

Wolfgang Schütz

Eintritt nur nach Aufruf

Warum Österreich
die Ärzte ausgehen:
elf Übel, elf Fakten



Eintritt nur nach Aufruf

Eintritt nur nach Aufruf

**Warum Österreich die Ärzte ausgehen:
elf Übel, elf Fakten**

von

Wolfgang Schütz

MANZ 

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Sämtliche Angaben in diesem Werk erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr; eine Haftung des Autors sowie des Verlages ist ausgeschlossen.

ISBN 978-3-214-02474-1

© 2017 MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien

Telefon: (01) 531 61-0

E-Mail: verlag@manz.at

www.manz.at

Bildnachweise: © Fiedels, PixBox, Ssstocker – fotolia.com

Satzherstellung: Christian Taufer

Druck: Prime Rate Kft., Budapest

*Für Renate, Andrea
und Cornelia*

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
I. Der Arztberuf	15
II. Die Übel	23
1. Die Wurzel allen Übels: Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz	23
2. Universitätsmedizin in der Krise	33
3. Der klinische Mehraufwand – ein Relikt aus der Steinzeit klinischer Forschung	43
4. Das Einkommen der angestellten Ärzte – viel mehr Geld ohne Grund	49
5. Ärztemangel trotz vieler Ärzte	56
6. Die Spitalsambulanzen als Ausdruck eines fehlgeleiteten Systems	66
7. Gesundheitssystem: Keine Finanzierung aus einer Hand ...	73
8. Die Novelle zum Ärztegesetz 2015 – voll von Goodies für die Kammern	80
9. Die Ärztekammern – leider nicht staatstragend	85
10. Fächer vor dem Absturz: Pathologie, Gerichtsmedizin, Arbeitsmedizin	93
11. Nebenbeschäftigungen von Ärzten – Augenzwinkern als System	107
III. Die Fakten	113
1. Generation Y	113
2. Aufnahmeverfahren zum Studium	118
3. 1938 – 1945: Exodus der einen, Verbrechen der anderen ..	134
4. Ein Land ohne Interesse für Wissenschaft und Forschung ..	142
5. Medizinische Forschung heute	153
6. Medizinische Fakultäten oder Universitäten – eine künstlich hochgespielte Frage	161

Inhaltsverzeichnis

7. Internationale Standards in guter wissenschaftlicher Praxis ..	166
8. Das Ende eines Moratoriums	174
9. Evidenzbasierte Medizin	179
10. Medizinische Privatuniversitäten	189
11. Nostrifizierung, ein Verfahren zur Qualitätssicherung	196
IV. Maßnahmen	201
1. Beseitigung der Übel	201
2. Akzeptanz der Fakten	210
Anmerkungen	221

Vorwort

Als Pharmakologe, vor allem aber während der zwölf Jahre als Rektor der größten Medizinischen Universität des Landes, erhielt ich naturgemäß einen tiefen Einblick in unser Gesundheitssystem und seine wesentliche Komponente, die ärztliche Versorgung. Man sieht als Rektor beides von einer Ebene unmittelbar unterhalb der Politik, somit von der höchsten nicht-politischen Ebene aus und also, so behaupte ich zumindest, mit ideologisch unbeeinflusstem Kopf.

Ich traue mich getrost zu sagen, dass die Ebene, auf der sich die Rektor_innen von Hochschulen bewegen, keine politische ist – keine/r/m Rektor_in einer öffentlichen oder privaten Universität kann nachgesagt werden, aufgrund einer deklarierten Nähe zu einer politischen Partei in dieses Amt gekommen zu sein. Dadurch, dass sie auf der zweiten hierarchischen Ebene stehen, stellen die Rektor_innen – und hier ganz besonders die Medizinrektor_innen – aber auch ein ideales Angriffsziel für die Medien dar. Medizinrektor_innen sind dabei besonders gefährdet, weil sie mit Bildung und Gesundheit gleich zwei hochsensible Bereiche vertreten. Die sensibilisierende Wirkung des Themas Bildung erkennt man an einer Bemerkung der seinerzeitigen Ministerin Elisabeth Gehrler, die, als sie ausschließlich für die Schulen und noch nicht auch für die Universitäten zuständig war (1996 – 2000), meinte, dass ihr Job ein ganz großartiger sei, denn sie habe acht Millionen Berater_innen.

Das noch sensiblere Thema, die Gesundheit, wird in den Medien in der Regel nicht mit Bildung in Verbindung gebracht, sodass Rektor_innen medizinischer Universitäten sich auf den Chronikseiten der Zeitungen häufiger wiederfinden als auf den Bildungs- oder Wissenschaftsseiten. Damit können sie sich auch der Aufmerksamkeit der Boulevardpresse sicher sein.

Betreffend Bildung und Medizin bzw. Wissenschaft und Medizin ist für die Medien meist nur der jährliche Aufnahmetest zu den Medizin-

studien von Interesse; ob dafür eine Antrittsgebühr von 50 Euro als Unkostenbeitrag verlangt wird und ob die Hochschüler_innenschaft dagegen eine Verfassungsbeschwerde anstrebt. Zum Thema Gesundheit hingegen müssen sich die Rektor_innen Medizinischer Universitäten häufig zu Fragen äußern, die mit Wissenschaft aber schon gar nichts zu tun haben, etwa, warum sie/er es wagt, Nachtdienste einzusparen, warum die eine oder andere frei gewordene Ärzt_innenstelle nicht nachbesetzt wird oder warum – überhaupt – nicht mehr Ärzt_innen eingestellt werden, um die Wartezeiten der Patient_innen vor den Spitalsambulanzen zu verkürzen, warum eine für Patient_innen offenbar wichtige medizinisch-technische Gerätschaft nicht zur Verfügung steht, warum man den Ärzt_innen nicht das Gehalt um zumindest 30% erhöht. Die Antwort ist überall dieselbe, nämlich dass den Medizinischen Universitäten dafür nicht genügend jener Mittel zur Verfügung stehen, die eigentlich für Forschung und Lehre gedacht sind. Bisweilen kommt noch die Frage hinzu, warum ein_e Rektor_in denn die Arbeitskraft der Ärzt_innen so ausbeute, sie 72 Stunden in der Woche arbeiten lasse und dadurch wegen übermüdeter Ärzt_innen die von ihnen zu versorgenden Patient_innen gefährde. Hier ist die immer wiederkehrende Antwort, dass eine Dienstzeit von 72 Wochenstunden schon lange nicht mehr vorkommt, und solange es der Fall war, wollten die Ärzt_innen zwecks Einkommensoptimierung sie von sich aus – und außerdem ist eine solche Dienstzeit vom Gesetz her weiterhin erlaubt.

All diese Fragen ergeben sich aus dem Umstand, dass in den den Medizinischen Universitäten in Wien, Graz und Innsbruck angeschlossenen Spitälern sämtliche (AKH Wien) oder knapp 50% der Ärzt_innen (LKH Graz, LKH Innsbruck) sich im Dienststand der jeweiligen Universität befinden, und alle diese Fragen stehen symbolisch für das Hauptproblem Medizinischer Universitäten: die Querfinanzierung der Krankenversorgung in den jeweiligen Bundesländern mit ihrem eigentlich für Forschung und Lehre vorgesehenen Budget, das die Medizinischen Universitäten vom Bund erhalten.

Man bekommt als Rektor einer Medizinischen Universität die permanenten Klagen der Klinik- und Abteilungsleiter_innen über zu wenig Ärzt_innen (natürlich in ihrem Fach) zu hören, die Klagen der Ärzt_innen, nicht nur darüber, dass ihnen wegen eines viel zu hohen

Anteils an routinemäßiger Krankenversorgung praktisch keine Zeit mehr für Forschung und Lehre verbliebe, sondern auch, dass sie im Rahmen der Krankenversorgung überproportional viele Tätigkeiten verrichten müssten, die ansonsten Pflegepersonal und Schreibkräfte bewältigen. Stellt man internationale Vergleiche an, wird deutlich, dass die österreichischen Spitalsträger nicht nur bei Pflege- und Schreibkräften besonders sparen, sondern es auch schafften, über die letzten Jahrzehnte die Gehälter der in Ausbildung befindlichen Ärzt_innen niedrig zu halten, und zwar deshalb, weil es von ihnen immer so viele gab. Denn Ärzt_innen in Ausbildung waren die eigentlichen Systemerhalter_innen in den Spitälern – in höheren Stellungen bzw. wenn sie/er einmal Fachärzt_in waren, verdienten sie wesentlich besser und konnten sich auch desto mehr auf ihre eigentliche ärztliche Tätigkeit konzentrieren.

Bis zum Jahr 2002 galt für Ärzt_innen kein eigenes Arbeitszeitgesetz, obwohl ein solches bereits 1997 – mit einer eben bis 2002 vorgesehenen Übergangsfrist – in Kraft getreten war. Der damalige für die Universitäten zuständige Minister bezifferte es, um es nicht zu blockieren, mit Mehrkosten für den Bund von bloß 50 Mio. österreichischen Schilling (entsprach 3,6 Mio. Euro). Dieser Betrag lag auch nach damaligem Geldwert zumindest um das Zwanzigfache unter den tatsächlichen Mehrkosten. In der fünfjährigen Übergangsfrist geschah nichts, bis 1. 1. 2002 musste die damalige gesetzliche Arbeitszeitregelung jedoch bundesweit umgesetzt sein. Erst seit diesem Zeitpunkt war eine maximale Arbeitszeit von durchschnittlich nur mehr 60 Wochenstunden erlaubt, und die Ärzt_innen in Ausbildung, die zur Verbesserung ihres kargen Grundgehalts wesentlich längere Arbeitszeiten gewohnt waren, waren darüber keineswegs erfreut. Im darauffolgenden Jahrzehnt – ich konnte es als Rektor hautnah miterleben – wuchs jedoch eine neue Generation Zwanzig- bis Dreißigjähriger heran, in deren Lebensplan überlange Arbeitszeiten nur mehr wenig Platz haben. Viele von ihnen wären heute auch über noch kürzere Arbeitszeiten als durchschnittlich 48 Wochenstunden froh, die seit 1. 1. 2015 auf intensives Drängen der Europäischen Union auch in Österreich gelten. Noch mehr Geld verdienen und Karrieremachen stehen bei dieser Generation, solange das Grundgehalt angemessen hoch ist, offenbar nicht mehr im Vordergrund.

Politik und Spitalsträger merkten von allen diesen Veränderungen nichts. Die Kombination aus lächerlichen Grundgehältern für junge Ärzt_innen, schlechter ärztlicher Ausbildung, berufsfremden Tätigkeiten und dem nicht erfüllten Wunsch nach kürzeren Arbeitszeiten hat das Fass schon lange zum Überlaufen gebracht. Die Mediziner_innen verlassen nach abgeschlossenem Studium in zunehmender Zahl das Land und lassen sich im Ausland ausbilden; es ist fraglich, ob sie danach zurückkommen werden. Aber es gibt noch eine Reihe zusätzlicher Gründe für ihre Abwanderung: u. a. unterdotierte Universitäten und damit auch unterdotierte medizinische Forschung und Lehre, die schon angesprochene Querfinanzierung der den Ländern obliegenden Krankenversorgung durch den Bund (und das zu Lasten der Medizinischen Universitäten) und letztlich ein zwar von viel Selbstlob getragenes, aber nichtsdestoweniger auf neun Bundesländer zersplittertes und durch zweierlei Finanzierungsarten dauernd von Ineffizienz bedrohtes Gesundheitssystem. Insgesamt habe ich elf Übel herausgearbeitet, die beseitigt gehören, um eine langfristige ärztliche Versorgung der österreichischen Bevölkerung sicherzustellen.

Es gehören aber nicht nur jene elf Übel beseitigt, es gehört von politischer Seite endlich auch eine Reihe von Fakten akzeptiert. Zufällig sind es ebenfalls elf geworden – elf Fakten, die offensichtlich mit politischem Wunschdenken nicht im Einklang stehen. Zu ihnen zählt, dass für ein akademisches Studium, jedenfalls für ein medizinisches, Aufnahmeverfahren notwendig sind, dass ein Moratorium nicht ewig dauern kann, dass das Interesse der Bevölkerung für Wissenschaft und Forschung niedrig ist, dass medizinische Forschung aufgrund ihrer hohen Kosten standortmäßig konzentriert werden muss, dass Standards evidenzbasierter Medizin einzuhalten sind und dass wissenschaftliches Fehlverhalten, wenn mit Täuschungsabsicht verbunden, auch sanktioniert gehört.

Wenn ich Kritik wie in den folgenden Kapiteln vorbringe, werde ich immer gefragt, ob die Rektor_innen Medizinischer Universitäten nicht selbst zur Beseitigung der genannten Übel beigetragen haben. Meine Antwort mündet dann immer in die Gegenfrage, wozu ein Staat dann eine Regierung benötigt, wenn man die Lösungen wesentlicher Probleme – und die langfristige Sicherstellung einer funktionierenden Gesundheitsversorgung ist ein solches! – ohnehin den Fachleuten auf

der Ebene unter der Regierung überlassen kann. Über die entscheidenden Machthebel, etwas zu verändern oder abzustellen, verfügt – richtigerweise – nur eine durch ein Parlament legitimierte Regierung, die überdies mithilfe des ihr zur Verfügung stehenden Beamtenapparates sehr darauf bedacht ist, der Ebene unter ihr nicht zu viel Einfluss zukommen zu lassen. So können, beispielsweise, die Rektor_innen Medizinischer Universitäten die Querfinanzierung der Krankenversorgung aus ihrem Forschungs- und Lehrbudget von sich aus nicht verhindern, da es gesetzlich dem Bund zukommt, die Länder für jenen Mehraufwand zu entschädigen, den deren Universitätsspitäler (in Wien, Graz und Innsbruck) neben der Krankenversorgung auch für Forschung und Lehre erbringen müssen. Zahlt der Bund mehr, als den Ländern als Entschädigung zustehen würde – und er zahlt beträchtlich mehr (s. Kapitel II.3) –, tritt besagte Querfinanzierung ein. Gleichzeitig erfolgt diese Querfinanzierung der Krankenversorgung aus jenem Budget, welches das Wissenschaftsressort für die Finanzierung der Universitäten vom Finanzministerium erhält, sodass die Mittel den Universitäten letztlich verloren gehen. Aber auch bei allen anderen beschriebenen Übeln und allen bis jetzt von politischer Seite nicht akzeptierten Fakten wird zu ersehen sein, dass dafür gesetzliche Regulative verantwortlich sind, die nur durch die Politik verändert werden können.

Die zweite Frage, die Kritik an österreichischen Verhältnissen, wie sie in diesem Buch vorgebracht wird, gerne provoziert, lautet: Wie kann es um einen Staat wie Österreich so schlecht bestellt sein, wenn er sich im Laufe der letzten Jahrzehnte zu einem der wohlhabendsten der Welt entwickeln konnte? Die Antwort darauf hat bereits Hannes Androsch in seinem 2013 erschienenen Buch „Das Ende der Bequemlichkeit“ und seinen „7 Thesen zur Zukunft Österreichs“ gegeben, auf die ich hier zurückgreife.¹⁾ Er schreibt, dass sich das Blatt des Erfolges bereits gewendet habe, Österreich sei in den wirtschaftlichen Innovations- und Wettbewerbsrankings sowie in den Effizienzrankings für Regierungen in den letzten Jahren deutlich abgesackt; das Land sei in alten Strukturen und Inhalten verwurzelt, wodurch seine Zukunftsfähigkeit gefährdet werde. Er schlägt eine „Agenda 2025“ vor, „um systematische Antworten auf die großen Fragen der kommenden Jahre zu entwickeln“. In diesem Sinne ist ein kleiner Aspekt der Zukunfts-

Vorwort

fähigkeit des Landes darin zu sehen, mit welchen Maßnahmen man eine langfristige und auf sicheren Beinen stehende ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen kann. Diese Maßnahmen sind hier im IV. Abschnitt beschrieben.

Zum Schluss noch ein ganz anderer, aber wesentlicher Hinweis. Er betrifft die gendergerechte Schreibweise. Ich habe mich entschlossen, sie auf dieses Vorwort zu beschränken. Denn es wird in diesem Buch so häufig von Personen und Personengruppen, seien es Ärzt_innen, Patient_innen, Mitarbeiter_innen etc., gesprochen, das die/der Leser_in bisweilen davon abgelenkt werden könnte, rasch zum Sinn eines Satzes vorzudringen. Dasselbe würde für das Schreiben der weiblichen und männlichen Form hintereinander gelten. Daher erlaube ich mir, in alter Schreibweise durchwegs nur die männliche Form zu verwenden, die sinngemäß auch für die weibliche Form gilt. Ich weiß, dass das schon längst verpönt ist, aber es war mir hier nicht anders möglich.

Mein großer Dank gilt allen jenen, die mir bei der Erstellung dieses Textes geholfen haben, mich mit durchwegs wertvollen Ratschlägen versorgten, Zahlen korrigierten und mich auf notwendige inhaltliche und textliche Änderungen hingewiesen haben.

Wolfgang Schütz

Wien, im Januar 2017

I. Der Arztberuf

Der Arzt zählte in allen Phasen der Geschichte zu den angesehensten Berufsgruppen – das gilt bis heute. Auch in einer rezenten Umfrage, die untersuchte, welchen fünf Berufsgruppen man am meisten vertrauen darf, waren die Ärzte mit dabei (neben Pflegepersonal, Piloten, Apothekern und Feuerwehrleuten).²⁾ In der für Deutschland relevanten Allensbacher Berufsprestige-Skala³⁾ liegen die Ärzte überhaupt allein an erster Stelle. Außerdem auffallend, wenn auch nicht ganz unerwartet: Es fielen gleich drei der fünf Berufsgruppen in den Gesundheitsbereich. Zu erwarten deshalb, weil Gesundheit der Menschen höchstes und empfindlichstes Gut darstellt. Das hohe Ansehen, das Ärzten zukommt, war und scheint daher weniger ein Verdienst der Ärzte selbst als jenes des hohen Guts Gesundheit an sich zu sein.

Aus diesem Grund wurden und werden in die Heilkraft des Arztes auch mehr Erwartungen gesteckt, als er tatsächlich zu kurieren imstande ist. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts beruhte das Wissen eines Arztes auf reiner Empirie, verbunden mit Naturheilkunde und bloß einem Schuss wissenschaftlichen Denkens, obwohl schon Hippokrates (460 – 370 v. Chr.) zur Blütezeit der altgriechischen Kultur die Medizin als eine Wissenschaft begründete. Er schuf mit dem nach ihm benannten Eid auch eine sittliche Grundlage für den Arztberuf; er enthält den Kernsatz „*Primum non nocere*“ („erstens nicht schaden“) – dem Patienten in erster Linie durch eine ärztliche Behandlung keinen Schaden zufügen. Das Denken des Hippokrates erfuhr 600 Jahre später durch Galen, ebenfalls ein griechischer Arzt, eine Renaissance.

Trotzdem war in den Jahrhunderten danach primär die Persönlichkeit des Arztes, seine Fähigkeit, seine Patienten von seiner Kunst zu überzeugen, entscheidend. Die Prinzipien eines Hippokrates und Galen standen weit im Hintergrund. So wurde etwa Mozarts früher Tod als Folge rheumatischen Fiebers erst durch zahlreiche Aderlässe, die ihm seine Ärzte – sich auf eine zweifelhafte Erfahrung berufend – verordneten, endgültig herbeigeführt.⁴⁾ Noch zu Zeiten Maria Theresias, also

I. Der Arztberuf

bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts, studierten angehende Ärzte Medizin, ohne am Krankenbett tätig gewesen zu sein. Sie hatten somit während des gesamten Studiums keinen Patienten gesehen. Es habe sich bis dahin bei der Medizin, wie es der in Österreich geborene Medizin-Nobelpreisträger des Jahres 2000, Eric Kandel, in seinem Buch „Zeitalter der Erkenntnis“⁵⁾ formulierte, um „Quacksalberei auf der Basis humanistischer Philosophie und der Lehren von Hippokrates und Galen“ gehandelt. Erst der niederländische Leibarzt Maria Theresias, Gerard van Swieten, führte endgültig eine Medizin ein, die dem Aberglauben Einhalt gebot, vor allem aber sorgte er an den Universitäten für einen Unterricht am Krankenbett, das heutige „Bedside-Teaching“. Beides war zu dieser Zeit eine Pionierleistung und begründete die Wiener Medizinische Schule, später – weil es eine zweite gab – die Erste Wiener Medizinische Schule genannt. Der Medicus des Mittelalters, der seine praktischen Erfahrungen erst nach dem Studium sammeln konnte, war endgültig Geschichte.

Die Zweite Wiener Medizinische Schule ist hingegen nicht nur mit einem, sondern mit vielen großen Namen verbunden. Die ersten waren der Pathologe Carl Freiherr von Rokitansky (1804 – 1878) und sein kongenialer klinischer Partner, Joseph Skoda (1805 – 1881). Sie führten den großen wissenschaftlichen Fortschritt des beginnenden industriellen Zeitalters auch in der Medizin ein.⁶⁾ Die Zweite Wiener Medizinische Schule hatte aber kein Alleinstellungsmerkmal wie die Erste, der Durchbruch der wissenschaftlichen Medizin fand international statt, zumindest in Europa. Die Spitzenleistungen dieser modernen Phase der Medizin wurden aber in Österreich vollbracht, insbesondere in dem seit 1918 kleinen Österreich während der Zeit zwischen den Weltkriegen. Außerdem war das Wiener Allgemeine Krankenhaus schon damals die größte medizinische Einrichtung Europas. So hat die Zweite Wiener Medizinische Schule vier Medizin-Nobelpreisträger hervorgebracht: 1914 Robert Bárány für die Entdeckung und Beschreibung des Gleichgewichtsapparates, 1927 Julius Wagner-Jauregg zur Fiebertherapie (mittels Malaria-Inokulation) der paralytischen Demenz (der Spätform der Syphilis), 1930 Karl Landsteiner zur Entdeckung der menschlichen Blutgruppen, und 1936 Otto Loewi zur Transmission von Nervenimpulsen mittels chemischer Überträgerstoffe. Karl Landsteiner und Otto Loewi waren Juden; Ersterer wanderte allerdings bereits 1919

I. Der Arztberuf

erst in die Niederlande, dann in die USA aus. Otto Loewi hingegen, der in Graz forschte und lehrte, wurde bereits in der Nacht des 11. März 1938 von den Nazis verhaftet, also noch bevor der „Anschluss“ Österreichs an das Deutsche Reich einen Tag später tatsächlich vollzogen war;⁷⁾ gegen Abgabe des mit dem Nobelpreis verbundenen Geldbetrags durfte er schließlich das Deutsche Reich verlassen, wie überhaupt unmittelbar nach dem „Anschluss“ die Wiener Medizinische Schule endgültig beendet war: Mehr als die Hälfte des Lehrkörpers allein der Medizinischen Fakultät der Universität Wien wurde damals schlagartig aus rassistischen und politischen Gründen entfernt.⁸⁾

Die internationale Anerkennung der Wiener Medizinischen Schule ist aber nicht nur diesen Nobelpreisträgern, sondern einer Vielzahl von Ärzten dieser Zeit zu verdanken. Es war die *moderne Phase* der Medizin, die Anerkennung der ärztlichen Kunst kannte kaum Grenzen, Kritik an ihr kam selten auf, Patienten begaben sich dankbar in eine geradezu paternalistische Abhängigkeit von ihren Ärzten. Im Gegensatz zu heute, wo mittels Labormedizin und bildgebender Verfahren, mit jedoch nur minimaler klinischer Untersuchung in kürzester Zeit Diagnosen gestellt werden, standen damals mehrere Ärzte und Koryphäen um den Patienten herum, hörten ihn ab, perkutierten ihn und diskutierten über mögliche Diagnosen. Der Patient fühlte sich dabei umsorgt, gehegt und hatte keinerlei Zweifel an der Kompetenz seiner – manchmal auch ratlosen – Ärzte. Zu dominierend waren der wissenschaftliche Fortschritt und damit der Erfolg der Medizin zu dieser Zeit, sodass es der Patient den Ärzten verzieh, wenn sich in seinem individuellen Fall kein medizinischer Erfolg einstellen wollte.

Wie anders ist die Situation heute! Nach dem schweren Schlag, den die Medizin im Nationalsozialismus erfuhr (und der in Kapitel III.3 noch eigens behandelt werden wird), eilte der wissenschaftliche Fortschritt in der Medizin vor allem in den angelsächsischen Ländern mit zunehmender Geschwindigkeit voran, wohingegen Deutschland und vor allem Österreich – bedingt durch die Nazizeit – mehrere Jahrzehnte brauchten, um mit dieser Entwicklung Schritt halten zu können. Auf die herausragenden, auf wissenschaftlichem Denken basierenden *diagnostischen* Errungenschaften der Zweiten Wiener Medizinischen Schule folgten dann Entdeckungen wirksamer *therapeutischer* Maßnahmen. Die für die Zukunft der Medizin wesentlichste war in den frühen 1980er

Jahren die Identifikation von bakteriellen Restriktionsenzymen, mit denen sich DNA-Stränge zerschneiden lassen. Damit wurde nicht nur das Tor zur Gentechnik im Allgemeinen, sondern im Speziellen auch jenes zur Personalisierten Medizin oder Präzisionsmedizin geöffnet, die bereits jetzt die Diagnose und Therapie vieler Erkrankungen, insbesondere von Krebserkrankungen, revolutioniert hat. Dessen ungeachtet ist es für alle Patienten selbstverständlich geworden, dass sie nach dem jeweils letzten Stand der Wissenschaft behandelt werden; dass sie nicht mehr blindlings einer Diagnose ihres Arztes vertrauen, sondern eine sogenannte „second opinion“ einholen; dass sie sich im Internet über ihre Krankheit informieren und ihren behandelnden Arzt damit konfrontieren; dass sie ihre Ärzte bisweilen sogar bei der ersten Vermutung einer Fehlbehandlung klagen oder sich – meistens erfolgreich – an die Öffentlichkeit wenden. Viele Journalisten sind nicht müde, der „Story“ wegen rasch für einen solchen Patienten Partei zu ergreifen, und Ärzte kommen dabei in den Medien fast immer schlecht weg.

Von einer „modernen Phase“ der Medizin kann also heute keine Rede mehr sein. Die frühere geradezu paternalistische Abhängigkeit vom Arzt ist längst dahin, und das nicht nur, weil der Arztberuf zunehmend weiblich geworden ist. Der Arzt ist für den Patienten ein Mensch wie jeder andere geworden, kein „Halbgott in Weiß“ mehr, sodass wir schon seit über 30 Jahren von einer *postmodernen Phase* der Medizin sprechen müssen.⁹⁾ Aber haben die Ärzte selbst diese Veränderungen mitbekommen? Die älteren, die ganz oder teilweise noch in der Phase der ärztlichen Huldigung aufgewachsen sind, wohl nur zu einem Teil; für viele sind ausschließlich Ärzte entscheidende Ansprechstelle für Kranke, die anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich haben sich unterzuordnen; es gilt in erster Linie noch ihre eigene Erfahrung. Studien und Publikationen, die dieser widersprechen, werden nicht akzeptiert; damit einhergehend wird evidenzbasierte Medizin, die ausschließlich auf Studienergebnissen basiert, verächtlich als „Kochbuch-Medizin“ abgewertet;¹⁰⁾ Patienten werden von ihnen nicht zufriedenstellend aufgeklärt, es werden ihnen in aller Kürze Diagnose und Therapie mitgeteilt und beides sei zu akzeptieren. Diese Ärzte folgen also nach wie vor dem klassischen Prinzip des ärztlichen Paternalismus.

Der Wandel zur postmodernen Medizin scheint also von den Ärzten selbst nur zögerlich wahrgenommen zu werden. Denn postmoderne

Medizin beruht nicht nur darauf, dass sich die Einstellung des Patienten zum Arzt im Sinne eines Gesprächs auf Augenhöhe geändert hat, sondern dass das alte Prinzip eines episodischen Patientenkontakts, meist im Rahmen der Behandlung einer akut eingetretenen Krankheit, nicht mehr gilt. Berufsbedingt, durch den Druck des Alltags und die hohe Lebenserwartung nehmen in der Bevölkerung chronische Beschwerden und Erkrankungen zu. Sie erfordern vom Arzt einen umfassenden – holistischen – Behandlungsansatz, der auch die Lebensumstände des Patienten und sein soziales Umfeld zu berücksichtigen hat („Familiärmedizin“). Ein solcher Ansatz benötigt aber Zeit, Zuwendung und Einfühlungsvermögen, was viele Ärzte nicht aufzubringen imstande sind, weil sie sich nicht umstellen wollen oder die Zeit einer Behandlung auf Krankenscheinbasis viel zu kurz dafür ist. Die Anziehungskraft alternativ-medizinischer Heilverfahren für chronisch Kranke findet hier eine Erklärung. Das auf den österreichischen Medizinischen Universitäten seit dem Jahr 2002 angebotene Medizinstudium versucht zumindest, dieser holistischen Entwicklung Rechnung zu tragen, und ist neben der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten auch bestrebt, den angehenden Ärzten die richtigen Haltungen („attitudes“) im Sinne einer sozialen und ethischen Einstellung zu vermitteln.

Der Drang vieler junger Menschen, Arzt zu werden, ist jedenfalls ungebrochen. Über 15.000 Interessenten melden sich bereits jährlich zum Aufnahmetest an den österreichischen Medizinuniversitäten, aber nur 1.620 Plätze stehen zur Verfügung. Der Grund für diesen Andrang liegt nicht nur im Reiz des Arztberufes, sondern auch in der Sicherheit des Arbeitsplatzes bis zur Pensionierung. Ein bestandener Aufnahmetest ist, zum Ersten, ein Garant für einen Studienabschluss, für die Hälfte der Studierenden sogar in Mindestzeit; zum Zweiten ist es in vielen europäischen Ländern, insbesondere in Deutschland, Österreich und der Schweiz, immer schwieriger, frei gewordene Arztstellen zu besetzen. Ärzte sind daher umworbene Arbeitskräfte geworden. Woran liegt diese gestiegene Nachfrage?

Von der „Ärztenschwemme“ zum Ärztemangel

Noch in den 1980er und 1990er Jahren kursierte in den deutschsprachigen Ländern der Begriff „Ärztenschwemme“, da ausgebildete Mediziner von Arbeitslosigkeit bedroht waren. Ihre Zahl überwog jene der

I. Der Arztberuf

offenen Stellen damals in zunehmendem Maße, es gab jahrelange Wartezeiten auf einen Ausbildungsplatz (in Österreich „Turnusplatz“ genannt) zum Allgemeinarzt oder zum Facharzt. Die permanent hohe Nachfrage nach Ausbildungsplätzen in den Krankenanstalten verleitete die Krankenanstaltenträger – das waren (und sind noch) überwiegend die Bundesländer – zum Zahlen von Billiglöhnen. Außerdem verlangten sie von den Ärzten überlange Arbeitszeiten und ließen sie Tätigkeiten wie Schreibarbeiten, Bringerdienste etc. verrichten, die jedenfalls mit ärztlicher Ausbildung nichts zu tun haben. Turnusärzte waren während ihrer drei- bis vierjährigen Ausbildungsphase zum Allgemeinarzt somit durchwegs schlechter gestellt, nämlich sowohl finanziell als auch bezogen auf den Tätigkeitsbereich, als das übrige qualifizierte Krankenhauspersonal, das die Krankenanstaltenträger, da viele billige Ärzte zu haben waren, auch kurz hielten. Da dieser Missstand jahrzehntelang anhielt, haben die Krankenanstaltenträger ihre jährlichen Budgetierungen diesem längst angepasst, und jede bessere Bezahlung der Turnusärzte, jede Personalerhöhung für Turnusärzte zur Verringerung ihrer überlangen Arbeitszeiten, jede zusätzliche Einstellung von Pflege- und Schreibkräften, welche die nicht-ärztlichen Tätigkeiten der Turnusärzte übernehmen könnten, hätten die Träger in schwere finanzielle Nöte gebracht und letztlich die Krankenversorgung im Gesamten gefährdet.

Anfang dieses Jahrhunderts begann dieses eingespielte System jedoch zu kippen. Drei Gründe waren dafür maßgeblich. Erstens: Durch steigende Lebenserwartung und Überalterung der europäischen Bevölkerung nahmen die Gesundheitskosten überproportional zu, es wurden (und werden) immer mehr Ärzte benötigt, die Mittel für deren Finanzierung standen aber weder den Universitäten (für die Medizinstudien) noch den Gebietskörperschaften als Träger von Krankenanstalten (für die postgraduelle Ausbildung zum Facharzt oder Allgemeinarzt) zur Verfügung. Zweitens: Ein bereits 1996 eingeführtes und 2003 novelliertes EU-weites Arbeitszeitrecht für Ärzte in Krankenanstalten, das durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeiten von nur noch 48 Stunden erlaubt; drittens ließen sich die Jungärzte in Krankenanstalten die bisherige Behandlung in Form schlechter Bezahlung, schlechter Ausbildung und frondienstartiger Zustände nicht mehr gefallen und gingen auf die Straße oder streikten sogar. In Deutschland kam es 2006 wegen

I. Der Arztberuf

zu niedriger Gehälter und zu langer Arbeitszeiten, da das 48-Stunden-Regulativ der EU noch nicht umgesetzt war, zum Ärztestreik, bei dem sich die Ärzte mit allen Forderungen durchsetzten.¹¹⁾

In Österreich dauerte es länger, nämlich bis zum Beginn des Jahres 2015, da sich die Medizinabsolventen nach Abschluss ihres Studiums anders halfen: Sie verließen das Land und ließen sich im Ausland weiterbilden – und tun es in immer steigendem Maße. Offene Turnusstellen sind nur mehr schwer, in ländlichen Regionen fast gar nicht mehr besetzbar. Als die Bundesregierung auf Aufforderung der EU-Kommission das Arbeitsgesetz für Ärzte umsetzen musste, nachdem sie seit über einem Jahrzehnt säumig gewesen war, gingen auch die österreichischen Ärzte auf die Straße und drohten mit Arbeitsniederlegungen. Denn da die lukrativen Nacht- und Wochenenddienste nun weniger wurden, wollten sie dafür einen finanziellen Ausgleich im Grundgehalt. Auch sie setzten sich mit ihren Forderungen zur Gänze durch, da sie – wegen der hohen Nachfrage nach Ärzten – aus einer Position der Stärke heraus verhandeln konnten.

Die Finanzierung dieser bis zu 40% erhöhten Ärztegehälter ist von den Ländern aber nur kurzfristig gewährleistet, für die Medizinischen Universitäten, für die der Bund die Mittel bereitstellt, genau bis Ende 2018. Wie die Finanzierung darüber hinaus möglich gemacht werden soll, ist genauso völlig ungewiss wie für den durch das Arbeitszeitgesetz bedingten Mehrbedarf an Ärzten, die umgekehrt aber immer weniger zu werden drohen. Der Ernst der Lage – dass nämlich das Gesundheitssystem in Österreich, aber auch in anderen Teilen Europas aufgrund immer weniger werdender Ärzte vor dem Zusammenbruch steht – ist den Verantwortlichen offenbar noch nicht bewusst.

II. Die Übel

1. Die Wurzel allen Übels:

Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz

Diese Überschrift wird wohl bei Ärzten und Patienten gleichermaßen heftigsten Widerspruch auslösen. Bei Ärzten, da es sich bei dem Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) um ein lange erkämpftes Recht handle, das sie verdient zu haben glauben. Bei Patienten, da diese die Gewissheit hätten, von keinem übermüdeten Arzt behandelt, schon gar nicht operiert zu werden. Die Notwendigkeit einer Arbeitszeitregelung für Ärzte soll in diesem Kapitel aber gar nicht in Abrede gestellt werden; auch die durchschnittlichen 60 Wochenstunden, die bis 2014 in Österreich noch maximal erlaubt waren, waren natürlich zu hoch. Aber die für alle EU-Staaten vorgegebenen im Durchschnitt maximal 48 Wochenstunden schaffen, gegenüber dem einzigen Vorteil immer sehr ausgeruhter Ärzte, nur schwerwiegende Nachteile, und die Arbeitszeitregulierung wird in Österreich noch rigider gehandhabt, als es das EU-Regulativ vorschreibt. Es trifft die bildliche Redewendung voll zu, dass hier „das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wurde“.

Wesentlicher Grundsatz der EU-Regelung zum KA-AZG ist eine durchschnittliche Arbeitszeit von 48 Stunden in einem halbjährlichen Durchrechnungszeitraum. Es fallen in die wöchentliche 48-Stunden-Arbeitszeit aber auch die Zeiten der reinen Bereitschaftsdienste im Krankenhaus während der Nacht oder an Wochenenden, wo nur Vorhalteleistungen für Not- oder Zwischenfälle erforderlich sind *und daher auch Ruhephasen auftreten*. Es ist im KA-AZG auch vorgeschrieben, dass es während der Bereitschaftsdienste solche ausreichenden Ruhephasen geben *muss*. Es ist keine Frage, dass auch diese Ruhephasen finanziell abzugelten sind, sehr wohl muss man sich aber fragen, warum sie der maximal erlaubten Arbeitszeit voll anzurechnen sind.

Zu dieser ersten Absurdität kommen als zweite die unverständlichen Ruhezeitregelungen außerhalb des Krankenhauses, also daheim, hinzu. Egal, ob ein Arzt nach einer halben Stunde Arbeit seinen Dienst

Wolfgang Schütz

Eintritt nur nach Aufruf

Warum Österreich die Ärzte ausgehen:
elf Übel, elf Fakten

Streikende Ärzte, monatelange Wartezeiten auf Untersuchungen, Ärzteschwund am Land – die ärztliche Versorgung in Österreich krankt an zahlreichen Übeln. Elf große Übel benennt Wolfgang Schütz in seiner Streitschrift „Eintritt nur nach Aufruf“. Der Altrektor der Medizinischen Universität Wien ruft mit Verve dazu auf, sie umgehend zu beseitigen, will man den absehbaren völligen Zusammenbruch der ärztlichen Versorgung in Österreich noch verhindern.

Zu den Übeln zählen etwa

- das zu rigide ausgelegte Arbeitszeitgesetz für Ärzte;
- der fehlende politische Wille, die Universitätsmedizin ausreichend zu finanzieren;
- die zu hohe Spitalslastigkeit der ärztlichen Versorgung;
- eine Finanzierung des Gesundheitssystems aus zwei unkoordinierten Händen und
- zwischenzeitlich auch eine Dreiklassenmedizin.

Schütz nennt Maßnahmen zur Beseitigung dieser Übel. Er nennt aber auch elf Fakten, die zwar dem politischen Wunschdenken widersprechen mögen, aber nichtsdestoweniger akzeptiert gehören.



Wolfgang Schütz war von 2003 bis 2015 Rektor der Medizinischen Universität Wien und war als erster Rektor maßgeblich an der Gründung der MedUni Wien als eigenständige Institution im Jahr 2004 beteiligt. Davor führte er als Dekan die Medizinische Fakultät der Universität Wien in die Eigenständigkeit.

