

doktorin **in** wien

MITTEILUNGEN DER ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN 12_2012



EINFACHER

Die Ärztekammer setzt auf E-Zustellung

EHRLICHER

Die Ärztekammer stellt sich der Geschichte

BESSER

Die Ärztekammer hilft bei Substitution

EINE REFORM, DIE KEINE IST

Die Ärztekammer begrüßt eine nachhaltige Reform des österreichischen Gesundheitswesens. Voraussetzung ist jedoch, dass das hohe Niveau der medizinischen Versorgung gewährleistet wird. Und genau das garantiert die aktuelle „Reform“ nicht.

Ausbildung

Effektiv, aber nicht effizient

Zwei Manager versuchen, eine volle Badewanne zu leeren. Der eine schöpft das Wasser mit einem Teelöffel ab, der andere zieht den Stöpsel heraus. Beide sind zwar effektiv, aber nur einer ist effizient.

Von Fahmy Aboul-Enein

$\Omega = 22916a \times 100b \times 330c = 756228000 \times \text{Faktor D} \times \text{Faktor X}$
(in Euro)

Wir erlauben uns an dieser Stelle, eine heutzutage bewährte und beliebte Methode zu wählen, um die Effektivität und Effizienz in Österreichs Spitälern vereinfacht und näherungsweise darzustellen: das mathematische Kosten-Nutzen-Effizienz-Modell.

Die zu vermeidende Ressourcenverschwendung Omega (oder der Anfang vom Ende) gibt den finanziellen Verlust durch ineffizienten Personaleinsatz an. Omega ergibt sich aus a: der Gesamtzahl aller Ärztinnen und Ärzte in Österreichs Krankenanstalten (Quelle: Statistik Austria, 2011), b: den nicht ärztlichen Tätigkeiten pro Tag (geschätzter Mittelwert in der Gesamtfallzahl 100; von zehn bis mehrere Hundert pro Arbeitstag), c: Arbeitstage pro Jahr, dem Faktor D und X. Der Faktor D beschreibt den finanziellen Wert der nicht ärztlichen Tätigkeit in Euro. Der Minimalwert für den Faktor D ergibt sich aus dem Zeitverlust, der aus nicht ärztlicher Tätigkeit resultiert, multipliziert mit den ärztlichen Lohnkosten pro dieser Zeiteinheit in Minuten (Monatsbruttogrundgehalt gebrochen 9600 [40 Wochenstundenverpflichtung]). Zu beachten ist, dass b) mit 100 sehr gering bemessen ist, um der tatsächlichen Arbeits-(Überstunden-)leistung, et cetera gerecht zu werden, und dass der Faktor D mit den Minutenzeitverlust vermutlich zwei- bis dreistellige Werte annimmt. Es ist nahezu unmöglich, den Faktor X (das Empfinden fehlender Wertschätzung durch „allgemeines, scheinbar systematisches Downgrading“ des ärztlichen und Pflegepersonals, Arbeitsbelastung und niedriger Nettostundenlohn) miteinzukalkulieren.



Aboul-Enein:
„Dass die ärztliche Ausbildung in Österreich nicht evaluiert wird, ist beispiellos im internationalen Kontext“

Ohne Expertise sind weder Effektivität noch Effizienz möglich, weil das Ziel schlecht oder gar nicht und nur mit einem sehr großen unnötigen Aufwand erreicht werden kann.

Die Effizienz ist umso größer, je geringer die zu vermeidende Ressourcenverschwendung Omega ist.

Ω „der Anfang vom Ende“

Selbst wenn man als Faktor D nur einen Euro annimmt – was viel zu niedrig gegriffen wäre –, dann ist die Summe mit Siebenhundertsechszwanzigmillionenzweihundertachtundzwanzigtausend immer noch 5,86-mal so viel wie die kolportierten 129 Millionen Euro¹⁾, die durch ELGA eingespart werden sollen – wobei hier weder die Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich noch andere Berufsgruppen in den Krankenanstalten miteinbezogen wurden und die Hard- und Software oftmals nicht zu einer sehr gewünschten Arbeiterleichterung, sondern leider nur zu einer unnötigen Arbeitsvermehrung und Zeitverlust führen, und vieles anderes mehr.

Warum also wird keine ernst gemeinte Komplettlösung angestrebt, bei der das Personal effizient eingesetzt und weder an der Ausbildung noch an Computersystemen gespart wird? Die Ausbildung ist und bleibt die tragende Säule eines Systems – jedes Systems, nicht nur des Gesundheitssystems. Ohne Expertise sind weder Effektivität noch Effizienz möglich, weil das Ziel schlecht oder gar nicht und nur mit einem sehr großen unnötigen Aufwand erreicht werden kann.

2007 ersetzte das Arbeitspaket 7 (AP7, Erlass KAV-GED/2007) endlich den sogenannten „Kaspar-Staudinger-Erlass“, der nach dem Lainzer Pflegeskandal die Übernahme von Tätigkeiten des Pflegedienstes aus dem mitverantwortlichen Bereich ausgesetzt hat. Formal schien mit dem AP7 viel erreicht, doch im Alltag änderte sich auf den allermeisten Abteilungen wenig oder gar nichts. Ausbildung scheint zur ausschließ-

lichen Privatsache erklärt und nur durch Eigenengagement von Auszubildenden und Auszubildenden aufrechterhalten.

Die postgraduelle ärztliche Ausbildung ist in Österreich weder strukturiert noch evaluiert, weder effektiv noch effizient. Das ist beispiellos im internationalen Kontext. Dabei ist unbestritten, dass sehr gut ausgebildetes, hoch spezialisiertes und hoch motiviertes Personal, das adäquat eingesetzt wird, die Grundvoraussetzung für Effizienz ist. Deshalb bleibt nun nur mehr, ohne Wenn und Aber 1) die lückenlose und vollständige Umsetzung des Ärztegesetzes und des Gesunden- und Krankenpflegegesetzes, 2) rechtlich verbindliche (einklagbare) Ausbildungsverträge anstelle von Dienstverträgen und 3) der effiziente Einsatz des gesamten ärztlichen und diplomierten Pflegepersonals entsprechend ihrer Qualifikationen und internationalen üblichen Kriterien zu fordern.

Vielleicht können unsere politischen Entscheidungsträger klar sagen, warum in Österreich Ärztinnen und Ärzte für Tätigkeiten eingesetzt werden, für die in jedem anderen Land andere (nicht so teure) Berufsgruppen, wie beispielsweise Phlebotomists und Pflegepersonal (Registered Nurse Practitioners), eingesetzt werden? Aber vielleicht sind Ärztinnen und Ärzte ja immer noch viel, viel zu billig, sodass sich ihr sehr „untypischer Einsatz in Österreich“ immer noch rechnet? □

Fahmy Aboul-Enein ist Chefredakteur von doktorinwien und hat keinen Interessenkonflikt.

1) Kurier vom 3. Oktober 2012, „ELGA: Grünes Licht für den gläsernen Patienten“ – kurier.at/nachrichten/4514441-elga-gruenes-licht-fuer-den-glaesernen-patienten.php.