einzige Land in Europa, in dem Ärzte permanent an Schulen arbeiten und Kinder untersuchen – die Schulärzte. Diese Daten werden aber nicht vernetzt oder genutzt. Das ist fahrlässig.“

Für Thomas Czypionka, Gesundheitsexperte am Institut für Höhere Studien, sind insbesondere die Krankenversicherungen gefordert. „Den Versicherten müssen aktiv Angebote gemacht werden. Derzeit hat man aber fast das Gefühl, die Zahler (die Kassen, Anm.) sind froh, wenn man nicht zu viel Kosten bei der Vorsorge hat.“

Abgesehen vom Leid, das Patienten erspart werden könnte, ist der volkswirtschaftliche Nutzen erwiesen. Widhalm: „Studien zeigen, dass jeder Euro, den man in Prävention investiert, am anderen Ende sechs Euro bei medizinischen Behandlungen einspart.“ **CHRISTIAN BÖHMER**

Gut in der Versorgung, schlecht in der Prävention

Gesundheitssystem. Die Pandemie offenbart Schwächen und Stärken der medizinischen Infrastruktur. Auf der einen Seite niederschwellig, auf der anderen teuer und mangelhaft in der Vorsorge

VON VALERIE KRB

Selten stand unser Gesundheitssystem derart im Fokus. Überarbeitetes Personal, überlastete Intensivstationen, überlange Wartezeiten für Reha-Plätze und Psychotherapien. Aber das ist nur ein Ausschnitt, diktiert von einem Virus, das uns seit bald zwei Jahren im Würgegriff hält. Wie stehen wir insgesamt und abseits von Corona da? „Viele medizinische Leistungen sind für jeden zugänglich, die Spitzenmedizin steht im Grunde jedem offen, und die Selbstbehalte sind gering“, sagt Thomas Czypionka, Gesundheitsökonom vom Institut für Höhere Studien



Gesundheitsökonom Thomas Czypionka: „Viele Leistungen für jeden zugänglich“



Wiener Patientenanwältin Sigrid Pilz: „Wir investieren zu viel in technische Medizin“

(IHS). Wer also Krebs oder Herzprobleme hat, muss sich keine Sorgen machen, gut versorgt zu werden. Das gelte – im Gegensatz zu vielen anderen Ländern – auch für Menschen mit geringem Einkommen.

Zwei Drittel der Österreicher und die Hälfte der Österreicherinnen sehen das laut Statistik Austria auch so und meinen, unser Gesundheitssystem funktioniere gut. Gleichzeitig aber wird die österreichische Bevölkerung im Vergleich zu anderen EU-Ländern zwar relativ alt, allerdings früh krank, besagt eine Eurostat-Statistik.

Der Preis für unser Gesundheitssystem ist jedenfalls hoch. 41,5 Milliarden

NIEDERGELASSENER BEREICH

Wo die Zwei-Klassen-Medizin Realität ist

Immer mehr Ärzte werden lieber Wahlarzt statt Kassenmediziner

Ordinationen. Ewige Wartezeiten auf einen Termin und überfüllte Wartezimmer (sofern nicht gerade eine Pandemie herrscht): Wer als Kassenpatient zum Allgemeinmediziner oder Facharzt will, weiß aus eigener leidvoller Erfahrung: Die Versorgung ist ausbaufähig.

Mitverantwortlich dafür ist, dass immer mehr Mediziner in den wesentlich lukrativeren Wahlarzt-Bereich flüchten, anstatt einen Kassenvertrag anzunehmen.

Zur Erklärung: Wahlärzte sind Privatmediziner, deren Patienten allerdings bis zu 80 Prozent des Kassentarifs rückerstattet bekommen. Für einkommensschwächere Men-

schen ist dies aber keine Alternative zum Kassenarzt.

Bei den Allgemeinmedizinern klappt die Schere immer weiter auseinander (siehe Grafik oben). Sehr kritisch ist die Lage aber auch bei den Kinderärzten. Die Zahl jener mit Kassenvertrag ist von 2019 auf 2020 um 14 auf 262 gesunken. Jene der Wahl-Kinderärzte hingegen um 23 auf 465 gestiegen, zeigen Daten aus dem Gesundheitsministerium.

Landärzte-Mangel

Der Versorgungsmangel macht sich vor allem in Landgemeinden schmerzhaft spürbar. Sie haben oft

Probleme, Interessenten für vakante Hausarzt-Kassenstellen zu finden.

Entspannen könnte die Lage der Ausbau der sogenannten Primärversorgungseinheiten (PVE) – Zentren oder Netzwerke von Kassen-Allgemeinmedizinern, die von anderen Gesundheitsexperten (Diätologen, Phy-

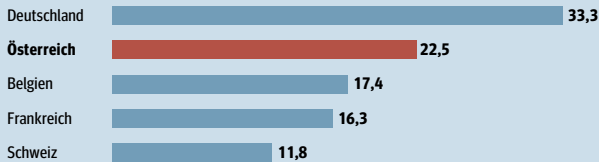
siotherapeuten etc.) unterstützt werden. Die Vorteile für die Patienten sind großzügigere Öffnungszeiten und ein breites medizinisches Versorgungsangebot.

Doch die Ausrollung geht nur schleppend voran, wie das Beispiel Wien zeigt. Bis 2025 soll es 36 PVE geben, tatsächlich sind aber

erst fünf in Betrieb. Oft ist es schwierig, Ärzte zu finden, die im Team zusammenarbeiten können oder wollen.

Innovation durch Krise

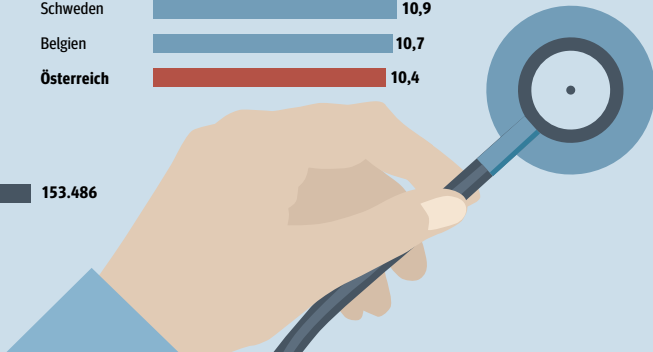
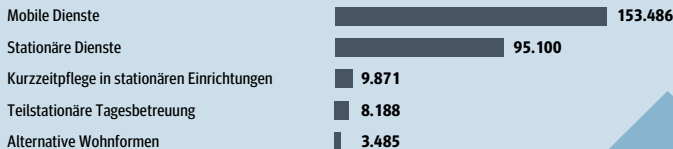
Bemerkenswerterweise hat in Teilbereichen die Pandemie zu einem Innovations-schub im niedergelassenen Bereich geführt. Notgedrungen wurden Maßnahmen eingeführt, die sich bewährt haben und nach Ende der Krise beibehalten werden könnten – zumindest wenn es nach der Ärztekammer geht. Dazu gehört zum Beispiel die Krankschreibung bei Behandlung via Telemedizin oder die Medikations-verschreibung in der e-Medikation. **JOSEF GEBHARD**

3 INTENSIVBETTEN IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH
 Anzahl der Intensivbetten pro 100.000 Einwohner
 (exklusive Not-Intensivbetten, jeweils letzte verfügbare Daten)
**GESUNDHEITSAUSGABEN 2019 IM EU-VERGLEICH**

Gesundheitsausgaben in % des BIP

**4 PFLEGESITUATION IN ÖSTERREICH 2018**

Versorgung der betreuten/gepflegten Personen ...



Euro gibt Österreich jährlich dafür aus, damit sind wir EU-weit auf Platz fünf. Also müsste man nur noch mehr investieren, um die Österreicher gesünder zu machen? „Nein“, sagt die Wiener Patientenanwältin Sigrid Pilz. Das Geld müsse anders verteilt werden. „Wir investieren zu viel in die technische Medizin.“ Damit meint sie Untersuchungen wie Ultraschalldiagnostik oder Magnetresonanztomografie, die hierzulande häufig verordnet, aber oft nicht zielführend seien.

Bruchteile fließt in Prävention

Zu wenig Geld fließt laut Pilz in Psychotherapie und Psychiatrie sowie vor allem in die Prävention. Letztere macht nur 2,1 Prozent der Gesundheitsausgaben aus. Ein Ausbau der Vorsorge würde andere Bereiche entlasten. Das sieht auch Gesundheitsökonom Czapionka so. „Wir sollten etwa Diabetiker früh behandeln, damit gar nicht erst Folgeerkrankungen auftreten.“ Ein Ausbau der Prävention könnte auch verhindern, dass Österreich unter den europäischen OECD-Mitgliedsländern nach wie vor die höchste Amputationsrate nach Diabetes-Komplikationen aufweist.

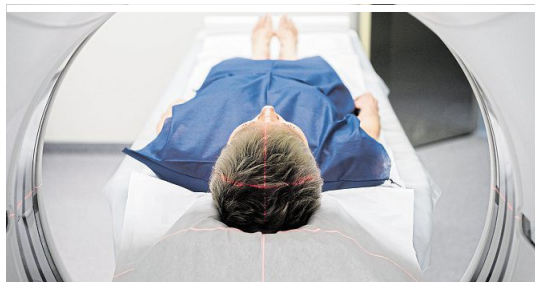
Ein großes Problem sieht der Experte außerdem in der Fragmentierung, also der Vielfalt an Institutionen und Finanzierungszuständigkeiten im Gesundheitswesen. Manches regelt der Bund, manches regeln die Länder oder

die Sozialversicherung. Der daraus resultierende Koordinations- und Kommunikationsaufwand mache es vor allem für chronisch Kranke schwer.

Einen Schritt in die richtige Richtung geht Österreich puncto Digitalisierung und das ausgerechnet aufgrund der Pandemie. „Telemedizin und elektronische Verschreibungen wurden ausgebaut und werden uns vermutlich erhalten bleiben“, sagt Patientenanwältin Sigrid Pilz. Auch wenn es noch viel Luft nach oben gibt und vor allem das Potenzial von ELGA mehr ausgeschöpft werden müsse, ergänzt Thomas Czapionka.

In diesem Fall bedeutet Digitalisierung nämlich Vernetzung und somit eine bessere Versorgung des Patienten.

Eine zentrale Aufgabe der kommenden Jahre wird auch sein, den Arzt- und Pflegeberuf wieder attraktiv zu machen. Denn ohne Personal ist jede Ordination und jedes Krankenhaus nutzlos. „Das Personal auf den von Covid-19-Stationen wird jetzt noch durchhalten. Aber sobald die Krise vorbei ist, wird die wiederholte extreme Belastung den Personalmangel massiv verstärken“, meint Gesundheitsökonom Thomas Czapionka.


MRT und Ultraschall: In Österreich häufig verordnet, aber oft nicht zielführend
PFLEGE**Pfleger fehlen, die Reform fehlt erst recht**

Seit Jahren warnen Experten

Verzögerung. Die Coronapandemie hat ein politisches Thema wieder an zentrale Stelle gerückt, nämlich: die Pflege.

Egal ob in den Intensivstationen oder im „extramuralen Bereich“, wie ihn Gesundheitsökonom nennen: Der Pflegeberuf ist offenkundig nicht attraktiv genug, es fehlt Personal, es fehlt der große Plan. Bis zu 100.000 zusätzliche Arbeitskräfte sind im Pflegesektor bis ins Jahr 2030 vonnöten. Das hat damit zu tun, dass die Gesellschaft altert und besonders viele Pflegekräfte in den nächsten Jahren in Pension gehen.

Mit der großen Pflegereform, die Senioren-Lobbyisten und NGOs seit Jahrzehnten (!) fordern, ist freilich nicht nur die Personaloffensive in diesem Bereich gemeint.

Tatsächlich ist es von Bundesland zu Bundesland immer noch höchst unterschiedlich, welche Art von Pflege man im niedergelassenen Bereich bzw. zu Hause bekommt.

Teilaspekte wie die 24-Stunden-Betreuung und der Regress für Kinder wurden in der jüngeren Vergangenheit zwar gelöst. Das ändert aber nichts daran, dass insgesamt der große Wurf fehlt und man von der Analyse- und in die Handlungsphase kommen muss.

Wo liegen die Knackpunkte, was sollte reformiert werden?

Abgesehen von der bereits angesprochenen, dringend nötigen Attraktivierung des Pflegesektors als Arbeitgeber drängen Experten auf einen Paradigmenwechsel in diesem Bereich.

Die Pflege ist hierzulande weitgehend kleinteilig organisiert, Betroffene finden sich meist schwer zurecht, weil in jedem einzelnen Fall viele verschiedene Stellen kontaktiert werden müssen und zuständig sind (der Bund regelt das Pflegegeld, die Begutachtung macht die Pensionsversicherung, Zuschüsse und Heim-Vermittlung machen Gemeinde und Land, etc.)

Insgesamt hegen Experten den Verdacht, dass Österreich zu viel in die Schadensbehebung und zu wenig in sanfte, vorbeugende Maßnahmen investiert.

„Dänemark und Schweden geben pro Jahr und Staatsbürger etwa gleich viel für das Gesundheitssystem aus, gleichzeitig haben wir aber mehr als doppelt so viele Menschen jenseits der 65, die pflegebedürftig sind. Da muss man sich fragen: ‚Was können die besser?‘“, sagt Alexander Biach. Biach war Chef des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger und hat gerade ein Buch zur Pflegethematik veröffentlicht.

Eine seiner Thesen lautet: Die Prävention muss insgesamt stärker beachtet werden – das spart später sehr viel Geld. Laut Biach könnte im Hinblick auf die Pflegethematik

mit Anreiz-Systemen gearbeitet werden: Versicherte vereinbaren mit ihren Hausärzten Ziele (Bewegung, gesündere Ernährung, etc.) und werden beim Erreichen mit Goodies wie Ermäßigungen bei Handy-Gebühren, etc. belohnt.

CHRISTIAN BÖHMER

SPITÄLER**Top-Leistungen, aber noch nicht zukunftsfit**

Intensivmedizin: Reservekapazitäten aufbauen; Onkologie: Mehr Telemedizin

Zwei Beispiele. Rund 2.000 Intensivbetten gibt es in Österreich: „Die waren immer fast zur Gänze belegt, mit einer Reservekapazität für Schwankungen in der Auslastung von rund zehn Prozent“, sagt Klaus Markstaller, Leiter der Uniklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie, MedUni Wien /AKH Wien. Mehr an Reserve war bisher nicht notwendig: „Die Influenza hat nie bei so vielen Patienten eine intensivmedizinische Betreuung notwendig gemacht. Alle anderen Schwankungen waren zufällig und nicht groß: Ein großer Unfall etwa, ein Frühjahrswochenende mit mehr Motorunfällen – „das konnten wir immer

gut abfedern. Wenn aber eine Erkrankung hinzukommt, die in Wellen eine Zusatzbelastung von 20, 30 und noch mehr Prozent verursacht, muss man sich überlegen, wie man so etwas künftig abfedern kann und das System krisensicher macht.“ Markstaller regt den Aufbau von „Reserveeinheiten“ an: „Die Kosten der technischen Ausstattung sind im Vergleich zu jenen eines Lockdowns vernachlässigbar.“ Gleichzeitig könnten – finanziell honoriert – interessierte Pflegekräfte eine intensivmedizinische Basis-Zusatzausbildung für Corona machen, die dann im Ernstfall einen rascheren

Einsatz ermöglicht. „Insgesamt braucht der Pflegeberuf aber eine finanzielle und inhaltliche Attraktivierung.“ Nicht nur in der Intensivmedizin, auch in vielen anderen Bereichen, etwa der Onkologie, liefern Österreichs Spitäler Spitzenleistungen. „Doch um diese Top-Position aufrechtzuerhalten, werden wir an den Strukturen etwas ändern müssen“, sagt Wolfgang Hilbe, Präsident der Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie. „Durch die steigende Lebenserwartung wird die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen stark steigen.

Gleichzeitig werden die Behandlungsentscheidungen komplexer, weil jedes Jahr Dutzende neue onkologische Präparate auf den Markt kommen.“

Um das bewältigen zu können, brauche es u. a. eine Digitalisierungsoffensive: „Komplexe Behandlungen müssen in qualifizierten Teams in Zentren besprochen werden – diese wird man nicht in jedem Spital haben können. Die kontinuierliche Betreuung der Patienten kann aber vielfach in regionalen Krankenhäusern stattfinden – dafür müssen die Spitäler aber digital gut kommunizieren können. Nur für ausgewählte Termine fährt der Patient dann in das Onkologie-Zentrum.“ ERNST MAURITZ