

Bittere Pillen?

Ein Aufschrei ging durch die Gesundheitslandschaft, als die Wirtschaftskammer, der ÖGB und der Hauptverband der Krankenkassen ihr Konzept der „Gesundheitsreform“ zur Sanierung der Krankenkassen präsentierten. Ärzte, Kassen und Patienten hegen schwere Vorbehalte. Wird mit dem Konzept das österreichische Gesundheitssystem krankgespart oder gesundreformiert? Oder handelt es sich um reine Systemkosmetik?

von **Gloria Staud**



Ordination geschlossen. Dieses Schild hängten am Montag, dem 16. Juni rund 13.000 niedergelassene Ärzte an ihre Eingangstür. Um am bundesweit ausgerufenen Ärztestreik gegen die von der Regierung und einigen Sozialpartnern geplante „Gesundheitsreform teilzunehmen. Ein Notdienst war eingerichtet, um Patienten mit akuten Beschwerden aufzunehmen, ansonsten mussten die Patienten entweder einen Ambulanzdienst an einem Krankenhaus in Anspruch nehmen oder wieder nach Hause gehen. Die drastische Maßnahme der Ärzte begründet Tirols Ärztekammerpräsident Dr. Artur Wechselberger so: „Diese so genannte Gesundheitsreform ist ein drastischer Eingriff in die Qualität unseres Gesundheitssystems. Gleichzeitig untergräbt sie die Vertrauensbasis der Patienten zum Arzt. Wir verstehen die angekündigten Maßnahmen nicht als Druck auf das Parlament. Aber wir wollen, dass der Informationsdruck steigt. Ärzte gehören nicht zur Gruppe der klassischen Demonstranten. Wenn sie auf die Straße gehen, muss etwas Schwerwiegendes dahinter stecken. Mit den Streiks wollen wir die Bevölkerung aufrütteln und zeigen, wie wichtig das Anliegen ist.“

Vier-Punkte-Programm zur Sicherung des Gesundheitssystemes

Seit die Sozialpartner, namentlich die Wirtschaftskammer Österreich, der ÖGB und die Trägerkonferenz des Krankenkassen-Hauptverbandes am 2. Juni 2008 ein gemeinsames Konzept zur Gesundheitsreform vorlegten, gehen die Wellen hoch im Lande Österreich. Vor allem, nachdem der Ministerrat den von der Ärztekammer, Gebietskrankenkassen, aber auch zahlreichen Politikern und Standesvertretern heftig kritisierten Entwurf am 4. Juni ohne Änderungen „durchwinkten“, wie Ärztekammerpräsident Wechselberger es bezeichnet. Eine Presseaussendung des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend fasst die Beschlüsse des Ministeriums zur „Zukunftssicherung der sozialen Krankenversicherung“ in vier wesentlichen Punkten zusammen: die „Aut-idem-Regelung“, die Patientenquittung, die Neuregelung der Kassenverträge, die künftig alle fünf Jahre nach bestimmten Qualitätsstandards neu evaluiert werden, und die Entschuldung der finanzschwachen Sozialversicherungsträger, vor allem durch die Gründung einer Holding und den Zuschuss von insgesamt 450 Millionen Euro. Das Ziel des 156 Seiten umfassenden Entwurfes, über den nun am

19. Juni das österreichische Parlament abstimmen sollte, ist „die Erhaltung des hohen Niveaus der Leistungserbringung der sozialen Krankenversicherung und ihre bedarfsgerechte Weiterentwicklung, sowie die Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Finanzierbarkeit der sozialen Krankenversicherung, wobei der Bund subsidiär einen Beitrag zur Entschuldung der finanzschwachen Sozialversicherungsträger leistet und nach Maßgabe der Finanzsituation der Träger zur Leistungserbringung beiträgt“.

Umstrittene Therapie für die Kassen

Es geht also darum, die Krankenversicherungen zu sanieren. Die Gründe dafür rauschten in den letzten Jahren durch die Medien: speziell die Gebietskrankenkassen kämpfen permanent – erfolglos – gegen die roten Zahlen an. Die 19 Krankenkassen rechnen heuer mit einem Gesamtabgang von minus 310 Millionen Euro, die Gebietskrankenkassen erwarten heuer – trotz der seit 1. Jänner 2008 wirksamen Beitragserhöhung – ein Defizit von zusammen 285 Millionen Euro. Auch die Tiroler Gebietskrankenkasse schloss das letzte Kassenjahr mit einem Defizit von 20 Millionen Euro. Michael Huber, Obmann der Tiroler Gebietskrankenkasse, sieht die Gründe für die Defizite – zumindest in unserem Bundesland – jedoch keineswegs in einer Fehlwirtschaft seines Hauses: „Die Einnahmen der Gebietskrankenkasse stammen in erster Linie aus den Einzahlungen und Selbstbehalten. Das Budget teilt sich in etwa zu 30 Prozent in die Zahlungen an niedergelassene Ärzte,

30 Prozent Medikamentenkosten und 33 Prozent für Spitalsbeiträge. Im Jahr 2002 reduzierte der Bund radikal die Ausgleichszahlungen für die Gebietskrankenkassen. Wir finanzieren in Tirol allein an Arbeitslosenversicherung und Wochengeld 15 bis 16 Millionen Euro für den Bund vor. Zudem bezahlen wir 28 Millionen Euro an Wochengeld aus, erhalten jedoch nur 20 Millionen vom Bund retour. Auch bei der Arbeitslosenversicherung bezahlt der Bund nur 56 Tage, für alle weiteren Krankentage muss die Gebietskrankenkasse aufkommen. Genauso zahlt die GKK seither die Beiträge für Asylanten, was sich in Tirol ebenfalls in zwei Millionen Euro niederschlägt.“ Der Ausgleichstopf des Bundes sei kleiner geworden, empfindet der TGKK-Obmann darin eine Aushungierung der Verbände. Dabei habe gerade Tirol seine „Hausaufgaben gemacht“ und alle freiwilligen Sozialausgaben wie etwa die „Krankenkassen-Brille“ oder den Kurzuschuss gestrichen. Aufgrund der Arbeitsstruktur in unserem Bundesland erhält die TGKK – auf das Jahr gerechnet – jedoch nur für elf Monate die Beiträge der Versicherten: Die zahlreichen Saisonarbeiter und Teilzeitbeschäftigten reißen ein Loch ins Budget. „Einkommenseitig ist Tirol das schwächste Bundesland für die Gebietskrankenkasse“, weist der Obmann auf die fehlenden Gelder hin.

Zentralistische Lösung befürchtet

Die jetzige Reform sehen die Krankenkassen äußerst skeptisch, obwohl es eigentlich um ihre Finanzierung geht. Nicht nur dem Tiroler Obmann stößt



Die Gesundheitsreform soll die Defizite der Gebietskrankenkassen ausgleichen.

der geplante Eingriff in die bestehenden Strukturen heftig auf. Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger soll in eine Holding umfunktioniert werden. Diese erstellt verbindliche Richtlinien, genehmigt Budgets sowie Großinvestitionen und erledigt als Dienstleister auch einige zentral zu erfüllende Aufgaben wie etwa bei Heilmitteln und im IT-Bereich. Die Kassen empfinden die geplante Holding als schweren Eingriff in ihr Selbstbestimmungsrecht. Michael Huber erläutert: „Bisher steht den Sozialversicherungsträgern der Hauptverband vor, der sich im Besitz der Träger befindet. In der neuen Holding hingegen gibt es ein deutliches Übergewicht der Wirtschaftskammer, die gleichzeitig im Verwaltungsausschuss und in der Kontrollversammlung sitzen würde. Eine Konstellation, die sich eigentlich selbst ad absurdum führt.“ Auch die Ärztekammer befürchtet durch die Zentralisierung Nachteile. „Die zentrale Steuerung nimmt mit der geplanten Holding massiv zu. Es grenzt an eine Entmündigung der Kassen. Das Kräfteverhältnis verschiebt sich enorm in Richtung Arbeitgeber“, so Dr. Artur Wechselberger. Weiters sehen die Kritiker der Holding-Lösung die Verankerung der Beschlüsse in der Verfassung für bedenklich. Dadurch würde die Holding der Bundesregierung weisungspflichtig. Auch dies widerspreche dem Prinzip der Selbstverwaltung, so Michael Huber.

„Konzept lässt regionale Bedürfnisse völlig außer Acht“

Einen weiteren Knackpunkt sehen die Tiroler in den absehbaren Entscheidungen bei den Versorgungsstrukturen, die 1:1

von Wien auf die Bundesländer übertragen werden sollen. Die Bedingungen für Patienten seien in Wien gänzlich anders als bei uns. Durch das umfangreiche Verkehrsnetz in der Bundeshauptstadt wären Ärzte, Ambulanzen und Spitäler weitaus einfacher zu erreichen als in Tirol. „Dass ein Bewohner eines Bergdorfes um sechs Uhr in der Früh aufsteht, um nach Innsbruck zu einer Untersuchung zu fahren und dann irgendwann am späten Nachmittag endlich wieder zu Hause ist, kann man in der heutigen Zeit nicht mehr verlangen“, so TGKK-Obmann Huber. Tirol stelle mit seiner Geografie problematische Bedingungen. Als Beispiel führt er die Anschaffung eines MRI-Gerätes für Reutte an: Von der Bevölkerungsdichte her war diese finanzielle Aufwendung eigentlich nicht gerechtfertigt, aufgrund der Lage befand man den Kauf jedoch für sinnvoll. Außerdem hat die TGKK mit den grenznahen deutschen Gemeinden einen Kooperationsvertrag abgeschlossen.

„Je weniger Einfluss die TGKK ausüben kann, desto weniger werden die regionalen Bedürfnisse berücksichtigt“, warnt Michael Huber vor zentralistischen Entscheidungen aus Wien. Auch die Umverteilung der Patientenstrukturen konzentrieren die Arbeit in der Wiener Zentrale. Geplant ist, die Beiträge der Arbeitnehmer von Großfirmen mit Landesfilialen nicht mehr wie bisher in den Bundesländern einzuheben, sondern jeweils von der Gebietskrankenkasse der Stadt, in der die Zentrale liegt. Damit würden die Beiträge von rund 31.000 Arbeitgebern aus Tirol großteils nach Wien fließen. Leistungen wie das Krankengeld muss jedoch weiterhin zunächst die Kasse des Bundeslandes

erbringen, in der der jeweilige Mitarbeiter arbeitet. Die Kosten erhält die Landeskasse dann von der Zentrale refundiert. „Es ist bisher nicht geklärt, wann diese Beträge zurückbezahlt werden. Immerhin handelt es sich hier um 50 bis 55 Millionen Euro im Jahr. Wenn diese Kosten nicht schnellstmöglich rückerstattet werden, entstehen den Bundesländerkassen wiederum enorme Defizite“, führt Michael Huber aus.

Knackpunkt Ärzteverträge

Den Ärger der Ärzte über die geplante Gesundheitsreform kann der Tiroler Gebietskrankenkassen-Obmann gut nachvollziehen. Seiner Ansicht nach sind die Beiträge für die Arztleistungen in den letzten Jahren „moderat“ angestiegen. Den Entwurf der Regierung, Kassenverträge nur für fünf Jahre zu vergeben, sieht er auch als Qualitätsverlust in der Versorgung. Allerdings wollte die Tiroler Gebietskrankenkasse bereits seit Jahren ein Ausstiegsrecht aus den Kassenverträgen. Bisher regelte der Paragraf-2-Vertrag, dass Kassenverträge nicht kündbar sind, es sei denn, der Arzt hat sich eines schwerwiegenden Deliktes gegen die ärztliche Berufsethik schuldig gemacht. Die Festsetzung von Qualitätskriterien für die Arztverträge sieht Huber daher durchwegs positiv. Kritisch steht er dem Vorschlag gegenüber, dass die Kassenverträge jeweils nur für fünf Jahre ausverhandelt werden und danach einer Rezertifizierung bedürfen. „Größere Investitionen in der Praxis sind unter diesen Umständen schwer finanzierbar“, warnt er vor einem Qualitätsverlust, wenn die Ärzte ihre Praxen nicht mehr auf den Stand der Technik bringen.

Dieser Punkt der Gesundheitsreform bringt aber vor allem die Ärzteschaft auf die Barrikaden. Dr. Artur Wechselberger warnt: „Hier handelt es sich um einen massiven Angriff auf die Versorgungslandschaft in unserem Land und auf den Gesamtvertrag. Bis jetzt verhandelten Gebietskrankenkassen und Ärztekammern als gleich starke Partner. In den Verträgen wurde die komplette Struktur festgelegt: Krankmeldungen, Ordinationszeiten, örtliche Verteilung der Ärzte, Honorare, Leistungen.“ Das Modell der Gesundheitsreform erlaube jetzt der Gebietskrankenkasse, Einzelverhandlungen zu führen, wenn kein Gesamtvertrag zustande kommt. Das bedeute einen wesentlichen Machtzuwachs der Kassen. „Im Prinzip können nun die Kassen die Bedingungen bestimmen“, erzürnt sich Wechselberger. „Ein Arzt kann nicht unter Druck arbeiten.“

Um ihren Forderungen Nachdruck zu verleihen, schlossen die Ärzte ihre Ordinationen. Wird die Zahl der Vertragsärzte ausgedünnt, werden die Spitalsambulanzen stärker frequentiert. Damit verschieben sich die Kosten in den intramuralen Bereich, bleiben aber gleich.

Als Freiberufler muss er die Chance haben, ohne große Angst arbeiten zu können, was der bisherige Kassenvertrag erlaubt. "Investitionen für eine Kassenpraxis zu tätigen, sei mit einem Fünf-Jahres-Vertrag kaum möglich. „Kassenordinationen müssen ganz andere Anforderungen erfüllen als Privatordinationen. Der Arzt benötigt mehr Personal, mehr Instrumente, größere Räumlichkeiten. Diese Investitionen sind gegenüber der Bank schwer argumentierbar, wenn der Kassenvertrag nur auf fünf Jahre läuft.“ Als Folge sieht der Präsident der Tiroler Ärztekammer weniger Investitionsbereitschaft bei den Ärzten, was den Patientenstrom in Richtung öffentliche Ambulanzen lenken würde. Somit verlagern sich die Gesundheitskosten in Richtung Spitäler und Ambulanzen. Dieser sogenannte „intramurale“ Bereich ist in der Gesundheitsreform 2008 überhaupt nicht involviert. Denn die Spitäler haben bereits 2007 die 15a-Vereinbarung mit Kassen und Gesundheitsausschuss ausgehandelt, der die Finanzierung der Spitalskassen bis 2013 regelt. Dr. Artur Wechselberger prophezeit, dass diese Gelder nicht ausreichen werden, wenn weniger niedergelassene Ärzte ordinieren. „Es wäre blauäugig zu glauben, dass Einsparungen im niedergelassenen Bereich keine Auswirkungen auf die Spitäler haben sollten. Diese Einrichtungen sind korrespondierende Gefäße. Ich sehe nach dieser „Reform“ eine absolute Verlagerung der Kosten in Richtung Spitäler und damit erhebliche Mehrbelastungen für die öffentliche Hand.“

Aut idem- echte Kostensenkung oder Verunsicherung der Patienten?

Der Präsident der Tiroler Ärztekammer befürchtet durch die Gesundheitsreform insgesamt auch negative Auswirkungen auf das Ärzte-Patienten-Verhältnis. Vor allem die aut-idem-Regelung verunsichere derzeit die Bevölkerung extrem. Die geplante Verordnung setzt bei den hohen Medikamentenkosten an. „Im Jahr 2008 werden die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung für Medikamente erstmals die drei Milliarden-Euro-Grenze überschreiten“, erklärt Kassen-Hauptverbandsvorsitzender Erich Lamminger. Von der Wirkstoffverschreibungs-Regelung, bei der mehr Generika zum Einsatz kommen sollen, erwartet sich die Regierung ein Einsparungspotenzial von 35 bis 50 Millionen Euro im Jahr. Passend präsentierte Gesundheitsministerin Dr. Andrea Kdolsky Anfang Juni eine Informationsoffensive zu Generika, mit der man der Verunsicherung in der

Bevölkerung entgegentreten will. Mit der aut-idem-Regelung hat der Arzt künftig drei Möglichkeiten, eine Verschreibung durchzuführen. Erstens: Er verschreibt den Wirkstoff. Zweitens: Er verordnet ein Präparat, wobei der Apotheker die Möglichkeit hat, ein anderes, günstigeres Präparat – ein Generikum – mit dem selben Wirkstoff abzugeben. In diesem Fall kann der Patient mit Aufzahlung das vom Arzt vorgesehene Medikament erhalten. Bei medizinisch begründeter Verschreibung muss im dritten Fall der Apotheker genau das Medikament ausgeben, das der Arzt verschrieben hat. Kritiker betonen, dass die Wirkstoffverschreibung bisher bereits durchgeführt wird und eigentlich keine Neuerung ist. Zudem sind nur 60 bis 100 von den im Erstattungskodex enthaltenen 1.000 Wirkstoffen in der Regelung enthalten. Die Ausnahmeregelungen betreffen vor allem die Patienten, deren Medikamente den Großteil der Verschreibungen ausmachen: Chronisch Kranke, etwa mit Herz-, Blutdruck-, Fettstoff- und Zuckerkrankungen. Dr. Artur Wechselberger geht daher davon aus, dass die Einsparungen weit weniger als die angepeilten 35 Millionen Euro ausmachen werden.

„Vor allem geht man hier von dem erfolgreichen Weg der Individualität in der Patientenbehandlung ab. Der Arzt verschreibt ja aus seiner Erfahrung mit dem Patienten heraus ein Medikament. Mit der aut-idem-Regelung untergräbt man auch dieses Patienten-Arzt-Verhältnis. Der Patient hat es mit der neuen Regelung nicht einfacher. Außerdem kann es Probleme in der Einnahme und der Compliance geben“, fürchtet der Innsbrucker. Außerdem missachte der Gesetzesentwurf die „soft facts“ in der Patientenbetreuung. „In der Apotheke sind Datenschutz und Intimität des Patienten schwierig handzuhaben. Weiters kann der Apotheker die Nebenwirkungen kaum abschätzen, da er nicht weiß, welche

anderen Medikamente der Patient einnimmt. Mit aut-idem verschiebt sich die Verantwortung und die Haftung auf den Apotheker“, betont Wechselberger.

Kommt die Patientenquittung?

Die eingesparten Millionen bei den Medikamentenkosten würden ohnehin mehr oder weniger wieder für die Einrichtung der Voraussetzung für die Patientenquittung aufgewendet, meint Dr. Wechselberger. „Die Patientenquittung ist ein Instrument, um für die Patientinnen und Patienten Transparenz zu schaffen. Idee der Patientenquittung ist es, dass die/der Versicherte nach jeder Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung einen Nachweis darüber erhält, der auch die Kosten ausweisen soll“, beschreibt Gesundheitsministerin Kdolsky in der Presseaussendung zur Gesundheitsreform diese geplante Maßnahme. Die Ärzte sehen durch die Ausgabe eines Leistungsnachweises nach jeder Behandlung einen enormen Personal- und Papieraufwand. Zudem müsste ein Großteil der Praxen erst auf das neue System umrüsten. Investitionen von 20 Millionen Euro würden damit auf die Ärzte zukommen. Laut Wechselberger



ab € 39,-

HAARentfernung

- für Sie und Ihre effektiv
- komfortabel
- nebenwirkungsfrei
- schnelle und sichtbare Erfolge

Endlich dauerhaft frei von lästiger Körperbehaarung

BEAUTY STUDIO HOHENAUER
 Achenseestraße 33 · 6200 Jenbach
 Tel. 05244/64857 · www.hohenauer.com

Beauty Studio
 HAAR & SKIN



Dr. Thomas Schubert,
Unternehmensberater im
Gesundheits- und Sozial-
bereich: „Systemkosmetik
und und ein uneffektiver
Schnellschuss ins Ofenrohr
des österreichischen Gesund-
heitswesens“.

sollte allerdings die Regierung für diese Zusatzkosten aufkommen. Möglicherweise könnten auch die Krankenkassen diese Leistungsnachweise für den Patienten vierteljährlich (statt bisher einmal im Jahr) den Patienten zuschicken. Ob dieser Kontrollmechanismus von den Patienten angenommen wird, ist allerdings fraglich, so die Kritiker dieses Modells. „Wer kriedet im Fall schon gern seinen Arzt an, wenn er weiß, dass er in der kommenden Woche wieder zu ihm in die Ordination muss“, weiß Dr. Thomas Schubert, Unternehmensberater im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen in Wien.

„Neustruktur statt Systemkosmetik“

Als vierte wesentliche Maßnahme der Gesundheitsreform leistet die Bundesregierung zur Entschuldung der finanzschwachen Sozialversicherungsträger einen Betrag von insgesamt 450 Mio. Euro. Zusätzlich erhalten die Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen beginnend mit dem Jahr 2008 an Stelle einer pauschalierten Abgeltung der Vorsteuerbeträge eine 1:1-Abgeltung der einschlägigen Vorsteuerbeträge. „Mit diesem ganz konkret erarbeiteten Vorschlag zur Sanierung und Finanzierung unseres Gesundheitssystems wollen wir mit allen Beteiligten einen Weg gehen, mit dem sich die wichtigen und hohen Zielsetzungen des österreichischen Gesundheitswesens optimal realisieren lassen“, skizzierte WKÖ-Präsident Christoph Leitl bei der Präsentation des Konzeptes die Absicht der Sozialpartner. „Um dramatischen Entwicklungen und Defiziten bei den Gebietskrankenkassen in Milliarden-Höhe entgegenzusteuern sind dramatische Vereinfachungen notwendig. Wir wollen eines der weltbesten Gesund-

heitssysteme beibehalten, aber den hohen Aufwand nicht durch höhere Beiträge, sondern durch eine bessere, effizientere Verwendung des Geldes finanzieren und gewährleisten“, so Leitl.

Ein Wunschdenken oder doch ein wirklich umsetzbares Modell für unser Gesundheitssystem? Dr. Thomas Schubert beobachtet als Unternehmensberater für den Gesundheits- und Sozialbereich seit mehr als 20 Jahren die Entwicklung der Gesundheitspolitik in Österreich. Er warnt davor, dass man „erst später und relativ leidvoll erleben wird, dass hier wieder ein wenig koordinierter Schnellschuss ins Ofenrohr des österreichischen Gesundheitssystems erfolgte. Verlierer sind alle Beteiligten, die die Verwirrungen und den Mehraufwand kurz- bis mittelfristig tragen müssen: Patienten, Ärzte, Therapeuten, Abrechnungsverantwortliche in den Kassen etc.“ Die mittlerweile wieder abgeschafften Ambulanzgebühren sind ein typische Beispiel für politische Eingriffe im Schnellschussverfahren.

Seiner Meinung nach tritt das österreichische Gesundheitssystem seit über 25 Jahren auf der Stelle. „Die erste Hürde in der Diskussion besteht darin, dass sich alle vor der Gesundheitsdebatte fürchten. Kein Politiker sagt, welchen Gesundheitszustand die Regierung bezahlen will oder kann. Ohne klare Ziele sind diverse suboptimale Ansätze argumentierbar. Die Politik scheut sowohl vor unpopulären Maßnahmen als auch vor der ethischen Diskussion zurück.“ Fakt sei jedoch, dass durch die demografische Entwicklung immer höhere Gesundheitskosten entstehen. Der durchschnittliche Österreicher verbrauche 50 Prozent aller Lebens-Gesundheitskosten in den letzten beiden Lebensjahren. Gleichzeitig werden die medizinischen Leistungen immer besser.

Heute sind Krankheiten behandelbar, die vor Jahren zum Tod führten. Gerade diese Therapieformen sind mit hohen Kosten verbunden. Auch die Patienten fordern ihre „Rechte“ ein: Sie nützen diverse diagnostische Alternativen, die Möglichkeiten, niedergelassenen Arzt und Ambulanzen parallel zu besuchen, erwarten vom Arzt die Verschreibung von neuesten Medikamenten und Therapien, so Dr. Schubert. Dabei stehen die Einzahlungsbeträge oftmals in keinem Verhältnis zu den entstehenden Kosten im Gesundheitssystem. „Wir Österreicher glauben immer noch, dass uns für die paar Hundert Schilling, die wir früher einbezahlt haben, jede erdenkliche Therapieform zusteht“, bringt der gebürtige Innsbrucker die „typisch österreichische Haltung“ auf den Punkt. „Zudem“, so merkt er an, „leben wir auch keineswegs gesundheitsförderlich.“ Die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben klappe damit immer weiter auseinander: „Wir verzeichnen zudem demografische Zuwachsraten von vier bis fünf Prozent, insbesondere in hohen Altersstufen und Risikogruppen, aber nur eine jährliche Steigerung der Nettoproduktivität von etwa einem Prozent.“

Österreichischer Luxus im Gesundheitssystem

Weiters kritisiert der Gesundheitsexperte das duale System in der Finanzierung von Leistungen. Aus seinen Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen weiß Dr. Schubert zu berichten, dass einige niedergelassene Ärzte ihre Patienten in klinische Ambulanzen schicken, wenn das „Krankenkassenbudget“ für das Quartal ausgeschöpft ist. „Die intra- und extramuralen Einrichtungen bilden zwei isolierte Blöcke, die suboptimale Parallelitäten bilden. Aufgrund dieses ungefilterten Systems können Patienten mit dem gleichen Symptom heute zu mehreren Versorgungseinrichtungen (intra- und extramural) gehen und mehrfach Leistungen beanspruchen – und erhalten wahrscheinlich auch deutlich unterschiedliche Therapien. Solange der Staat hier nicht ein Zielsystem bzw. ein Regulator vorgibt, könnte jeder Systempartner frei arbeiten und relativ unkoordiniert Geld abschöpfen“, kritisiert Dr. Schubert. Die gleiche Problematik sieht er bei der Verschreibung von Medikamenten. Milliardensummen verkommen ungenutzt in den österreichischen Nachtkästchen, auch weil Ärzte Verschreibungen mit zu geringer kritischer Hinterfragung von anderen Medikamentengaben erfolgen würden, so der Unternehmensberater. „Diese

doppelten Strukturen in Österreich sind ein absoluter Luxus. Vor einigen Jahren hatten wir 36 Sozialversicherungsträger, heute sind es immer noch 26, eigentlich viel zu viele. Auch bei den Spitälern könnten 25 bis 30 Häuser durch günstigere alternative regionale Versorgungsmodelle eingespart werden. Wir können es uns nicht leisten, weiterhin bei der gleichen Diagnose mehrere Möglichkeiten anzubieten, sondern müssen alle Leistungspartner in ein Boot bzw. ein koordiniertes, effektives System holen. Aber es traut sich scheinbar niemand, zu rationalisieren.“ Den Österreichern, so meint der Gesundheitsexperte, fehle die realistische Einschätzung der Situation. Mit dem derzeitigen Vorschlag der Gesundheitsreform würden die Wirtschaftskammer und der Hauptverband den anderen Leistungspartnern ein Modell aufzwingen, ohne sie in den Entscheidungsprozess einzubinden. „Durch den Konfrontationsansatz entstehen automatisch widerstreitende Blöcke und somit Mehrkosten. Und in zwei Jahren wird sicherlich wieder über das gleiche Thema diskutiert werden. Dieses typisch österreichische Verdrängen der eigentlichen Problematik wird uns in 20, 30 Jahren auf den Kopf fallen. Ich fürchte

mich heute schon davor, dass meine Kinder zu mir sagen werden: Wie konntet ihr das zulassen?“

Dr. Thomas Schubert plädiert daher für einen völligen Umbau der Struktur und Finanzierung des Gesundheitssystems: „Dies ist meiner Meinung nach seit langem erforderlich. In den jetzigen Vorschlägen ist dies jedoch nicht klar erkennbar. Und die Politiker werden sich hüten, unpopuläre Maßnahmen wie Beitragserhöhungen bei den Krankenkassen oder eine effektive Zusammenführung der intra- und extramuralen Versorgungsstrukturen vorzuschlagen“, befürchtet Dr. Thomas Schubert, dass eine echte Systemkorrektur auch in den nächsten Jahren nicht zustande kommen wird.

Open end für die Gesundheitsreform

Nun ist das Parlament am Zug, die Maßnahmen der Gesundheitsreform zu beschließen oder abzulehnen. Der entsprechende Antrag steht am 19. Juni auf der Tagesordnung. Die Ärztekammer hofft darauf, die Parlamentarier für ihre Einsprüche hellhörig gemacht zu haben. Die massiven Einwände der Ärzte und die Kritik auch aus den politischen Reihen

veranlasste sogar Bundeskanzler Dr. Alfred Gusenbauer zu einem Appell, die Reform nochmals mit allen Beteiligten zu diskutieren. Von diesen erwartet sich allerdings jede Fraktion, dass ihre Position siegt. Stellt sich die Frage: Was passiert eigentlich, wenn die Gesundheitsreform wie vorgeschlagen beschlossen wird? Dr. Artur Wechselberger kündigt noch weitere Schließtage an, um den Forderungen der Ärztekammer Nachdruck zu verleihen. Sollte auch das Parlament dem Entwurf zustimmen, müssen Ärzte und andere Kritiker den Beschluss akzeptieren. Ist das Gesundheitssystem in Österreich dann massiv bedroht? „Die Ärzte werden versuchen, weiterhin so zu arbeiten, dass die Patienten keinen Schaden nehmen“, erklärt Dr. Artur Wechselberger. Allerdings hofft er auf ein Einlenken der Bundesregierung. „Der Bund hat jetzt Geld und könnte dieses in das Gesundheitssystem investieren.“ Die vorgeschlagenen Maßnahmen werden die derzeitigen Defizite nicht beseitigen, sondern nur verlagern, fürchtet er. „Die Gesundheit ist das wichtigste Gut in unserer Gesellschaft. Deshalb muss man sich zehnmal überlegen: Wenn ich an dem einen Ende drehe, was passiert dann mit dem anderen?“ ■



Lecker essen in Innsbruck – fast wie selbst gekocht!

Unsere freundlichen Mitarbeiter bringen Ihnen ein gesundes und schmackhaftes, Drei-Gang-Menü in Ihre Wohnung. Täglich frisch zubereitet, aus hochwertigen vorwiegend Tiroler Lebensmitteln, kredenzt auf Porzellan.



Innsbrucker Menu Service

Wählen Sie Menü, Diätform und Zustelltag. Senioren, Pflegebedürftige und körperlich Beeinträchtigte speisen Dank Zuschuss der Stadt besonders günstig. Informationen unter Tel. 0512/93 00 33 777

ISD
Innsbrucker Soziale Dienste

SICHER ZU HAUSE!

Die Hauskrankenpflege und Heimhilfe der Innsbrucker Soziale Dienste GmbH ermöglicht vielen Menschen der Landeshauptstadt ein **eigenständiges Leben** und Wohnen zu Hause. Bestens **ausgebildete Mitarbeiter** kümmern sich einführend um **das Wohl** von pflegebedürftigen Mitmenschen.



Für Fragen und Auskünfte steht unser Servicetelefon unter 0512/53 31 Mo-Do 8.00-17.00 Uhr, Fr 8.00-12.00 Uhr zur Verfügung, www.isd.or.at

ISD
Innsbrucker Soziale Dienste

am tivoli
café restaurant



Adele Obermayer-Strasse 14
6020 Innsbruck
Tel 0512/93001-5111
info@amtivoli.com
www.amtivoli.com

Innsbrucks neues Café Restaurant

lunch am tivoli
der Mittagstisch für Menschen mit Geschmack

kaffee am tivoli
die gemütliche Pause zwischendurch

dinner am tivoli
heimische Kost stilvoll genießen

feiern am tivoli
der besondere Rahmen für Ihr Fest

