

SPECULUM

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

Husslein P

**Editorial: AZG und „seine versteckten
Konsequenzen**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2016; 34 (2)
(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, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Editorial

AZG und „seine versteckten Konsequenzen“*

P. Husslein

In eindrucksvoll unverantwortlicher Weise haben die österreichischen Gesundheitspolitiker jahrelang EU-Vorgaben ignoriert und geradezu überfallsartig Ende 2014 einem ohnehin schlecht organisierten österreichischen Gesundheitssystem ein neues Arbeitszeitgesetz mit Stichtag 01.01.2015 aufoktroiert.

In monatelangen Diskussionen ist – mühsam – das durch die Reduktion der Arbeitszeit weggefallene Gehalt so recht und schlecht ergänzt worden – mit viel „Diskussionsreibung“ und Frustration auf beiden Seiten.

Jetzt beginnt der noch viel schwierigere, aber deshalb nicht weniger notwendige Teil der Diskussion, nämlich wie man mit weniger Arbeitszeit pro Arzt ein gleiches Leistungsspektrum anbieten kann. Volksschulmathematik sagt einem, dass man nur entweder

- mehr Ärzte anstellen,
- Leistungen einschränken oder
- die Arbeit – grundlegend – anders strukturieren muss.

Für mehr Ärzte gibt es bei keinem Träger das notwendige Budget, eine Leistungseinschränkung ist politisch derzeit nicht durchsetzbar, somit wird eine Strukturänderung folgen müssen. Und wahrscheinlich ist das gar nicht so schlecht ...

Wir haben in Österreich ein sehr teures Gesundheitssystem, das in Wirklichkeit völlig ineffizient ist:

- Keine besonders hohe Lebenserwartung,
- eine hohe Anzahl an Krankheitsjahren am Lebensende,

- wir sind „Weltmeister“ im Belegen von Spitälern
- und wahrscheinlich „Rekordhalter“ bei Arbeitsausfällen und Frühpensionen.

Und nur weil Frau und Herr Österreicher zu jeder Zeit nahezu jede Gesundheitseinrichtung in Österreich unkontrolliert in Anspruch nehmen können (beispielsweise die Notfallambulanz des Zentralkrankenhauses der Medizinischen Universität Wien), glaubt die Bevölkerung, über das weltbeste Gesundheitssystem zu verfügen.

Dem ist aber zweifelsohne nicht so: Wir geben viel zu viel Geld für ein völlig ineffizientes System aus. Es wird Zeit, darüber ernsthaft zu diskutieren ...

Nachdem aber Veränderungen in Österreich – leider – negativ besetzt sind, fürchte ich, dass der notwendige radikale Schnitt nicht kommen wird. In Wirklichkeit müsste man:

- den Großteil der medizinisch nicht notwendigen Spitäler schließen,
- die vorhandenen Spitäler aufrüsten und diese dann nahezu 24 Stunden lang, 7 Tage die Woche betreiben,
- Zugangsbeschränkungen auf der Basis medizinischer Überlegungen einführen,
- einen sozial gestaffelten Selbstbehalt einführen, um die Verschwendung öffentlicher Mittel durch missbräuchliche Verwendung der vorhandenen medizinischen Infrastruktur zu reduzieren,
- und *last not least* der Bevölkerung klar machen, dass die öffentliche Hand nur bereit sein kann, für medizinisch nachweisbar wirksame Vorgangsweisen (sei es diagnostischer oder therapeutischer Natur) öffentliches Geld aufzuwenden – alles andere muss als unethisch eingestuft werden, weil es die kargen Ressourcen ungerechtfertigt verbraucht.

* Modifizierter Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus: Husslein P. Reform des Gesundheitssystems ist überfällig. Die Presse (Printausgabe), 10.12.2015.

Ich persönlich neige zur Auffassung, dass außerhalb dieser durch öffentliche Mittel finanzierten evidenzbasierten Medizin jeder Einzelne dann noch im Sinne einer „individuellen Gesundheitsleistung“ weitgehend konsumieren kann, was immer sein Herz begehrt – dafür aber dann auch selbst aufkommen muss.

Das erfordert naturgemäß ein gewisses Maß an reflektorischer Autonomie, es unterscheidet sich aber nicht grundsätzlich von anderen Fragen des Konsums.

Die Forderung, kleinere Spitäler zu schließen oder in Pflegeeinrichtungen umzuwandeln, begründet sich nicht nur ökonomisch, sondern vor allem sachlich: Die Medizin erfordert differenziertes Know-how, das in kleineren Spitälern aufgrund der geringen Fallzahl einfach nicht vorgehalten werden kann.

Es ist hinlänglich bekannt, dass die Komplikationsrate beispielsweise bei Operationen invers mit der Häufigkeit der durchgeführten Eingriffe korreliert. Im Gegensatz zu früher ist die Medizin heute komplizierter und der Transport einfacher geworden. Früher war es daher naheliegend, die medizinische Versorgung dezentral zu organisieren, heute ist es notwendig, dass Patienten zumutbare Wegstrecken zurücklegen, um sich in ein qualitativ hochwertiges Spital zu begeben.

In Österreich werden diese Standorte aber vor allem zur Sicherung von Arbeitsplätzen erhalten – auf Kosten der medizinischen Qualität ...

Nachdem eine solche umfassende Strukturreform in Österreich zumindest kurzfristig nicht möglich ist, wird es zwangsläufig zu folgenden – versteckten – Konsequenzen der neuen Arbeitszeitgesetzregelung kommen:

- Weniger Personal wird verdichtete Arbeit vollführen müssen.
- Das wird die Anwesenheit von Spezialisten in den Spitälern reduzieren, sodass außerhalb der „Kernarbeitszeit“ vor allem in den kleinen Spitälern die Qualität zum Teil dramatisch sinken wird.
- Häufigere Übergaben werden das Risiko, insbesondere bei langwierigen Krankheitsverläufen (oder Geburten), erhöhen – einerseits weil es bei jeder Übergabe zu einem objektiven Informationsverlust

kommen kann, aber auch die subjektiv empfundene Sorge über einen suboptimalen Verlauf geht bei einer Übergabe zwangsläufig verloren.

- Für die Ausbildung unserer Fachärzte wird das auch nichts Gutes bedeuten.

Niemand hat mir bisher erklären können, wie dieselben Ausbildungsinhalte, die man sich früher in 6 Jahren bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 60–70 Stunden erarbeitet hat, in Zukunft in 48 Stunden pro Woche vermittelt werden können. Versuche der neuen Ausbildungsordnung durch Delegation von Teilen der nicht rein ärztlichen Tätigkeit an das Pflegepersonal oder an Dokumentationsassistenten werden hier nicht ausreichen. Die Medizin hat sich in einem Ausmaß spezialisiert, dass diese – kleinen – Veränderungen nicht genügen werden. Man wird im Fach Frauenheilkunde unausweichlich darüber nachdenken müssen, ob es wirklich notwendig ist, dass jeder Frauenarzt „alles lernt“ und zwar auf einem Niveau, auf dem er es auch tatsächlich – angeblich – können sollte.

Wozu muss jeder niedergelassene Frauenarzt beispielsweise unbedingt 40 Hysterektomien selbst vorgenommen haben? Und warum muss jemand, der sich mit Reproduktionsmedizin beschäftigt, tatsächlich mehr als „eine grobe Ahnung“ von der gynäkologischen Onkologie oder von der heute sehr spezifischen operativen Gynäkologie haben?

Die beginnende Diskussion über die Subspezialisierung mit so genannten „Fellowships“ ist der richtige Weg, es wird aber zusätzlich einer radikalen Hinterfragung des „allgemeinen Facharztes“ bedürfen.

Wie kann das System auf diese Herausforderungen reagieren?

Neben der Thematisierung der Probleme müssen wir uns im täglichen Leben „nach der Decke strecken“. Unter anderem müssen wir unsere Medizin vereinfachen – differenzierte Medizin wird nicht mehr 24 Stunden/7 Tage die Woche/365 Tage im Jahr vorgenommen werden können.

Ein eindrucksvolles Beispiel dafür ist das Anbieten der vaginalen Entbindung bei Beckenendlage (BEL): Es ist unbestritten, dass nach ausführlicher Aufklärung entspre-

chend erfahrene Kollegen bei guter Auswahl der Schwangeren eine BEL vaginal entbinden könnten. Wenn aber das Arbeitszeitgesetz beispielweise eine längere Geburtsbetreuung verbietet und derjenige, der die Geburt dann übernehmen soll, über diese Erfahrung nicht verfügt, ist es weder medizinisch noch psychologisch gerechtfertigt, einer Schwangeren eine vaginale Geburtsbeendigung bei BEL anzubieten.

Aber das geht noch viel weiter. Fehlbildungen müssen schon heute in der Kerndienstzeit mittels Kaiserschnitt geboren werden – nicht wegen eines Vorteils der Sectio, sondern damit alle notwendigen Experten für die optimale medizinische Betreuung anwesend sein können und die entsprechende Behandlung gesichert geplant werden kann.

Wir sind in der Vergangenheit aber auch dazu übergegangen, Frühgeburten lieber 2, 3 Tage früher als grundsätzlich möglich mittels Kaiserschnitt zu entbinden, um das Risiko auszuschalten, beispielsweise in der Nacht von Samstag auf Sonntag Drillinge in der 26. Woche bei eingeschränkten personellen Ressourcen notfallmäßig entbinden zu müssen.

Und in anderen Sparten der Medizin verhält es sich ähnlich ...

Die Öffentlichkeit, insbesondere die Politiker, mögen es nicht gerne hören, aber es ist unausweichlich:

Wer komplizierte medizinische Behandlungen für sich in Anspruch nehmen möchte, wird diese im öffentlichen System nicht mehr bekommen können.

Daher ist das Arbeitszeitgesetz auch ein Katalysator für eine Zweiklassenmedizin.

All diese Konsequenzen werden nicht leicht zu verdauen sein, es wäre aber schön, wenn das Arbeitszeitgesetz – endlich – zu einer effizienten Reorganisation des nicht mehr zeitgemäß aufgestellten österreichischen Gesundheitssystems führen könnte.

o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein

Vorstand der Frauenheilkunde der Medizinischen Universität Wien

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

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