



GESUNDHEITSPOLITIK

Positionen der KPÖ Steiermark

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	3
A. Grundsätzliches	4
1. Den Menschen in seiner Gesamtheit betrachten	4
2. Die Gesundheitskosten sind nicht explodiert.....	4
3. Welches Gesundheitssystem brauchen wir?	4
B. Gesundheitssysteme in Europa – ein Vergleich	7
1. Österreich	8
2. Niederlande.....	10
3. Schweden	11
4. Schweiz.....	13
C. Finanzierung des Gesundheitssystems	15
1. Kostenvergleich Europa.....	15
2. Österreich.....	16
3. Europatrend „Mehr privat, weniger Staat“	16
4. Europatrend „Wettbewerb“	18
5. Europatrend „Eigenverantwortlichkeit“	19
6. Zweiklassenmedizin.....	19
7. Krankenkassen.....	20
8. Dauerhafte Finanzierung des Gesundheitssystems	22
D. Gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen und gerechte Verteilung von Ressourcen.....	24
E. Primärversorgung.....	25
1. Definition	25
2. Derzeitige Situation	25
3. Gesundheitsreformumsetzungsgesetz/Primärversorgungsgesetz	27
4. Bewertung	29
5. Forderungen	30
F. Fachärzte	31
1. Derzeitige Situation	31
2. Pläne der Regierung	32
3. Forderungen.....	32
G. Ambulante psychiatrische Versorgung.....	32
H. Medizinisch-chirurgische Versorgungszentren	33
I. Spitäler.....	34

1.	Spitäler – Teil der regionalen Identität.....	34
2.	Finanzierung der Spitäler.....	37
3.	Ambulanzen.....	40
4.	Forderungen.....	41
J.	Ärztmangel/Personalmangel.....	41
1.	Zahlen, Daten, Fakten.....	41
2.	Ursachen.....	42
3.	Forderungen.....	43
K.	Pharmaindustrie.....	46
L.	Telemedizin.....	47
M.	Fazit.....	48
1.	Allgemein.....	48
2.	Finanzierung.....	48
3.	Versorgung im niedergelassenen Bereich.....	49
4.	Spitäler.....	51
5.	Demokratisierung.....	51
6.	Ausbildung, Berufsleben.....	51

Abkürzungsverzeichnis

24h/7d	24 Stunden täglich, 7 Tage pro Woche
Allg. KH	Allgemeines Krankenhaus
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
EHCI	Euro Health Consumer Index Report
EW	EinwohnerInnen
FA	Facharzt/Fachärztin
FAZ	Facharztzentrum
FLAF	Familienlastenausgleichsfonds
GKK	Gebietskrankenkasse
GuKPfl	Gesundheits- und Krankenpflege
HA	Hausarzt
kkb	kaufkraftbereinigt
KH	Krankenhaus
NL	Niederlande
MRT	Magnetresonanztherapie
MVZ	medizinisches Versorgungszentrum
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PPP	Private Public Partnership
PVZ	Primärversorgungszentrum
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
Stmk.	Steiermark
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WKO	Wirtschaftskammer Österreich

A. Grundsätzliches

1. Den Menschen in seiner Gesamtheit betrachten

Gesundheit ist laut Weltgesundheitsorganisation „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ Diese Definition macht klar, dass unsere Gesundheit von vielen Faktoren abhängt. Körperliche, seelisch-geistige und materielle Faktoren bestimmen unser Wohlbefinden. Unsere Gene, sowie das Leben in einer intakten Umwelt, der Zugang zu frischen und gesunden Lebensmitteln, die Wohnsituation, die Qualität unserer sozialen Beziehungen, unser Selbstwertgefühl wie auch unsere Arbeitsbedingungen und unsere soziale Lage beeinflussen unsere Gesundheit. Ein weiterer wichtiger positiver Einflussfaktor ist auch die Bereitstellung der Möglichkeit, dass jeder Einzelne die Fähigkeit entwickeln kann, individuell, selbstverantwortlich und selbstbestimmt über das angebotene Heil- und Hilfsangebot der bestehenden Gesundheitsdienste mitzuentcheiden, denn es geht immer im Einzelfall um den ganz persönlichen Gesundheitsanspruch. Fortschrittliche Medizin muss den Mensch und sein gesamtes Umfeld betrachten und diesbezüglich auch beraten. Gesundheitspolitik ist gleichzeitig auch Umweltpolitik, Sozialpolitik und der Kampf um eine menschengerechte Arbeitswelt.

2. Die Gesundheitskosten sind nicht explodiert

Wer kennt nicht das Lied von den explodierenden Gesundheitsausgaben? Aber stimmt es auch? Viele Milliarden fließen in unser Gesundheitssystem. Von diesen Ausgaben kommt aber nur ein Teil aus dem Steuertopf. Rund ein Viertel der Ausgaben sind private Gesundheitsausgaben wie Selbstbehalte oder Privat-Versicherungen. Der Anteil der öffentlichen Hand an den Gesundheitsausgaben ist relativ stabil: 1998 betragen die Ausgaben für das gesamte Gesundheitswesen 13,8 Prozent der Staatsausgaben; 2015 lag der Prozentsatz bei 15,5 Prozent, also um 1,8 Prozent höher als 1998. Die laufenden Gesundheitskosten ohne Langzeitpflege machten im Jahr 2000 8,0 % des BIP aus, 2010 waren es 8,6 % des BIP und 2015 8,8 %. (Quelle: Statistik Austria).

Nicht die Ausgaben für das Gesundheitssystem sind explodiert, sondern die öffentliche Hand tut sich immer schwerer, die Mittel dafür aufzubringen. Warum? Österreich ist eines der reichsten Länder der Welt. Österreich ist in den letzten Jahrzehnten aber auch zum Steuerparadies für Reiche und Konzerne verkommen. Unser Land ist Schlusslicht bei der Vermögensbesteuerung. Kapital wird immer geringer, Arbeit immer höher besteuert. Das Bankenhilfspaket und der Euro-Rettungsschirm haben die Lage noch verschärft. Nun fehlen diese Milliarden in der Staatskasse. Und Konzerne machen bereits ein Riesengeschäft mit privaten „Gesundheitsprodukten“, das sie gerne ausbauen würden. Deshalb der Angriff auf unser Sozial- und Gesundheitssystem.

3. Welches Gesundheitssystem brauchen wir?

Natürlich ist es legitim, über Veränderungen im Gesundheitssystem, im niedergelassenen Bereich und bei den Spitälern nachzudenken. Wenn als Ziel aber lediglich festgelegt wird, Geld einzusparen, dann wird am Ende nur ein Kürzungs- und Zerschlagungspaket herauskommen. Das ist eine falsche Herangehensweise. Das Ziel einer echten Reform muss es sein, das Gesundheitssystem zu verbessern. Wenn am Ende einer offenen demokratischen Diskussion herauskommt, dass bestimmte

Änderungen auch zu Einsparungen führen – umso besser. Aber nicht die Einsparung, sondern die Verbesserung muss das Ziel einer Reform sein.

Ein funktionierendes Gesundheitssystem, das allen Menschen eines Landes, unabhängig von ihrem sozialen Status und Einkommen, Zugang zu hochwertiger medizinischer Versorgung garantiert, ist eine Errungenschaft, deren Wert gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Die Schaffung und Erhaltung eines solchen Gesundheitssystems ist Kernaufgabe des Staates.

Schon Selbstbehalte und Rezeptgebühren in der bestehenden Form bedeuten eine Aushöhlung des solidarischen Gesundheitssystems, denn die Höhe der Rezeptgebühr und des Selbstbehaltes sind in der Regel¹ einkommensunabhängig, wodurch einkommensschwache Menschen, deren Gehalt knapp über der Grenze der Rezeptgebührenbefreiung liegt, überproportional viel einzahlen müssen, was genau für diese angesprochene Gruppe sehr oft existenzbedrohliche Zustände zur Folge hat, wenn sie schwerer erkranken. Im Gegensatz dazu stellen der Selbstbehalt und auch die Rezeptgebühr für Besserverdienende keine große Belastung dar.

Die Zahl der Wahlärzte ist exorbitant gestiegen. PatientInnen sehen sich konfrontiert mit immer längeren Wartezeiten für kassenärztliche Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen. Wer es sich leisten kann, zahlt für die nötigen medizinischen Leistungen privat und wird bevorzugt behandelt.

Doch die Forcierung der Zweiklassenmedizin und die Förderung privater Strukturen und Gewinnmöglichkeiten im Gesundheitswesen stellen die Bankrotterklärung der Gesundheitspolitik dar. Sie schadet der Gesundheit der Bevölkerung und ist im Ergebnis teurer. Privatisierungen im Gesundheitssystem sind unsolidarisch, ungerecht und schaden gerade den Menschen, die den freien Zugang zu medizinischen Leistungen am dringendsten brauchen.

Die Gesundheit ist eng mit der sozialen Situation verknüpft. Arme Menschen leiden zwei- bis dreimal häufiger an Herz-Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, Schlaganfall, Diabetes mellitus oder chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen und psychischen Erkrankungen. Ihre Lebenserwartung ist um bis zu elf Jahre geringer als jene von Wohlhabenden. Zudem variiert der Anteil der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre deutlich, je nach Einkommenssituation. Und die Schere geht immer weiter auseinander, da die Lebenserwartung für die wohlhabenden Menschen in jedem Jahr stärker steigt als für die ärmeren Menschen. Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung sind auch volkswirtschaftlich relevant, führen die unterschiedlichen Pensionsbezugsdauern von einkommensschwachen und einkommensstarken PensionistInnen doch zu einer Umverteilung von unten nach oben im System der gesetzlichen Pensionsversicherung.²

Gesundheitspolitik bedeutet daher nicht nur medizinische Versorgung, Prävention oder Kampf gegen Tabak und Alkohol. Der Zusammenhang zwischen Gesundheit, Arbeits- und Wohnbedingungen, sozialem Status und Umweltbedingungen muss von der Politik wahrgenommen werden. Doch soziale Ungleichheit, Armut, berufliche Unsicherheit und Prekariat, mangelnder Zugang zu Bildung, fehlende Unterstützung in schwierigen Lebenslagen, unsichere oder schlechte Wohnsituation, beeinflussen den Gesundheitszustand ebenso wie schlechte Luft, Schadstoffe in der Atemluft, hormonaktive Substanzen im Wasser, Pestizide und Antibiotika in der Nahrungsmittelproduktion, die Ernährung in Schulen und Kantinen.

¹ Ausgenommen zB der Selbstbehalt für Kuraufenthalt, der einkommensabhängig ist.

² <https://de.m.wikipedia.org/wiki/Lebenserwartung>; <http://daserste.ndr.de/panorama/archiv/2017/Lebenserwartung-Wer-wenig-hat-ist-frueher-tot,armreich106.html>.

Gesundheitspolitik bedeutet daher auch Kampf gegen die wachsende soziale Ungleichheit, gegen die ungleiche Verteilung von Einkommen und Vermögen, gegen unsichere Lebens- und Arbeitsbedingungen, gegen Kinderarmut.

Marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitssysteme richten ihr Versorgungsangebot nicht primär nach dem Bedarf, sondern nach den Profitchancen aus. Anbieter lassen sich vermehrt dort nieder, wo wohlhabende Privatversicherte leben. Doch in einem solidarischen Gesundheitssystem muss sich die Versorgung an der Alters- und Gesundheitsstruktur der Bevölkerung ebenso ausrichten wie an deren Mobilität und sozialen Struktur. Das bedeutet, dass gerade in den unterversorgten ländlichen Gebieten und den sozialen Brennpunkten der Ballungszentren allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung, aufsuchende Gesundheitsdienste und psychosoziale Dienste angesiedelt werden müssen.

Spitäler sind nicht nur Teil der regionalen Identität, sie sind auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor in den Regionen. Sinnvolle Spezialisierungen einzelner Kliniken sind die eine Seite der Medaille. Die andere ist die Aufrechterhaltung der allgemeinen chirurgischen und internen Versorgung und der Geburtshilfe in der gesamten Steiermark.

Der Lobbyismus von Gesundheitsökonomien für Auslagerungen und Privatisierungen darf im Gesundheitsbereich nicht Fuß fassen und Vorgabe für politische Entscheidungen werden. Auch Lehre und Forschung müssen wieder vom wachsenden Einfluss profitorientierter Pharmakonzerne und privater Interessen befreit werden.

Die Arbeitssituation im Gesundheitswesen darf nicht immer mehr ökonomisiert werden. Arbeitsdruck, Personaleinsparungen und betriebswirtschaftliche Zwänge setzen MedizinerInnen und Pflegende immer mehr unter Druck. Viele leiden darunter, ihren Beruf nicht so qualitativ ausüben zu können, wie sie es sich wünschen und bezahlen nicht zuletzt mit ihrer eigenen Gesundheit für die immer stärker geforderten Effizienzsteigerungen. Für die PatientInnen sind diese Tendenzen jedenfalls gefährlich: Schätzungen zufolge sterben in Österreich jedes Jahr 1.900 Menschen durch Behandlungsfehler, fast fünfmal so viele wie durch Verkehrsunfälle. Fehler, die auch passieren, weil der Kostendruck auf das Personal steigt und immer weniger Personal zu Verfügung steht.³ Einer von zehn Patienten ist von Nebenwirkungen medizinischer Behandlung betroffen, mehr als zehn Prozent der Spitalsaufenthalte dienen dazu, diese Schäden wieder zu korrigieren.

Wir brauchen ein modernes, qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem, das den Menschen in seiner Gesamtheit betrachtet, für alle Menschen zugänglich und erreichbar ist und sich nach den Bedürfnissen der Menschen richtet. Wir brauchen keine Geschäftemacherei im Gesundheitsbereich, keine Privatisierung der Gesundheitsversorgung und keine Superprofite von Pharmaindustrie und Gesundheitskonzernen. Ein modernes Gesundheitssystem muss auch den Bereich der Pflege und der psychischen Gesundheit miteinschließen.

³ <http://derstandard.at/1389858397517/Tot-durch-Behandlungsfehler>.

B. Gesundheitssysteme in Europa – ein Vergleich

Laut dem Euro Health Consumer Index Report 2016⁴ (EHCI 2016) hat sich die Gesundheitsversorgung in ganz Europa verbessert: Mit 768 von möglichen 1.000 Punkten konnte Frankreich 2005 noch den ersten Platz erreichen, 2016 reichten 763 Punkte für Portugal nur mehr für den 14. Platz.

Die Reihung laut EHCI 2016:

	Gesamtwertung (Punkte)	Kosten pro Kopf	Qualität	Gleicher Zugang für alle
1	Niederlande (927)	Luxemburg	Niederlande, Schweiz, Norwegen, Island, Deutschland, Finnland	Niederlande, Schweden
2	Schweiz (904)	Schweiz	Schweden	Norwegen, Island, Finnland, Dänemark
3	Norwegen (865)	Norwegen	Frankreich, Luxemburg, Slowenien	Belgien, UK
4	Belgien (860)	Schweden	Belgien, Portugal, UK, Irland	Luxemburg, Tschechien, Kroatien
5	Island (854)	Niederlande	ÖSTERREICH , Tschechien, Estland, Spanien	ÖSTERREICH
6	Luxemburg (851)	Deutschland	Italien	Schweiz, Frankreich, Estland, Spanien
7	Deutschland (849)	ÖSTERREICH		
8	Finnland (842)	Dänemark		
9	Dänemark (827)	Frankreich		
10	ÖSTERREICH (826)	Belgien		
11	Frankreich (815)	Island		
12	Schweden (786)	Irland		
13	Tschechien (780)	Finnland		
14	Portugal (763)	UK		
15	UK (761)	Italien		

⁴ Erstellt von Health Consumer Powerhouse, Schweden.

1. Österreich

a) *Allgemeine Daten:*

- 8,7 Mio. Einwohner (104/km²)
- BIP/EW: 42.957 Euro kaufkraftbereinigt (kkb)
- Anteil der gesamten Gesundheitskosten am BIP: 11,1 % (incl. Langzeitpflege und Investitionen, öffentlich und privat), davon 75 % öffentlich finanziert.
Anteil der öffentlichen laufenden Gesundheitskosten am BIP: 6,6% (ohne Investitionen und Langzeitpflege).
- 487 Ärzte pro 100.000 EW (zweithöchster Wert in Europa), davon 159 Allg.Med., 15 Kinderärzte.
Damit höchste Ärztedichte (4,8/1000 EW) nach Griechenland
Aber: 2/3 der Fachärzte sind Wahlärzte. Die Zahl der Kassenärzte ist seit dem Jahr 2000 gleich geblieben, viele von ihnen gehen in den nächsten Jahren in Pension.
Hohe Dichte in Ballungsräumen, Ärztemangel am Land.
Trotz der hohen Zahl an Ärzten ist der Zugang 24 h/7d in Österreich nicht gegeben.
Bei der Anzahl der ambulanten Arztkontakte liegt Österreich europaweit nur an 14. Stelle (auch hinter Niederlande).
- Durchschnittlich 6,8 Arztbesuche pro Person und Jahr.
- Sozialversicherungssystem mit Beteiligung der Arbeitgeber⁵. Arbeitgeber 5,08 %, Arbeitnehmer 3,87 %, Pensionisten 5,1 % vom Einkommen.
Kinder und PartnerInnen sind kostenlos mitversichert
- 99 % der Österreicher sind sozialversichert (Kranken- und Unfallversicherung)
- Grundsätzlich alle medizinischen Leistungen sind (zumindest teilweise) versichert.
Für Zahnersatz werden maximal 60 Prozent der anfallenden Kosten übernommen.
Bei psychotherapeutischer Behandlung sind die ersten 10 Sitzungen frei (Verlängerung mit Kostenzuschuss möglich), jedoch sind diese freien Kassaplätze begrenzt und decken nur einen kleinen Teil des Gesamtbedarfs an Psychotherapie ab. Menschen, die keinen Kassaplatz bekommen, müssen zuerst das gesamte Honorar bezahlen, bekommen jedoch einen Teil von der Krankenkasse refundiert (z.B. bei der GKK Stmk. ca. 23 € Kostenrückerstattung pro Therapiestunde).
- Etwa 13 % der Österreicher haben eine Zusatzversicherung.
- Etwa 25 % der laufenden Gesundheitsausgaben werden von den Patienten privat bezahlt.
- Kosten-Nutzen-Verhältnis ist in Österreich schlecht: im Europa-Vergleich nur an 20. Stelle.

b) *Spitalsbereich:*

- 7,6 Krankenhausbetten (5,3 öffentl. Betten) pro 1.000 EW
(Stmk.: 8,3 KH-Betten [bzw. 5,4 öffentl. Betten] pro 1.000 EW)
- 1 Allg.KH für 71.000 EW (Stmk: 53.000 EW), 542 Betten für 100.000 EW
78 Betten pro 100.000 EW in Psychiatrie
36 Betten pro 100.000 EW für Langzeitpflege
- 26.600 Entlassungen pro 100.000 EW
durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 8,8 Tage

⁵ Arbeitgeber 5,08 %, Arbeitnehmer 3,87 %, Pensionisten 5,1 %.

- 123 öffentliche KH (gesundheitsfondsfinanziert), und 156 private.
(In der Steiermark gibt es 21 öffentliche KH mit 6.520 Betten)
- Jedes LGF-Bett kostet in der Steiermark € 179.000 (Österreich € 203.000), jeder Belagstag kostet in der Stmk. € 632 (Österr. € 731 [2005 waren es noch € 482]).
- etwa 40 % der gesamten Gesundheitskosten für den stationären Bereich. (Schweden 38 %, Schweiz 35 %,).
- Die Kosten für die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten in Österreich sind zwischen 2005-2014 um fast 40 % gestiegen, wobei die höchsten jährlichen Steigerungsraten zwischen 2005 und 2008 lagen (mit 4,5 bis 6,7 %) und seitdem unter 3 % liegen. Die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Pflege wurden zu etwa 35 % für die Krankenhäuser aufgewendet.

c) Probleme:

- Das österreichische Gesundheitssystem ist vergleichsweise spitalslastig. Das zeigt sich sowohl bei der Kostenverteilung als auch bei der Bettendichte.
- Es fehlt immer noch eine für Patienten transparente Bewertung der Spitäler mit Todesraten bei bestimmten Diagnosen.
- Die Wartezeiten für nicht akute OPs (Bypass, Hüfte, Knie) sind hoch (viel höher als in der Schweiz und Deutschland, aber auch höher als in Schweden und Niederlande) und in den letzten Jahren noch weiter gestiegen.
- Inoffizielle Zahlungen an Ärzte sind üblich (unteres Mittelfeld in Europa).
- Mangelnde Qualität trotz hoher Kosten:
Die Todesrate bei koronaren Herzkrankheiten ist seit 1997 viel weniger gesunken als in NL, Deutschland oder Schweden und liegt nur im unteren Mittelfeld.
Die Überlebensrate bei Krebs ist mit 55 % nur im unteren Mittelfeld (20. Platz)! Island, Norwegen, Schweiz habe eine Überlebensrate von 65%.
Hohe Kaiserschnitttrate von fast 30 % (besonders in der Steiermark!). Niederlande, Finnland, Norwegen haben ca.15 %. (WHO empfiehlt zw. 10 und 15 %).
Dialyse zuhause (Bauchfelddialyse) ist in Österreich noch nicht üblich.
- Die kinderärztliche Versorgung ist schlecht; die Folge sind überfüllte Ambulanzen: Gefordert wird eine ordentliche Regelversorgung in der Kindermedizin im niedergelassenen Bereich, mit Diensten am Wochenende und einem kinderärztlichen Notdienst, der auch Hausbesuche macht (Wiener PatientInnenanwältin Pilz, ORF, 11.4.2016). Allgemein sollten die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Hausbesuche bei Kindern und Erwachsenen – wie es eigentlich in den Kassenverträgen vorgesehen ist - bei PatientInnen, die bettlägrig sind und denen das Aufsuchen der Ordination nicht zugemutet werden kann, auch tatsächlich durchgeführt werden, zumindest wenn die Person schon beim betreffenden Arzt in Behandlung steht.
- nur ca. 4.300 Plätze für Pflege (stationär oder daheim) pro 100.000 EW. In Schweden oder Schweiz sind es 7.100, in den NL 6.700.

d) Positiv:

- Recht auf zweite medizinische Meinung und direkter Zugang zu Fachärzten ist in Österreich gegeben.

- Rascher Zugang zu Krebsbehandlung ist gegeben, aber leider nur unterdurchschnittliche Überlebensrate (s.o.).
- Gute Erfolge bei Schlaganfall.
- Gute Durchimpfungsrate bei Kindern bei den wichtigsten Impfungen (ca. 95 %).
- Zurückhaltung bei der Verschreibung von Antibiotika

2. Niederlande

a) *Allgemeine Daten:*

- 16,9 Mio. Einwohner (400 EW/km²).
- BIP/EW: 41.711 Euro kkb
- Anteil der Gesundheitskosten am BIP: 12,5 % (höchste Kosten in Europa)
- 313 Ärzte pro 100.000 EW, davon 125 Allg.Med. und 9 Kinderärzte
- Sozialversicherungssystem mit Pflegeversicherung als Grundabsicherung
- Zur Grundabsicherung gehören:
Behandlung durch Allgemein- und Fachärzte sowie Geburtshelfer
Stationäre Aufenthalte und Krankentransporte
Zahnärztliche Leistungen bis 18 Jahre
Verschreibungspflichtige Medikamente
Mutterschaftsvorsorge
Notfallmedizin
- Einen Teil der Kosten zahlen die Arbeitgeber: 6,5 % vom Einkommen, andere Hälfte zahlen die Versicherten nicht lohnabhängig
- Versicherte können Polizen ohne oder mit (unterschiedlichen) Selbstbehalten und Zusatzleistungen und zwischen Versicherungen wählen.
Kosten: 1.000 bis 1.700 Euro / Jahr (staatlich festgelegt).
Staatlicher Zuschuss für Einkommensschwache (bis 27.000 Jahreseinkommen)
Kinder (nicht Partner) sind kostenlos mitversichert.
Zahnersatz, Hörgeräte, Physiotherapie oder alternative Behandlungsformen werden grundsätzlich nur durch freiwillige Zusatzversicherung abgesichert.
- Rund 95 Prozent der Niederländer hat mittlerweile eine private Zusatzversicherung abgeschlossen.
Etwa 6 % der Gesundheitskosten werden privat getragen.
- Was die Basisabsicherung betrifft, gilt in den NL das Hausarztmodell (Gatekeeper-System“):
Bei einer Erkrankung wenden sich Versicherte zunächst an ihren Hausarzt, welcher dann gegebenenfalls eine Überweisung zu einem Facharzt oder ins Krankenhaus ausstellt. Ein Wechsel des Hausarztes kann nur mit Zustimmung der Krankenkasse erfolgen. Wer sich eine freie Arztwahl sichern möchte, benötigt eine entsprechende Zusatzversicherung.

b) *Niedergelassener Bereich*

- 43 % der Hausärzte arbeiten in Einzelpraxen, Rest in Gruppenpraxen oder Gesundheitszentren (mit SozialarbeiterInnen, Physiotherapeutinnen, Hebammen).
- Im Schnitt 6,6 Hausarztbesuche pro Person und Jahr

c) *Spitalsbereich:*

- 3,3 Betten/1.000 EW
- 1 Allg.KH für 166.000 EW, 334 Betten pro 100.000 EW in Allg.KH
139 Betten pro 100.000 EW in Psychiatrie
0 Betten pro 100.000 EW für Langzeitpflege
- 13.000 Entlassungen pro 100.000 EW
durchschnittliche Aufenthaltsdauer 5,3 Tage
- Neben Akutversorgung auch Standort für Ambulanzen und Fachärzte.
- ca. 100 allgemeine KH und etwa 30 auf Fachgebiete spezialisierte KH.
Facharztbehandlung findet fast ausschließlich im KH statt.
- etwa 37 % der gesamten Gesundheitskosten für den stationären Bereich.

d) *Probleme:*

Die NL sind seit mehreren Jahren überlegener Sieger des EHCI und seit 2005 in allen Sparten (Diabetes, Herzerkrankungen, Hepatitis, Kopfschmerz, HIV, Patientenmitbestimmung) konsequent unter den ersten Dreien. Beim Zugang zu medizin. Leistungen haben die NL aufgeholt durch 160 Primärversorgungszentren (PVZ) die 24/7 geöffnet haben.

- Lange Wartezeiten auf Facharzttermin aufgrund des Gatekeepings.
- Große regionale Unterschiede in der Behandlung.
- Lange Wartezeiten auf Facharzttermin und stationäre Behandlung (zwei Drittel der 140.000 Wartenden wartet 4 bis 5 Wochen, Rest länger), besonders bei chronisch Kranken, die häufig zwischen ambulantem und stationärem Bereich wechseln. Grund ist das Gatekeeper-System. Verbesserungsversuche (Wartezeit ursprünglich 3 Monate) haben enorm viel Geld gekostet. Experten (EHCI) raten zu freier Arztwahl, statt kostenintensivem Wartelistenmanagement.
- Tabakprävention

3. Schweden

a) *Allgemeine Daten*

- Schweden hat 9,7 Mio. Einwohner (22 EW/km²). In den Regionen Götaland und Svealand im Süd-Westen leben 90 % der Bevölkerung auf einer Fläche von 2/5 des Landes.
- BIP/EW: 41.190 € kkb
- 392 Ärzte pro 100.000 EW, davon 63 Allg.Mediziner, 10 Kinderärzte.
- In Schweden sind die 21 Landtage für die medizinische Versorgung UND deren Finanzierung zuständig. Die Krankenkassen zahlen an die Landtage nach sozialen und medizinischen Kriterien gewichtete Kopfpauschalen aus den AG-Beiträgen (ca. 7,5 % der Lohnsumme). Die Landtage heben außerdem selbst Steuern ein.
- Die Gemeinden sind für die Psychiatrie, stationäre Altenpflege und die Behinderten zuständig. Sie müssen den Landtagen die Kosten für deren KH-Aufenthalte erstatten (20 % der Gesundheitsausgaben wurden so zu den Gemeinden verlagert). Für die ambulante Pflege sind grundsätzlich die Landtage zuständig.
- Jede Person, die eine Personalnummer hat, ist im staatlichen Gesundheitssystem, egal ob sie einbezahlt oder nicht. Die Krankenkasse kann nicht gewählt werden.

- Mittlerweile sind ca. 4 % der Schweden zusatzversichert.
- 17 % der Gesundheitsausgaben werden privat getragen.

b) *Niedergelassener Bereich*

- Die 21 Landtage sind in mehrere Primärversorgungsgebiete unterteilt, die den Gemeindegrenzen entsprechen.
- Primärversorgungszentren: neben Allgem. Medizinerinnen auch Hebammen, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Gynäkologinnen, Kinderärzte. In Schweden gibt es 800 öffentliche PVZ und 300 private (vor allem in den Städten). Daneben gibt es aber auch frei praktizierende Allg. Ärzte, bei denen die Wartezeit geringer ist. Es gibt keine verpflichtende Zuordnung zu einem Hausarzt, man muss seine Wahl aber registrieren lassen.
- Erstkontakt immer bei einer Distriktspflegekraft. Diese führen auch Hausbesuche durch, können Medikamente verordnen und entscheiden über die Zuweisung zum Allg. Mediziner oder ins KH. Patienten werden von ihr angehalten, sich selbst zu behandeln. Prävention wird großgeschrieben.
- 2,9 Arztbesuche pro Person und Jahr.
- Für jeden Arztbesuch ist eine Gebühr von 8 € (geplanter Besuch) bis 33 € (Akutfall) zu bezahlen. Pro Jahr allerdings nicht mehr als 100 €.
- Die fachärztliche Versorgung erfolgt überwiegend in den KH-Ambulanzen. Diese können, wie die Notaufnahmen, auch ohne Zuweisung aufgesucht werden, allerdings mit höherem Selbstbehalt (40 Euro).
Bei komplizierten Fällen gibt es das Recht auf eine Zweitmeinung.
- Kinder bis 20 und Schwangere sind von allen Kosten befreit. Die zahnmedizinische Versorgung ist ab 20 zu 100 % selbst zu zahlen; es gibt aber eine Absicherung bei zu hohen Kosten für die über 64-jährigen.
- Der Vertrieb von Medikamenten wurde 1971 verstaatlicht. Die Abgabe erfolgt in 900 Apotheken und 1.000 Vertragspartnern (LM-Geschäfte). Bis ca. 100 €/Jahr sind selbst zu bezahlen, dann gestaffelte Zuzahlung; ab 200 € werden die Kosten ganz vom Staat bezahlt. 2009 wurde der Apothekenmarkt aber privatisiert, die Preise blieben aber staatlich geregelt.

c) *Spitalsbereich*

- 201 Betten pro 100.000 EW in Allg. KH
47 Betten pro 100.000 EW in Psychiatrie
21 Betten pro 100.000 EW für Langzeitpflege
- 16.000 Entlassungen pro 100.000 EW
- durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 6,0 Tage
- In Schweden gibt es ca. 60 von den Landtagen betriebene Distrikts-KH (im Schnitt 150 Betten) für die stationäre Grund- und Notversorgung. Jeder Landtag betreibt jeweils ein Zentral-KH mit zusätzlichen Fachabteilungen (ca. 450 Betten). Sehr komplizierte Fälle werden in den Regional-KH versorgt (mehrere Landtage bilden eine von sechs Regionen, mit jeweils ein bis 2 Mio. EW). Für vorgeplante Behandlungen gibt es etliche Privatkliniken, bei denen die Landtage Leistungen zukaufen. Insgesamt werden 12 % der Dienste inzwischen von privaten Anbietern zugekauft.
Die psychiatrische Behandlung erfolgt überwiegend ambulant.

d) *Probleme:*

- Lange Wartezeiten: Jedes vierte KH wurde geschlossen, die Bettenkapazitäten um ein Drittel gekürzt, Personal eingespart. Dadurch kam es zu einem schlagartigen Anstieg der Wartezeiten auf mehrere Monate sogar bei Routineeingriffen mit lebensbedrohlichen Konsequenzen. Vor allem im ländlichen Bereich gibt es Unterversorgung.
Laut EHCI 2015 müssen nur in Serbien PatientInnen noch länger auf ärztliche Behandlung warten, für Krebskranke sei die Situation trotz aller Anstrengungen (1 Milliarde Euro wurde investiert, um die Wartelisten zu verbessern) menschenunwürdig. Kinder mit psychischen Problemen warten regelmäßig 18 Monate auf Behandlung.
Laut Bericht des schwed. Sozialrats liegt die durchschnittliche Wartezeit bei Prostatakrebs zwischen 126 und 295 Tagen. Selbst wenn der Krebs schon Metastasen gebildet habe, müssen Patienten noch Monate auf Behandlung warten. Ähnlich bei anderen Krebsarten und Hüft-OPs.
- Prioritätenliste: Über den Zugang zur med. Versorgung entscheidet Prioritätenliste, einige Erkrankungen sind so ganz aus der staatlichen Finanzierung gefallen.
- Stoppliste: Ab dem Erreichen einer bestimmten Punktezahl, wird keine Therapie mehr durchgeführt, sondern nur mehr palliative Versorgung.
- Überlastung des Spitalsbereichs: Gerade am Land gibt es zu wenig Hausärzte. Als Ausweg wird die Telemedizin gesehen (z.B. Diagnose per Skype).

4. Schweiz

a) *Allgemeine Daten:*

- 8,3 Mio EW (201 EW/km²)
- BIP/EW 45.540 kkb
- Die Gesundheitskosten 2015 betragen 12,1 % des BIP.
- Ärzte 392 pro 100.000 EW, davon 106 Allg.Med. und 17 Kinderärzte
- 90 private Krankenkassen. Sie sind gesetzlich verpflichtet, jeden Antragsteller in die Grundversicherung aufzunehmen. Alle Personen, die sich in der Schweiz aufhalten sind in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) versicherungspflichtig.
- Keine Mitversicherung von Familienangehörigen.
- Neben der obligatorischen Grundversicherung gibt es freiwillige Zusatzversicherungen.
- Die Grundbeiträge sind für alle gleich, unabhängig von Einkommen, und mit einer gewissen Bandbreite vorgegeben. Allerdings ist der Beitrag für Kinder und junge Erwachsene (bis 25 Jahre) geringer. Arbeitgeber beteiligen sich nicht an der Krankenversicherung der Angestellten. Wer wenig verdient, kann um Prämienverbilligung ansuchen, fast jeder dritte Schweizer erhält einen solchen Abschlag, der aus Steuergeld finanziert wird. Für alle Krankenversicherten in der Schweiz gilt in der Grundversicherung eine Selbstbeteiligung mit Obergrenze.
- 30 % der Gesundheitskosten werden privat getragen.
- Durchschnittlich 3,9 Arztbesuche pro Person und Jahr.
- Die Lebenserwartung der SchweizerInnen ist sehr hoch und wird weltweit nur von Japan überboten.

b) *Stationärer Bereich:*

- 303 Betten pro 100.000 EW in Allg.KH
93 Betten pro 100.000 EW in Psychiatrie
0 Betten pro 100.000 EW in Langzeitpflege
- 18.000 KH-Entlassungen pro 100.000 EW
durchschnittliche Aufenthaltsdauer 8,7 Tage
- Die Finanzierung der staatlichen Krankenhäuser erfolgt einerseits durch Bezahlungen der Behandlungen (Patienten, Versicherungen), andererseits durch Zuschüsse der Kantone oder Gemeinden. Die gesetzliche Grundversicherung deckt jeweils nur die Behandlung in einem Krankenhaus im Wohnkanton. (ausgenommen Notfällen und da, wo eine bestimmte Leistung im Wohnkanton gar nicht angeboten wird.) Die gesetzliche Grundversicherung deckt nicht die Behandlung in Privatkliniken.
- Zahnbehandlungen sind nicht in Grundversicherung enthalten.

C. Finanzierung des Gesundheitssystems

1. **Kostenvergleich Europa**

Zur Finanzierung der europäischen Gesundheitssysteme bestehen mit dem Bismarck-Modell und dem Beveridge-Modell zwei unterschiedliche Systeme, die eine unterschiedliche Form der Umverteilung der Kosten beinhalten: Das Bismarck-Modell beruht auf verpflichtenden Abgaben, die von den Löhnen abgezogen und in einen Fonds eingezahlt werden (Sozialversicherungssystem). Beim Beveridge-Modell werden die Kosten für die Gesundheitsversorgung aus Steuermitteln bezahlt, die vom Staat eingehoben wurden.

Der EHCI 2016 konstatiert, dass Bismarcksche Sozialversicherungssysteme, die gleichzeitig die freie Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Anbietern gewährleisten, erfolgreicher seien als Beveridge-Systeme (staatlich finanziert wie in Großbritannien, Spanien, Italien). Beveridge-Systeme funktionieren bestenfalls in kleinen Ländern wie Island, Dänemark oder Norwegen; der Grund seien die Reibungsverluste, die eine einzige riesige Organisation, die das gesamte Gesundheitssystem eines Landes verwaltet, produziere. So haben die britischen National Health Services 1,6 Mio. MitarbeiterInnen und verwalten ein Budget in Höhe von 160 Milliarden Euro.

Den aussagekräftigsten Vergleich erhält man, wenn man die Gesundheitskosten in Bezug zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) setzt. Damit kann gezeigt werden, wieviel an Wertschöpfung bzw. welcher Teil des Volkseinkommens in einem Land in den Gesundheitsbereich fließt. Der langjährige EHCI-Sieger Niederlande gibt 12,1 % des BIP, Österreich (11.1 %), Frankreich, Deutschland, Dänemark und Kanada geben ca. 11 % des BIP, Rumänien und Zypern dagegen unter 6 % ihres BIP für Gesundheit aus. Am teuersten ist die Gesundheitsversorgung in den USA mit 17 % des BIP.

In absoluten Eurowerten geben aber reichere Länder noch weit mehr für Gesundheit aus als die Prozentwerte erahnen lassen: Rumänien pro EinwohnerIn (EW) 608 Kaufkraftstandards⁶ (KKS), Luxemburg über 4.286 KKS! Österreich liegt bei den kaufkraftgewichteten Ausgaben für das Gesundheitssystem an fünfter Stelle von 35 Staaten (nach Luxemburg, Norwegen, Schweiz und Niederlande).

Ein geringer privater Finanzierungsanteil der Gesundheitsausgaben weist auf allgemeine Zugänglichkeit des Gesundheitssystems hin. Der private Anteil⁷ beträgt in Frankreich 7,5 % und in den Niederlanden 6,2 % - in Zypern über 50 %, in Bulgarien 43 %.

In Österreich liegt dieser private Anteil bei etwa 25 %.⁸

⁶ Kaufkraftstandard (KKS; englisch *Purchasing Power Standard, PPS*) ist eine von der Landeswährung unabhängige fiktive Geldeinheit, die Verzerrungen aufgrund von Unterschieden im Preisniveau verschiedener Länder ausschaltet.

⁷ Out-of-pocket-Zahlungen, etwa Kosten für Medikamente, Impfungen, Gebühren und Selbstbehalte

⁸ Statistik Austria, Laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege für das Jahr 2015,

http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html.

Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege	22.424
Private laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege	7.438
Laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege	29.862

2. Österreich

1998 betrug die Ausgaben für das Gesundheitswesen 13,8 Prozent der gesamten Staatsausgaben. 2015 lag der Prozentsatz bei 15,5 Prozent. Im Gesamtgefüge der Staatsausgaben ist also der Anteil für die Gesundheit 2015 um 1,8 Prozent größer als 1998. Zum Vergleich: der Anteil für wirtschaftliche Angelegenheiten stieg ebenfalls um 1,7 Prozent, hingegen war der Anteil für die öffentliche Verwaltung 3,4 Prozent geringer als 1998.

Der Vergleich der Gesundheitsausgaben mit dem Bruttoinlandsprodukt zeigt, wie viel an Wertschöpfung in den Gesundheitsbereich fließt. Im Jahr 2000 machten die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege 6,0 Prozent des BIP aus. Im Jahr 2015 waren es 6,6 % des BIP, das sind 22,4 Mrd. Euro.

Tatsächlich steigen die Kosten für die Gesundheit in Österreich wie in fast allen EU-Staaten etwas stärker als das Bruttoinlandsprodukt, nämlich im Schnitt von 1991 bis 2011 jährlich um 4,8 Prozent (jährliches BIP-Wachstum 3,7 %). Das hängt natürlich auch mit der wirtschaftlichen Entwicklung zusammen; in Krisenzeiten wird das BIP wenig bis gar nicht ansteigen.

Nicht vergessen werden darf in dem Zusammenhang, dass auch die Bevölkerung seit 1990 von 7,7 Mio. auf 8,8 Mio. EinwohnerInnen und damit um 14,8 Prozent gewachsen ist. Auch die Lebenserwartung im Alter ist in den letzten 25 Jahren angestiegen. Lag sie im Jahr 1990 für Frauen mit 60 Jahren noch bei 82,9, bei Männern bei 77,8, so stieg sie bei Frauen 2015 auf 85,5 und bei Männern auf 81,8 Jahre an. Dass die Gesundheitsausgaben ansteigen, ist also nicht weiter verwunderlich.

Die Gesundheitsausgaben zwanghaft an das (schwankende) Wirtschaftswachstum anzupassen, ist definitiv die schlechteste Lösung. Krebs wird z.B. immer mehr zu einer chronischen Erkrankung, die Menschen leben immer länger mit einer Erkrankung. Diese erfreuliche Tatsache hat aber die Folge, dass zwischen 2010 und 2015 die Ausgaben allein für Krebsmedikamente um 39 Prozent gestiegen sind. Wie soll mit weniger Geld im System weiterhin für alle Menschen gleichbleibende Qualität gesichert werden?

Grundsätzlich ist der Gesundheitsbereich ein Bereich, der – im Gegensatz zu anderen rationalisierbaren Bereichen – sehr personalintensiv ist. Diese Eigenschaft teilt er mit Sektoren wie Bildung, Kinderbetreuung, Pflege, Sozialarbeit etc. In diesen Bereichen ist die menschliche Zuwendung unersetzlich und nicht etwa durch Roboter substituierbar. Daher sind diese Bereiche, die aus sozialen und moralischen, aber auch aus volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten selbstverständlich wachsen dürfen und wachsen sollen.

3. Europatrend „Mehr privat, weniger Staat“

Auf EU-Ebene gibt es die Vorgabe, das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben mit dem BIP-Wachstum zu deckeln. Sie wird durch den innerösterreichischen Stabilitätspakt in Form einer Art. 15a B-VG Vereinbarung als Schuldenbremse auf Gesetzesebene einbetoniert. Österreichweit muss also das Wachstum der Gesundheitsausgaben von 4,8 % (durchschnittliches Wachstum von 1991 bis 2011) bis zum Jahr 2021 auf 3,2 % reduziert werden.

In ganz Österreich werden seither Abteilungen, aber auch ganze Krankenhäuser geschlossen. In Deutschland fordern Forscher gar die Schließung von drei Vierteln aller Krankenhäuser, titelt der Spiegel am 27.10.2016. Und in der Steiermark soll bis 2035 jedes zweite öffentliche Spital geschlossen und die Bettenanzahl auf 6.000 reduziert werden.

Das heißt natürlich noch nicht, dass diese Spitäler nicht gebraucht werden. Die EU-Vorgaben sagen ja nur, dass sie nicht aus öffentlichen Mitteln finanziert werden sollen. Der Trend lautet: Mehr privat, weniger Staat. Die steiermärkische Landesregierung plant daher, ein neues Spital im Bezirk Liezen zu errichten. Aber nicht aus öffentlicher Hand, sondern durch einen privaten Betreiber. Die gleiche Richtung wird im niedergelassenen Bereich eingeschlagen: Primärversorgungszentren statt Hausärzte, so lautet das neue Konzept. Inhaltlich soll es keine Verschlechterung für die PatientInnen bedeuten, ja sogar Verbesserungen! Wie das erreicht werden soll? Durch die Einbindung von privaten Investoren und Privatversicherungen.

In der Steiermark wurde in diesem Sinn von Gesundheitslandesrat Drexler die „Plattform Gesundheitswirtschaft Steiermark“ unter Mitwirkung der Wirtschaftskammer gegründet, um in der Gesundheitsbranche „Wachstumschancen besser nutzen zu können“. Zitat WKO⁹: *„Die Gesundheitswirtschaft ist also nicht nur ein Kostenfaktor, sie ist auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor und Wertschöpfungsfaktor, der im privaten Bereich auf jeden Fall ausbaufähig ist. Das IHS prognostiziert für den privaten Gesundheitsmarkt sogar ein überdurchschnittliches Wachstum, das um 1,4 Prozent über dem der Gesamtwirtschaft liegt. ‚Eine Chance, die es zu nutzen gilt‘, sind sich Wirtschaftslandesrat Christian Buchmann und Gesundheitslandesrat Christopher Drexler sowie WKO Steiermark Vizepräsident Andreas Herz einig.“* Träger sind das Wirtschafts- und das Gesundheitsressort des Landes sowie die WKO Steiermark. Weitere Mitglieder sind u.a. die Industriellenvereinigung und das Internationalisierungszentrum Steiermark. Ein Kernziel dieser Plattform ist die *„aktive Gestaltung der Gesundheitspolitik“*.

Die Kombination aus Steuersenkungen und budgetären Sparprogrammen führte und führt zu einer Finanzierungskrise der öffentlichen Gesundheitsversorgung und öffnete das Einfallstor für private Anbieter. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist ein allgemeiner Trend in Europa. Damit verbunden ist nicht nur die Beteiligung von privatem Kapital, sondern generell die Einführung von Marktmechanismen und die Adaptierung von privaten Management- und Effizienzprinzipien (Effizienz wird mit Profitabilität gleichgesetzt).

Was den Gesundheitssektor (wie auch schon den Pflegesektor) besonders interessant für private Investoren macht, ist das Fehlen eines zyklischen Charakters. Medizinische Versorgung und Pflege wird immer gebraucht. Und der Kostenersatz ist gesetzlich geregelt und sicher. Das macht den Gesundheitssektor zu einem vergleichsweise attraktiven Terrain für Investitionen. Neben den multinationalen Unternehmen, die auf eine Liberalisierung des Gesundheitssektors drängen, gibt es aus diesem Grund auch zahlreiche lokale Unternehmen, die zusätzliche Investitionsmöglichkeiten suchen, um ihre konjunkturabhängigen Geschäftstätigkeiten auszugleichen.

Das populärste Argument für private Anbieter in der Gesundheitsversorgung ist wohl, dass private Krankenanstalten effizienter wären und eine bessere Qualität der Versorgung bieten würden. Nun steht außer Zweifel, dass das Management und die Arbeitsorganisation in öffentlichen

⁹ WKO, 13.1.2017, <https://news.wko.at/news/steiermark/Startschuss-fuer-neue-steirische-Plattform-Gesundheitswir.html>.

Krankenhäusern oft nicht perfekt sind. Das liegt an den extrem hierarchischen Strukturen von Spitälern, den unüberwindbaren Grenzen zwischen den Berufsgruppen und den zahlreichen Ausdifferenzierungen innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen. Auch die Arbeitsorganisation und der Arbeitsfluss kann in vielen Fällen verbessert werden.

Der wirkliche große Kostenvorteil der privaten Krankenhausbetreiber besteht allerdings nicht in einer effizienteren Spitalsorganisation. Vielmehr besteht er einerseits im Nachholbedarf an Investitionen in öffentlichen Krankenhäusern und andererseits in den niedrigeren Löhnen und schlechteren Arbeitsbedingungen, die Beschäftigte in privaten Krankenanstalten in Kauf nehmen müssen. Schließlich machen die Arbeitskosten in Krankenhäusern zwischen zwei Drittel und drei Viertel der Gesamtkosten aus. Hinzu kommt die Spezialisierung auf vergleichsweise einfache und standardisierbare Behandlungen, während die Behandlung von komplexeren und seltenen Fällen den öffentlichen Krankenhäusern überlassen wird. Nicht zufällig sind viele private Spitäler oder Behandlungszentren in der Nähe von großen öffentlichen Krankenhäusern angesiedelt.¹⁰

4. Europatrend „Wettbewerb“

Ein weiteres Argument ist die vermeintlich positive Wirkung von Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung. Die Annahme ist, dass Wettbewerb die Versicherungsanbieter dazu zwingt, die Versicherungsleistungen zu verbessern und gleichzeitig die Prämien zu senken. In den Niederlanden wurde ein Wettbewerb zwischen verschiedenen öffentlichen Krankenkassen eingeführt, generell geht es aber darum, durch den Wettbewerb den Anteil der privaten Versicherungen zu erhöhen. Vergleiche zwischen öffentlichen und privaten Versicherungen zeigen, dass der Aufwand für Administration bei den privaten wesentlich höher ist als bei den öffentlichen Versicherungen. Für die österreichischen Kassen gilt per Gesetz ein Verwaltungskostendeckel, das heißt, sie dürfen nie mehr als drei Prozent der Beitragseinnahmen für die Verwaltung ausgeben. Das wird auch überprüft und überwacht. Daher stellt sich die Frage, wie private Versicherungen billigere und bessere Verträge anbieten können. Sie können das für bestimmte Personengruppen, indem sie die Prämien individuell anpassen und KlientInnen mit einem niedrigeren Gesundheitsrisiko günstigere Konditionen anbieten. Statistiken zeigen, dass Menschen mit höheren Einkommen gesünder sind. D.h. dass jene, die ohnehin besser verdienen, auch noch von niedrigeren Prämien profitieren. Die Ausweitung privater Finanzierung ändert zwar nichts an den steigenden Gesundheitskosten, der Unterschied ist allerdings, dass die Kosten individuell getragen werden und daher nicht Maastricht-relevant sind.

Mit dem Trend zur Privatisierung ist auch zunehmendes Outsourcing (Auslagerung) verbunden. Anfänglich betraf Outsourcing vor allem sekundäre Dienstleistungen wie Reinigung und Catering. Mit den Jahren wurden aber immer anspruchsvollere Dienstleistungen nach außen vergeben. Dazu zählten IT, Buchhaltung und sogar teilweise die Krankenhausplanung. Inzwischen werden auch zusehends medizinische Dienstleistungen wie Labor- und Diagnoseleistungen ausgelagert. Langfristige Outsourcing-Verträge können auch in ein Verhältnis münden, das als Private Public Partnership (PPP) bezeichnet wird. Wie Outsourcing haben auch PPPs in den letzten Jahren im Gesundheitssektor an Beliebtheit gewonnen. PPPs können unterschiedliche Formen annehmen. In Österreich wird eine Reihe von öffentlichen Krankenhäusern in Kooperation mit privaten Krankenhausunternehmen betrieben und mehrere neue Krankenhäuser mit privater Beteiligung sind

¹⁰ *Christoph Hermann*, Die Privatisierung von Gesundheit in Europa, FORBA 2/2007.

geplant.¹¹ Die steirische Landesregierung hatte angekündigt, ein privates Unternehmen damit zu beauftragen, die 21 Landeskrankenhäuser mit 13.000 Beschäftigten zu managen. Der Plan musste aufgrund des öffentlichen Widerstandes aufgegeben werden, einer der Bieter erhielt aber zumindest einen gut dotierten, mehrere Jahre dauernden Beratungsvertrag.¹² Nicht selten zogen die sich daraus ergebenden „Reformen“ immense Kosten für die Öffentlichkeit nach sich. So entstanden etwa durch die von Beratungsfirmen ausgetüftelte Liegenschaftstransaktion der KAGes und der KIG beträchtliche Nebenkosten von insgesamt 1,7 Mio. Euro, die der Rechnungshof als „unwirtschaftlich und unzweckmäßig“ beurteilte.

5. Europatrend „Eigenverantwortlichkeit“

In diesem Zusammenhang fast logisch erscheint, dass im Kontext mit der zunehmenden Kommerzialisierung die Eigenverantwortung der PatientInnen immer mehr betont wird. Im Weißbuch der EU¹³ wird die künftig nötige aktive Rolle der PatientInnen als Teil des ersten Prinzips genannt: „Dem Patienten fällt dabei (*in der Gesundheitsversorgung*) eine immer aktivere Rolle zu“, heißt es dort. Menschen, die sich aber nicht selbst helfen können, die sozial benachteiligt sind, denen die persönlichen Ressourcen fehlen und vielleicht auch noch psychisch beeinträchtigt sind, sind jedenfalls nicht in der Lage, diese geforderte Eigenverantwortung wahrzunehmen. Diesen wird dann auch noch die Schuld an ihrer Krankheit, an mangelnder Prävention, zugeschoben.

Für gesundheitsförderndes Verhalten sind aber gesundheitsfördernde Verhältnisse notwendig. Daher erreicht man am meisten, wenn man in die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit, in Chancengleichheit im Bildungssystem, in Bekämpfung prekärer und Niedriglohn-Jobs, in gute soziale Wohnprojekte investiert. Menschen können sich nämlich erst dann mit gesunder Ernährung, Rauchentwöhnung und Vorsorge beschäftigen, wenn ihre wichtigsten Grundbedürfnisse gedeckt sind. Die Betonung der Eigenverantwortung aber führt letztendlich zu einer Entsolidarisierung: Wenn der Einzelne selbst schuld ist an seiner Krankheit, warum sollte die Allgemeinheit für seine Behandlung aufkommen? Ein funktionierendes solidarisches Gesundheitssystem ist ein Eckpfeiler unseres Sozialstaates.

6. Zweiklassenmedizin

Es wird häufig argumentiert, dass die Privatversicherungen einen starken Beitrag zum Gesundheitssystem leisten. „Auch in der Bundesbahn gibt es Klassentickets, und die dadurch lukrierten Mittel kommen allen zugute, warum also nicht im extramuralen Gesundheitssystem?“, fragt etwa Dr. Wolfgang Ziegler, Sektionsobmann Allgemeinmediziner, Ärztekammer. Doch von der Bahn werden Passagiere aller Klassen in der gleichen Zeit auf derselben Strecke transportiert, in der ersten Klasse sind nur die Sitze etwas weicher und die Beinfreiheit größer. Wenn Klassepatienten sich keine schnellere oder im Ergebnis bessere Behandlung erkaufen könnten, sondern bloß im Wellness-Sektor der Medizin Zusatzleistungen erwarten und damit zusätzliche Mittel im öffentlichen Gesundheitswesen lukriert werden könnten, wäre es tatsächlich unproblematisch.

Tatsächlich beginnt aber die Zweiklassenmedizin immer weitere Kreise zu ziehen. Im niedergelassenen Bereich hat sich die Anzahl der WahlärztInnen extrem erhöht. Im stationären Bereich bestehen nicht wenige Privatkliniken, an denen der Wunscharzt die Behandlung vornimmt.

¹¹ Christoph Hermann, Die Privatisierung von Gesundheit in Europa, FORBA 2/2007.

¹² Christoph Hermann: Die Privatisierung von Gesundheit in Europa, FORBA 2/ 2007.

¹³ Gemeinsam für die Gesundheit, Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013, KOM(2007) 630.

Sogar die Akutmedizin ist im Fadenkreuz der Privaten: So wurde an einer Wiener Privatklinik erstmals eine Notaufnahme eingerichtet, die nur Zusatzversicherten offensteht. In der Privatklinik Döbling wird seit Beginn des Jahres 2017 rund um die Uhr eine sogenannte akutmedizinische Versorgung mit Fach- und Notärzten sowie Pflegepersonal angeboten, die einer klassischen Notaufnahme in öffentlichen Spitälern gleichkommt. Auch Untersuchungen wie etwa eine Magnetresonanztomografie (MRT) und Labortests werden möglich sein. In akut lebensbedrohlichen Situationen wie etwa bei einem Schädelhirntrauma wird von den Betreibern allerdings empfohlen, die Notrufnummer 144 zu wählen. Die versprochenen Vorteile: Kurze oder gar keine Wartezeiten („garantiert“ wird laut Broschüre „schnelle Erstversorgung durch einen Arzt“ statt „stundenlangen Wartens“ in der Notfallambulanz eines öffentlichen Krankenhauses).¹⁴

Gerade bei den Wartezeiten auf Operationen tritt die Zweiklassen-Medizin deutlich zutage: So beträgt laut einer aktuellen Umfrage der Arbeiterkammer¹⁵ die Wartezeit auf eine Hüftprothese für normale ASVG-Versicherte in manchen Spitälern bis zu 20 Wochen, in der Sonderklasse mit privater Zusatzversicherung jedoch nur 4 bis 6 Wochen.

Gerade ältere Menschen mit höheren Ausgaben für Gesundheitsleistungen sind benachteiligt. Häufig können sie sich die medizinische Leistungen nicht leisten, die sie als notwendig erachten. Eine Belastung stellen dabei auch die Wartezeiten auf Refundierung der Rezeptgebühren dar, die sich auf mehrere Hunderte Euro im Monat belaufen können. Die verlängerten Wartezeiten auf Facharzttermine und spezielle Behandlungen und Operationen für Kassenpatienten verbunden mit Diskontinuität in der Betreuung und dem Gefühl – nach häufig langer Wartezeit auch in der Ordination - schnell abgefertigt zu werden, gibt besonders älteren Menschen das Gefühl, eine Belastung für die Gesellschaft zu sein.¹⁶

Die sich entwickelnde Zweiklassenmedizin zeigt sich kleinräumig auch am Beispiel Graz. So gibt es in Graz auf der linken Murseite pro Kopf doppelt so viele AllgemeinmedizinerInnen und mehr als dreimal so viele FachärztInnen wie auf der rechten Seite. Selbst die Verfügbarkeit von FachärztInnen mit Kassenvertrag ist auf der linken Murseite deutlich besser ausgeprägt. Dabei haben die Stadtteile mit der geringsten Versorgungsdichte an Ärzten eigentlich den höchsten Bedarf, wenn man die epidemiologischen und demographischen Verhältnisse betrachtet. Das soziale Ungleichgewicht wird nicht nur vom Standard der ambulanten Krankenversorgung abgebildet, sondern noch verstärkt.¹⁷

Diese Entwicklung führt zu einer zunehmenden Entsolidarisierung. Wenn diese Entwicklung nicht gestoppt wird, dann wird es in Zukunft eine umfassende gute medizinische Versorgung nur mehr für Zusatzversicherte und Barzahler geben, die große Masse wird auf eine absolute Basisversorgung verwiesen.

7. Krankenkassen

Insgesamt existieren für die Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung 22 Sozialversicherungsträger. Diese sind im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Dachorganisation) zusammengeschlossen. Diese Krankenkassen geraten vermehrt unter Druck. Auch

¹⁴ <http://diepresse.com/home/panorama/wien/5136384/Erste-private-Notaufnahme-in-Wien>.

¹⁵ https://oe.arbeiterkammer.at/service/presse/presseaussendungen/Wie_gut_sind_unsere_Spitaeler_.html; 10.4.2017.

¹⁶ Franz Kolland, Bedürfnisse älterer Menschen in der Gesundheitsversorgung, Universität Wien, 2015, 53ff.

¹⁷ Christoph Pammer, Das Beispiel der Ärztedichte rechts und links der Mur: Mehr Sachlichkeit in der Gesundheitsplanung und Primärversorgung!, www.thispublichealth.at.

wenn man bei den Krankenkassen einiges kritisieren kann – es gibt hier zumindest demokratische Selbstverwaltungsstrukturen,

Die oft geforderte Zusammenlegung der Krankenkassen kann nicht die finanziellen Einsparungen bringen die häufig behauptet werden. Sind doch die Verwaltungskosten mit drei Prozent der Einnahmen gedeckelt.

Bereits auf der Basis von Daten aus 2014 geht die OECD in dem Bericht von einem Verwaltungskostenanteil von 2,8 Prozent der Einnahmen aus. In dem mit Österreich vergleichbaren Land Schweiz liegt dieser Anteil bei 4,3 Prozent. In den Niederlanden mit deren oft gelobten Primärversorgungsstrukturen haben die Verwaltungskosten einen Anteil von 4,1 Prozent.

Interessant ist dabei der Anteil der Verwaltungskosten bei den Privatversicherungen. In Österreich können laut OECD-Bericht nur 69,3 Prozent der in die private Krankenversicherung eingezahlten Mittel beim Versicherten ankommen (Verwaltungskostenaufwand: 31,7 Prozent). Laut OECD sind administrative Kosten für private Versicherungen generell viel höher als für öffentliche.¹⁸

Wirklich sinnvoll wäre die Finanzierung des niedergelassenen und des stationären Bereichs aus einem Topf. Laut OECD haben nämlich Systeme mit Finanzierung aus einer Hand weniger Verwaltungskosten als Systeme mit Zahlungen aus verschiedenen Quellen. Letzteres "Übel" trifft mit der Finanzierung der niedergelassenen Medizin durch die Krankenkassen (über Versicherungsbeiträge) und die Spitäler durch die Bundesländer auf Österreich zu. Auch Systeme mit Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Krankenversicherungen, wie etwa in den Niederlanden, haben höhere Verwaltungskosten.

In Österreich sind rund 75% der Gesundheitsausgaben öffentlich finanziert; davon stammen zwei Drittel aus Krankenversicherungsbeiträgen und ein Drittel aus den Haushalten der Gebietskörperschaften, und zwar teilweise aus den Umsatzsteuereinnahmen, zum größten Teil aber aus dem allgemeinen Steueraufkommen.¹⁹ Die Steuermittel fließen fast ausschließlich in die Spitalsfinanzierung.

25 % der laufenden Gesundheitsausgaben werden in Österreich privat getragen.

Die österreichische Sozialversicherung beruht auf der Pflichtversicherung, dem Solidaritätsprinzip und der Selbstverwaltung. Der Versicherungsschutz in der Krankenversicherung umfasst neben allen Erwerbstätigen auch die mitversicherten Personen sowie Personen mit Leistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS). 99 Prozent der Bevölkerung sind in der sozialen Krankenversicherung versichert.

Sie wird überwiegend durch lohnbezogene Beiträge der ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen finanziert (Pensionsversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung) sowie aus Beiträgen der Selbstständigen und der PensionistInnen. Auf Kapital- und Vermögenseinkünfte werden dagegen keine Sozialversicherungsbeiträge eingehoben, obwohl diesen immer größere Bedeutung zukommt und ihr Anteil am Volkseinkommen rasch ansteigt. Auch deshalb ist in Österreich die

¹⁸ http://www.wienerzeitung.at/nachrichten/oesterreich/politik/908479_Kostenguenstige-Verwaltung-im-Gesundheitswesen.html.

¹⁹ Alois Guger, Markus Marterbauer, Ewald Walterskirchen, Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens, WIFO, http://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=26778&mime_type=application/pdf.

Abgabenbelastung des Faktors Arbeit sehr groß. Die Beitragsgestaltung erfolgt aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage regressiv und belastet niedrige Einkommen stärker.

Da der Anteil der Lohnquote am Volkseinkommen zugunsten der Vermögenseinkünfte sinkt, während gleichzeitig die Gesundheitskosten steigen, wird die lohnbezogene Finanzierungsbasis der Sozialsysteme ausgehöhlt. Ohne alternative Finanzierungsmöglichkeiten steht das Gesundheitssystem vor einem nachhaltigen Finanzierungsengpass.

8. Dauerhafte Finanzierung des Gesundheitssystems

Die gesamten von der öffentlichen Hand getragenen laufenden Gesundheitskosten (ohne Langzeitpflege) im Jahr 2015 betragen 22,4 Mrd. Euro.

Zur dauerhaften Finanzierung des Gesundheitssystems kommt eine Reihe von Möglichkeiten in Betracht:

- Anhebung/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage (in Bezug auf die Krankenversicherung),
- Einbeziehung des Einkommens aus privaten Zusatzpensionen in die Beitragspflicht,
- Gesundheitsabgabe auf Kapitalerträge (mit Freibetrag),
- Umbasierung der Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung auf eine Wertschöpfungsabgabe,
- Einführung einer Solidarabgabe für Erzeuger pharmazeutischer Produkte,
- Abschaffung der Gruppenbesteuerung und anderer Steuervorteilen von Konzernen,
- Einführung von Vermögensteuer, Erbschaftssteuer, Schenkungssteuer und Gewerbesteuer.

Belastungen wie Erbschafts-, Schenkungs- oder Vermögenssteuer, die in anderen Ländern durchaus üblich sind, existieren in Österreich nicht.²⁰ Zwei Drittel der Staatseinnahmen kommen aus Steuern auf den Faktor Arbeit, weitere 27 Prozent aus Steuern auf Konsum, dürftige acht Prozent aus Steuern auf Gewinne und kümmerliche vier Prozent aus Steuern auf Kapital. Die OECD schlägt vor, dass Österreich seine extrem niedrige Vermögensbesteuerung anhebt. Laut Berechnungen der Gewerkschaft würde allein die Steuer auf Vermögen ab einer Größe von 500.000 Euro rund 1,5 Milliarden Euro bringen.²¹

Eine 7,5%ige Gesundheitsabgabe auf Zins- und Dividendeneinkünfte brächte rund 700 Mio. €.²²

Ein immer größerer Teil der Steuereinnahmen entfällt auf die Lohnsteuer, während die Unternehmenssteuern im Aufkommenswachstum zurückbleiben. Die Unternehmen tragen also verhältnismäßig immer weniger zur Staatsfinanzierung und damit auch zur Finanzierung der Sozialausgaben bei, während die Arbeitseinkommen dafür zunehmend stärker belastet werden. Durch die Einbeziehung von Gewinnen, Abschreibungen, Fremdkapitalzinsen, Mieten, Pachten, also die Umbasierung auf wertschöpfungsbezogene Abgaben, könnte die Bemessungsgrundlage für Abgaben, aus denen essenzielle Sozialleistungen finanziert werden, erheblich verbreitert werden. Die Vorteile lägen nicht nur in einer größeren Stabilität der dadurch lukrierten Mittel, sondern auch in einer höheren Beschäftigungsfreundlichkeit. Eine Wertschöpfungsabgabe beseitigt die allseitig

²⁰ <http://www.advantageaustria.org/international/zentral/business-guide-oesterreich/investieren-in-oesterreich/standort-oesterreich/steuern.de.html>.

²¹ <https://www.profil.at/home/schlummernde-milliarden-wo-regierung-264730>.

²² Alois Guger et al., Analyse alternativer Finanzierungsformen der sozialen Sicherungssysteme, WIFO 2008.

beklagte einseitige Belastung des Faktors Arbeit. Die Leistungsfähigkeit des Unternehmens würde zum Gradmesser werden, und nicht, wie bisher, allein die Lohnsumme.

Eine Abgabe von 11,6% der Wertschöpfung würde genügen, um die gleichen Einnahmen zu erzielen wie derzeit durch die Arbeitgeberbeiträge und Lohnsummensteuern (29,3% der Beitragsgrundlage). Wäre bereits im Jahr 2000 eine Wertschöpfungsabgabe mit neutralem Beitragssatz anstelle der Arbeitgeberbeiträge und Lohnsummensteuern (Kommunalsteuer, FLAF-Beitrag) eingeführt worden, dann wären 2005 um 900 Mio. Euro und 2010 um 1,4 Mrd. Euro mehr an Finanzmittel zur Verfügung gestanden.²³

Die Steuerquote der großen börsennotierten Unternehmen ist in den letzten Jahren radikal gesunken. Seit der Reform der Gruppenbesteuerung können Konzerne nämlich ihre Verluste mit ausländischen Töchtern in Österreich von der Steuer absetzen. Bei Unternehmenskäufen kann außerdem der Firmenwert über 15 Jahre abgeschrieben werden, was in anderen Ländern derzeit nicht möglich ist.²⁴

Die gesamte effektive Durchschnittssteuerbelastung für Körperschaften beträgt in Österreich nur 22,4 Prozent. Damit fällt die Besteuerung niedriger aus als in Italien (23,1 %), Belgien (27,0 %), Deutschland (29,3 %) und Frankreich (34,9 %).²⁵

Bei vorsichtiger Rechnung könnte Österreich durch geeignete Maßnahmen der Konzernbesteuerung 1,3 Mrd. Euro pro Jahr lukrieren.²⁶

Eine solche Reform des Abgabensystems würde zum einen die Armutsgefährdung von Beschäftigten mit niedrigem Einkommen verringern und die gesamtwirtschaftliche Nachfrage tendenziell beleben sowie zum anderen die Beschäftigungschancen von Personen mit Qualifikations- oder anderen Aktivierungsdefiziten verbessern. Qualifizierte Arbeit, insofern sie mit Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage entlohnt wird, würde sich allerdings verteuern. Die Arbeitslosenzahlen nach Qualifikation zeigen aber, dass die größten Beschäftigungsprobleme im niedrig qualifizierten und niedrig entlohnten Bereich bestehen.

Tatsächlich sind auch Einsparungsmöglichkeiten für das Gesundheitssystem zu nutzen:

Etwa 15 Milliarden Euro werden jährlich an Subventionen für Unternehmen und Organisationen ausgeschüttet. Über die Jahre bildete sich „ein schwer durchschaubares Geflecht von ähnlichen Förderaktionen von Bund, Ländern und Gemeinden heraus, sodass etwa drei bis fünf Milliarden Euro einzusparen wären.

Vielfach wird auch über eine stärkere Finanzierung des Sozialsystems durch Verbrauchssteuern nachgedacht. Die aufkommensstärkste dieser Steuern ist die Umsatzsteuer. Der wichtigste Einwand gegen eine stärkere Finanzierung des Sozialsystems über Verbrauchssteuern besteht in der klar regressiven Verteilungswirkung. Die Mehrwertsteuer belastet, so wie die meisten speziellen Verbrauchssteuern, gemessen am Einkommen die unteren Einkommensgruppen noch stärker als die Sozialversicherungsbeiträge. Eine Erhöhung der Umsatzsteuer oder anderer Verbrauchssteuern bedeutet Umverteilung von "unten nach oben", von "arm zu reich". Zudem würden solche

²³ Alois Guger et al., Analyse alternativer Finanzierungsformen der sozialen Sicherungssysteme, WIFO 2008.

²⁴ <http://www.advantageaustria.org/international/zentral/business-guide-oesterreich/investieren-in-oesterreich/standort-oesterreich/steuern.de.html>.

²⁵ http://www.advantageaustria.org/zentral/business-guide-oesterreich/investieren-in-oesterreich/standort-oesterreich/ABA_Deloitte_Steuerliche_Aspekte_Oesterreich_2016_DE.pdf.

²⁶ <http://www.salzburg24.at/konzerne-in-eu-zahlen-jaehrlich-120-mrd-zuwenig-steuern/4899648>.

Maßnahmen negative Wachstumseffekte mit sich bringen, weil die gesamtwirtschaftliche Konsumnachfrage gedämpft wird.²⁷

Im Sinne des Gesundheitssystems wäre bestenfalls eine Anhebung von Tabaksteuer, oder Steuern auf Alkohol. Würde die Tabaksteuer auf europäisches Niveau angehoben, brächte das Mehreinnahmen von 520 Millionen Euro. Zusätzliche 80 Millionen wären bei einer Wiedereinführung der Wein- und einer Erhöhung der Biersteuer jährlich zu erzielen.²⁸

Mit der Summe aller Maßnahmen wären also 5,4 Mrd. Euro zu erzielen, womit ein Viertel der öffentlichen laufenden Gesundheitskosten abgedeckt werden könnte.

D. Gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen und gerechte Verteilung von Ressourcen

Gerechtigkeit meint formal zunächst die gerechtfertigte Berücksichtigung des jedem jeweils Angemessenen. Ferner wird man unter den Bedingungen knapper Ressourcen kaum bestreiten können, dass eine ineffiziente und ineffektive Mittelverwendung ungerecht ist. Gerechtigkeit im Sinne der fairen Behandlung zeigt sich bei der Bereitstellung von jeweils erforderlichen Gesundheitsleistungen vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen. In diesem Zusammenhang kann eine ungleiche Verteilung von medizinischen Ressourcen auch dann als gerecht gelten, wenn sie zur Gleichheit von Lebenschancen beiträgt, die durch Krankheit und Behinderung ungleich verteilt sind.²⁹

Das Prinzip der Gerechtigkeit erfordert, mit knappen Ressourcen sorgfältig umzugehen. Es ist zu unterscheiden zwischen Wirtschaftlichkeit und Ökonomisierung. Wirtschaftlichkeit wird als eine möglichst effiziente (sparsame) und effektive (wirksame) Verwendung von Gütern und Dienstleistungen aufgefasst, und ist damit auch ein für das ärztliche Handeln nützlicher Orientierungspunkt. Doch eine Ökonomisierung, die über medizinische Entscheidungen positioniert wird und dazu führt, dass bestimmte Behandlungsarten entweder verstärkt durchgeführt oder unterlassen werden, ist strikt abzulehnen.³⁰

Das Geschlecht ist ein wesentlicher Einflussfaktor für die Gesundheit von Frauen und Männern. Frauen und Männer unterscheiden sich in Bezug auf Krankheitsbilder, Symptome, Reaktion auf Medikamente und sie nutzen das Gesundheitssystem spezifisch. Zudem sind Frauen weitaus öfter auch für die Gesundheit ihrer Angehörigen zuständig als Männer. Ein geschlechtergerechter Blick steigert die Qualität eines Gesundheitssystems ebenso wie die konsequente Berücksichtigung von sozialen Faktoren.

In der Praxis werden Frauen häufiger Psychopharmaka verordnet als Männern. Männer hingegen werden bei Depressionen weniger ernst genommen. Schlaganfälle und Herzinfarkte werden bei Frauen oftmals zu spät erkannt, weil sich die Symptomatik von der bei Männern unterscheidet.

Das aktuelle Gesundheitssystem ist ein Zwei-Klassen-System. Es bevorzugt Menschen, die über größere ökonomische Ressourcen verfügen. Sie können sich eine bessere Behandlung „erkaufen“. Sehr häufig zählen Frauen aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation – vor allem Alleinerzieherinnen,

²⁷ Alois Guger et al., Analyse alternativer Finanzierungsformen der sozialen Sicherungssysteme, WIFO 2008.

²⁸ <https://www.profil.at/home/schlummernde-milliarden-wo-regierung-264730>

²⁹ Deutscher Ethikrat, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, April 2016, 54ff.

³⁰ Deutscher Ethikrat, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, April 2016, 58ff.

Migrantinnen und alte Frauen – aber auch aufgrund unbewusster geschlechtsspezifischer Vorurteile zu den Benachteiligten.

E. Primärversorgung

1. Definition

Die Primärversorgung umfasst vor allem die Behandlung sogenannter Volkskrankheiten, also die Behandlung häufiger Erkrankungen und unkomplizierte Routineleistungen. In der Akutbehandlung sind das vor allem die Behandlung unkomplizierter Infektionen und kleiner Verletzungen, einfache Kontrollen, Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Nahtentfernungen. In der Langzeittherapie umfasst die Primärversorgung die Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Diabetes, chronische Schmerzen.

Die Primärversorgung bedarf breiter diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Kompetenz vom Kleinkindalter bis ins hohe Alter, im Medikamentenmanagement, bei chronischen Erkrankungen, in der Prävention und Beratung zur gesunden Lebensführung, in der psychosozialen Versorgung, in der Wund- und Palliativ-Versorgung.

Es ist erkennbar, dass eine gute Primärversorgung niederschweligen und gleichen Zugang für alle Menschen erfordert und die kontinuierliche Betreuung durch ein bestehendes Team gewährleistet sein muss. Um die Versorgung optimal gestalten zu können, braucht es ein multiprofessionelles Team oder eine gute Vernetzung mit anderen Fachrichtungen (Fachärzten, Ergo- und Physiotherapeuten, Diätologen, Hebammen, etc.), Gesundheitseinrichtungen und Partnern (Apotheken, Bandagisten, mobile Dienste, Sozialarbeit).

Die Primärversorgung muss täglich 24 Stunden und auch in ländlichen Regionen wohnortnah gewährleistet sein.

Eine gute Primärversorgung hat positive Effekte auf das gesamte Gesundheitssystem: höhere Lebenserwartung, bessere Lebensqualität für chronisch Kranke, Verringerung der Überweisungen an höhere Ebenen, Reduktion von Spitalsaufenthalten. Länder mit starken Primärversorgungssystemen haben auch tendenziell höhere Gesundheitsausgaben, aufgrund der notwendigen dezentralen Strukturen. Allerdings bleiben die Gesundheitskosten längerfristig stabil und steigen nicht so stark an.³¹

2. Derzeitige Situation

a) Ärztemangel

Schon derzeit sind Landarztstellen nur schwer nachzubeseetzen, die Zahl der Wahlärzte ist stark im Steigen begriffen, die Attraktivität des Kassen-Allgemeinmediziners leidet. Die Versorgung außerhalb der typischen Öffnungszeiten ist durchgängig schlecht, die Versorgung chronisch Kranker

³¹ Thomas Bergmair, Zeitschrift für Gesundheitspolitik 4/2015

verbesserungswürdig, die Prävention unterbewertet. Die Sorge um eine gute Primärversorgung in Österreich ist also durchaus berechtigt.

In der Steiermark sind 2400 ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich aktiv. Von ihnen sind etwa zwei Drittel älter als 50 Jahre und werden somit in absehbarer Zeit in Pension gehen. Zudem ist in der jüngeren Generation der Wunsch nach einer ausgewogenen Work-Life-Balance stärker ausgeprägt. Diese Situation, in Zusammenhang mit Zugangsbeschränkungen bei der Ausbildung und starker Abwanderung ausgebildeter ÄrztInnen in das Ausland, lässt für die zukünftige (primär)medizinische Versorgung im Land Schlimmes befürchten.

b) Zusammenarbeit von Ärzten

Derzeit ist die einfachste Art der Zusammenarbeit von freiberuflich tätigen Ärzten die Ordinations- und Apparategemeinschaft (§ 52 ÄrzteG). Sie besteht in der gemeinsamen Nutzung von Ordinationsräumen (Ordinationsgemeinschaft) und/oder von medizinischen Geräten (Apparategemeinschaft). Die Eigenverantwortlichkeit eines jeden Arztes muss gewahrt bleiben.

Gruppenpraxen können in Form einer Offenen Gesellschaft (OG) gegründet werden. Theoretisch ist es auch seit 2010 möglich, in Österreich eine Ärzte-GmbH zu gründen und in dieser Form eine Gruppenpraxis zu betreiben (§ 52a ÄrzteG).

Im Umfang könnte eine Gruppenpraxis ähnlich wie die geplanten PVZ gestaltet sein: Pro Gesellschafter können fünf Angehörige anderer Gesundheitsberufe angestellt werden. Zu den Gesundheitsberufen zählen gehobene medizinisch-technische Dienste (wie z.B. physiotherapeutischer Dienst), medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst, logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst, Hebammen, Musiktherapeuten, medizinische Masseure und Heilmasseure, medizinisch-technischer Fachdienst und der Sanitätshilfsdienst, Kardiotechniker, Sanitäter, Psychologen und Psychotherapeuten. Die absolute Höchstzahl liegt bei 30 Personen aus Gesundheitsberufen (darüber gilt die GmbH als Ambulatorium). Für Medizinische und Chemische Labordiagnostik, Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation sowie Radiologie gilt diese Beschränkung nicht. Für die PatientInnen ist die freie Arztwahl unter den GesellschafterInnen derselben Fachrichtung zu gewährleisten.

Doch da in Gruppenpraxen nach dem ÄrzteG keine Ärzte angestellt werden dürfen und es sich auch an den nötigen Gesamtverträgen zwischen Ärztekammer und Hauptverband der Krankenversicherungsträger spießt,³² sind diese GmbHs österreichweit kaum vorhanden. Zudem muss die Gründung der Gruppenpraxen den Planungen im RSG entsprechen. Gruppenpraxen werden von den Kassen bisher nur sehr schleppend genehmigt. Grund ist die bestehende Finanzierung aus zwei Töpfen. Für die stationäre Versorgung sind die Länder zuständig, für den niedergelassenen Bereich die Krankenkassen. Diese haben naturgemäß wenig Interesse, in leistungsfähige ärztliche Zusammenschlüsse zu investieren, weil damit eine Kostenverschiebung von den Spitalsambulanzen

³² Ergänzend zu den §§ 341 und 342 sind in den Gesamtverträgen für Vertrags-Gruppenpraxen spezielle Regelungen im Hinblick auf deren spezifische Versorgungsaufgaben (insbesondere hinsichtlich Öffnungszeiten und Leistungsspektren) und Honorierung vorzusehen. ... Ist für eine Gruppenpraxis kein Gruppenpraxis-Gesamtvertrag anwendbar, so können zur Sicherstellung oder Verbesserung des Sachleistungsangebotes vom Hauptverband unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die Träger der Krankenversicherung Sonder-Einzelverträge mit Gruppenpraxen nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Ein solcher Sonder-Einzelvertrag bedarf der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, für den er abgeschlossen wird, und der zuständigen Ärztekammer. Der Sonder-Einzelvertrag hat insbesondere die Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten sowie das Leistungsspektrum festzulegen. (§ 342a Abs. 1 und 5 ASVG)

zu ihren Lasten verbunden wäre. Umgekehrt wollen die Länder nicht zur Finanzierung des niedergelassenen Bereichs beitragen. In der Steiermark ist die Gründung einer Gruppenpraxis als GmbH derzeit gar nicht möglich. Auch als OG sind derzeit nur sechs Gruppenpraxen in der Steiermark gemeldet.

Eine zweite Möglichkeit der Zusammenarbeit wäre die Aufteilung eines Kassenvertrags auf zwei oder drei ÄrztInnen. Diese Variante würde dem Wunsch vieler ÄrztInnen nach flexiblen Arbeitszeiten entgegenkommen. Allerdings gibt es hier ebenfalls bisher keine Zustimmung der Gebietskrankenkasse.

Die dritte Möglichkeit ist die nun gesetzlich vorgesehene Einrichtung von Primärversorgungszentren. Die Einrichtung von PVZ, als Ergänzung zu niedergelassenen Hausärzten, könnte für die PatientInnen durchaus sinnvoll sein. PVZ könnten auch für die Gesundheitsberufe flexible Formen der Berufsausübung und zeitgemäße kooperative Teamarbeit bieten und sich positiv auf Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit auswirken. Das Zusammenführen unterschiedlicher Expertisen und die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe auf Augenhöhe kann die Behandlungsqualität für die PatientInnen, aber auch, gemeinsam mit zeitlicher Flexibilität und festem Einkommen, die Attraktivität der medizinischen Tätigkeiten erhöhen.

3. Gesundheitsreformumsetzungsgesetz/Primärversorgungsgesetz

Mit den Primärversorgungszentren (PVZ) soll eine neue Institution eingeführt werden, welche die bestehende Versorgung durch Hausärzte ergänzen oder ersetzen soll. Dies, obwohl selbst der Steirische Gesundheitsplan 2035 feststellt: „Zusätzliche Einrichtungen erhöhen die Unübersichtlichkeit, statt zu einem konzertierten, ineinandergreifenden System zusammenzuwachsen“. Eine solche neue Einrichtung muss daher, um gerechtfertigt zu sein, einen hohen Zusatznutzen bieten – und zwar für die Patientinnen und Patienten. Dieser Nutzen könnte vor allem darin bestehen, dass der Zugang zu weiterführenden Untersuchungen und Therapien erleichtert, die Wartezeiten verkürzt, Termine koordiniert werden und allgemein ein ganzheitlicher Ansatz unter Teilnahme verschiedener Gesundheitsberufe verfolgt wird.

Das kürzlich im Nationalrat beschlossene neue Primärversorgungsgesetz sieht die Errichtung von österreichweit 75 PVZ (Steiermark: 11) bis 2021 vor. Damit liegt die Anzahl deutlich unter der von Landesrat Drexler im Zusammenhang mit den angekündigten Spitalsschließungen angekündigten Zahl von 100 PVZ allein für die Steiermark. Eine höhere Zahl an PVZ ist laut Gesetz nur möglich, wenn das Land die Zustimmung der Landesärztekammer erhält.

Wesentlich ist, dass jedenfalls der vorgegebene Stellenplan eingehalten werden muss. D.h., dass durch Einrichtung von PVZ die Zahl der Kassen-Ärzte keinesfalls erhöht werden wird.

Grundsätzlich sollen diese PVZ als Gruppenpraxen von AllgemeinmedizinerInnen geführt werden; aber auch KinderärztInnen können eingebunden werden. Als Alternative sieht das Gesetz aber auch vor, dass PVZ als Ambulatorien durch gemeinnützige oder öffentliche Organisationen, wie etwa GKK, Gesundheitsfonds oder KAGes, vor. Dagegen traten im Vorfeld gewichtige Interessenvertretungen, wie der ÖGB, die AK oder die Industriellenvereinigung, auf, die die Einbindung von Privaten in die Primärversorgung forderten.

Vorerst scheint die Gefahr gebannt zu sein, dass mit Einführung der PVZ private Anbieter auf dem österreichischen Gesundheits“markt“ Fuß fassen können. Zu befürchten ist, dass die Vergaben im niedergelassenen Gesundheitsbereich dem EU-Wettbewerbsrecht unterworfen werden. Mit einem entsprechenden Lohn- und Qualitätsdumping könnten sich große internationale Kapitalgruppen den Markt einverleiben. Private Anbieter wie der deutsche Klinikkonzern Fresenius drängen auf den niedergelassenen Bereich. Auch Investmentfonds scharren in den Startlöchern. Ähnlich wie im Pflegebereich sind ja die Einnahmen quasi staatlich garantiert. Tatsächlich zeigen auch große Bauunternehmen Interesse, über die Errichtung und Vermietung von PVZ am Gesundheitsmarkt mitzunachen.

Ob die derzeitige Regelung nicht doch Schlupflöcher für eine Beteiligung Privater bietet, etwa in Form von PPP-Modellen oder Tochterfirmen öffentlich eingerichteter Körperschaften, wird sich wohl bald weisen.

Durch die PVZ soll für die PatientInnen ein erweitertes Angebot an diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und „gegebenenfalls“ auch sozialen Leistungen gewährleistet werden. Doch die neu einzurichtenden PVZ sollen nur aus einem Kernteam (AllgemeinmedizinerInnen, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en) (DGKP) und eventuell OrdinationsassistentInnen) bestehen. Wie die Versorgung von Kindern, alten oder chronisch kranken Menschen und PalliativpatientInnen, Prävention, psychosoziale Versorgung und Medikationsmanagement im Rahmen des Kernteams abgedeckt werden soll, ist nicht geklärt.

Zusätzliche Gesundheitsberufe wie Sozialarbeiter, Diätologe, Ergotherapeut, Kinderarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Hebamme, Logopäde, Mobile Dienste, Physiotherapeut werden nur als mögliche Ergänzung genannt, sind nicht zwingend vorgesehen. Wie deren Einbindung funktionieren soll und ob deren Leistungen überhaupt vom Kassenvertrag erfasst sind, ist nicht geklärt.

Das konkrete Versorgungskonzept, also v.a. das verbindlich zu erbringende Leistungsspektrum und die zeitliche Verfügbarkeit, ist im Innenverhältnis des PVZ zu vereinbaren. Es gibt dazu keine gesetzliche Regelung.

Geplant ist laut Steirischem Gesundheitsplan 2035, dass die PVZ von Montag bis Freitag von 7 bis 19 Uhr geöffnet haben, und am Samstag eventuell zwei Stunden am Vormittag. Das Bundesgesetz sieht überhaupt nur Öffnungszeiten von Montag bis Freitag „einschließlich der Tagesrandzeiten“ vor. Von einer Versorgung 24 h/7d ist nicht die Rede.

Die Erreichbarkeit in Akutfällen kann durch Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdiensten und Bereitschaftsdiensten sichergestellt werden, oder aber durch telemedizinische Dienste³³ (Telefon, Internet) von „geschultem Personal“.

Bei der Invertragnahme von PVZ sollen zunächst von der örtlichen GKK deren Vertragsärzte, dann alle anderen berufsberechtigten AllgemeinmedizinerInnen und KinderärztInnen, eingeladen werden. Kann nach angemessener Frist das PVZ so nicht vergeben werden, soll die Einladung zur Bewerbung „über diesen Personenkreis hinaus“ erfolgen. Entscheidungsgrundlagen für die Vergabe sollen das

³³ Telemedizin (Telefondienst und webbasierte Kontakte als Rund-um-die-Uhr-Dienst): Telefonischer Erstkontakt rund um die Uhr im Notfall aber auch um allgemeine medizinische und psychosoziale Fragen abzuklären. „Geschultes Personal“ soll auch Termin bei PV, Krankentransport oder Hausbesuch organisieren. Soll keinen Arztbesuch ersetzen, sondern zeit- und ortsunabhängigen gleichwertigen niederschweligen Zugang zum System für alle gewährleisten (Steirischer Gesundheitsplan 2035).

vorgelegte Versorgungskonzept, die Reihungskriterien-Verordnung und die Stellungnahmen von Landesärztekammer und Privatkrankenanstalten sein.

Sollte sich ein PVZ auf diesem Weg nicht vergeben lassen, besteht die oben dargestellte Möglichkeit, dass GKK, KAGes oder Gesundheitsfonds selbst ein Ambulatorium einrichten.

Die Honorierung soll sich aus Grund- und Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütungen und Bonuszahlungen für die Erreichung definierter Ziele zusammensetzen (§ 342 b Abs. 3 Entwurf-Novelle zum ASVG), zumindest sofern ein Gesamtvertrag abgeschlossen wird.

Zusätzlich sollen PVZ auch Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes wie Totenbeschau, Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz und freiheitsbeschränkende Maßnahmen nach dem Heimaufenthaltsgesetz übertragen werden können (§8 Abs. 6 Entwurf PVG 2017).

4. Bewertung

Eine demokratische Beteiligung der Bevölkerung bei der tiefgreifenden Veränderung des Gesundheitssystems ist nicht sichtbar. Sogar die Mitbestimmung der Städte und Gemeinden wurde von den Ländern in ihren Stellungnahmen zum Entwurf heftig zurückgewiesen.

Problematisch ist das Konzept im ländlichen Raum, weil zwar die Öffnungszeiten etwas ausgeweitet werden, sich aber die Wege deutlich verlängern werden. Gerade für chronisch Kranke und alte Menschen, aber auch für Familien mit Kindern ist damit der, für sie häufig nötige Arztbesuch, schwer oder gar nicht organisierbar.

Soll das Ziel der PVZ sein, die Spitalsambulanzen zu entlasten, dann ist eine breitere Öffnungszeit nötig, im Idealfall 7 Tage die Woche 24 Stunden täglich (24h/7d).

Die Einbindung der Fachärzte ist mit dem vorliegenden Konzept nicht erfolgt. Die Einbindung zusätzlicher Gesundheitsberufe ist gesetzlich ebenfalls nicht vorgesehen.

Die angedachte Ermöglichung von Teilzeitstellen in den Gesundheitsberufen erfordert für dieselbe Versorgung mehr Ausübende. Mit den derzeitigen rigiden Zugangsbeschränkungen zum Medizinstudium und der hohen Abwanderung ist mit verstärkten Engpässen zu rechnen, wenn nicht unmittelbar eine Ausbildungsinitiative gestartet wird.

Um zudem noch die Spitalsambulanzen entlasten zu können, müssten PVZ stark erweiterte Öffnungszeiten haben (24h/7d), weitreichende Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten als Kassenleistung bieten und andere Gesundheitsberufe und Fachärzte eingebunden sein. Es müsste zumindest eine gewisse Anzahl an (Tages-)Betten verfügbar sein.

Die Forderung, dass in Gruppenpraxen Ärzte als Angestellte tätig sein können, wurde nicht in das Gesetz aufgenommen. Ein PVZ kann allerdings in Form eines Ambulatoriums betrieben werden. Ein Ambulatorium ist eigentlich eine Krankenanstalt. Und für Krankenanstalten ist die Anstellung von Ärzten möglich.

5. Forderungen

a) *Niedergelassener Bereich allgemein*

- ⇒ Die Primärversorgung darf nicht in die Hände privater Investoren gelangen können. Betreiber der PVZ müssen Ärzte/Gesundheitsberufe sein. Die Finanzierung darf nicht durch gewinnorientierte juristische Personen erfolgen, sondern durch die öffentliche Hand *oder gemeinnützige Träger-Organisationen*. Private Kapitalgeber erwarten sich nämlich eine Rendite, die jedenfalls über marktüblichen Zinsen liegt. Dies würde aber gesundheitspolitischen Anliegen zuwiderlaufen.
- ⇒ Tatsache ist aber, dass private Investoren nur so lange vom Gesundheitssektor ferngehalten werden können, solange kein Bedarf dafür nachgewiesen werden kann.³⁴ Daher darf die Versorgung nicht ausgedünnt werden.
- ⇒ Die Leistungen der Primärversorgung müssen allen Versicherten wohnortnah, leicht erreichbar, niederschwellig für alle Bevölkerungsgruppen und ohne Selbstbehalte zur Verfügung stehen. PVZ sind gerade dort zu errichten, wo eine ausreichende Primärversorgung auch durch medizinische Netzwerke nicht niederschwellig und wohnortnah sichergestellt werden kann.
- ⇒ Bedarfsgerechte transparente Planung: Standorte müssen am Bedarf orientiert sein und nicht an derzeitiger Inanspruchnahme (Bsp. Ärztedichte in Graz links und rechts der Mur³⁵ sehr unausgewogen), Stadt-Land-Gefälle muss ausgeglichen werden (Bsp. Psychosoziale Versorgung, Arbeitsintegration derzeit nur in Graz). Jedenfalls sollte den Städten und Gemeinden ein Mitspracherecht bei der Errichtung neuer Standorte eingeräumt werden.
- ⇒ Die Anzahl der Kassenstellen muss sich am Wachstum und der Struktur der Bevölkerung, aber auch an den speziellen Bedürfnissen orientieren, wie Altersstruktur, soziale Problemlagen, etc.
- ⇒ Die freie Arztwahl, das Recht auf eine Zweitmeinung und die kontinuierliche persönliche Betreuung muss gewährleistet sein.
- ⇒ Auch am Wochenende und abends muss der Zugang zur Primärversorgung gewährleistet sein. Hausbesuche sollen in der Primärversorgung flächendeckend angeboten werden, wenn der Patient körperlich nicht zum Praxisbesuch in der Lage ist.
- ⇒ Bei AllgemeinmedizinerInnen (HÄ und PVZ) müssen zusätzliche Leistungen vom Kassenvertrag erfasst werden (Labor, EKG, Ultraschall, Zuweisungsrecht für zweckmäßige und wirksame Therapien und Untersuchungen). Die Chefarztspflicht muss gelockert werden.
- ⇒ Flexible Formen der Berufsausübung und kooperative Teamarbeit sollen möglich werden. Das Ärztegesetz müsste derart geändert werden, dass auch in bestehenden Gruppenpraxen Ärzte von Ärzten angestellt werden können.
- ⇒ Kassenverträge sollen auch auf mehrere ÄrztInnen aufgeteilt werden können.

b) *Primärversorgungszentren*

- ⇒ Die Umstellung auf PVZ muss eine Verbesserung bringen im Hinblick auf zeitnahe, ortsnahe, SV-finanzierte und niederschwellige medizinische Versorgung auch durch nichtärztliche Gesundheitsberufe. Die Abklärung (Termine für FÄ, MR, etc.) muss schneller erfolgen.
- ⇒ Ein PVZ muss als Kernteam aus zumindest 4 unterschiedlichen Gesundheitsberufen bestehen und im erweiterten Team zumindest noch zwei weitere Gesundheitsberufe hinzutreten. Neben den AllgemeinmedizinerInnen ist im ärztlichen Bereich die Gruppe der Kinder- und Jugendärzte in der

³⁴ EuGH, 10.03.2009 - C-169/07, Hartlauer HandelsGmbH: Der EuGH hat erkannt, dass private Krankenanstalten (hier in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums für Zahnheilkunde) nicht zu bewilligen sind, solange die Versorgungsdichte und -sicherheit durch die öffentlichen Verantwortungsträger gewährleistet ist. Entsprechendes habe auch für Gruppenpraxen zu gelten.

³⁵ <http://www.thisispublichealth.at/blog/>

Primärversorgung als „Hausarzt für Kinder“ unverzichtbar und sollte daher diesen gleichgestellt werden.

- ⇒ Allgemein muss der Zugang für alle Menschen gleich und ohne Kosten gegeben sein, die Leistungen umfassend von der Sozialversicherung erfasst und die wohnortnahe Versorgung gegeben sein. Die freie Arztwahl und das Recht auf eine zweite medizinische Meinung darf nicht eingeschränkt werden, eine „gatekeeping“-Funktion ist daher jedenfalls auszuschließen.³⁶
- ⇒ Es ist zu erwägen, ob die Einbeziehung von Fachärzten in die Versorgungszentren nicht sinnvoll wäre (medizinische Versorgungszentren, MVZ).
- ⇒ Die personelle wie auch apparative Ausstattung der PVZ muss verbindlich einheitlich vorgegeben sein, damit alle Menschen unabhängig von ihrem Wohnort eine einheitliche Versorgung vorfinden. Die erweiterten Angebote eines PVZ müssen jedenfalls auch diagnostische, therapeutische, pflegerische, gesundheitsfördernde und soziale Leistungen beinhalten sowie palliative Versorgung und Hausbesuche, die orts- und bedarfsabhängig nur in ihrem Ausmaß und zeitlichen Angebot variieren, nicht aber gänzlich entfallen dürfen.
- ⇒ Ein transparenter und umfassender Leistungskatalog für PVZ muss erstellt werden.
- ⇒ Alle angebotenen Behandlungs-, Diagnose- und Therapieleistungen aller Berufsgruppen müssen im Kassenvertrag inkludiert sein. Wahlarztstätigkeit muss ausgeschlossen sein.
- ⇒ Das persönliche Arzt/Therapeut-Patienten-Verhältnis muss kontinuierlich möglich sein; verlässliche Anwesenheitszeiten jedes Arztes/Therapeuten.
- ⇒ Die Integration aller Gesundheitsberufe in die PVZ muss auf Augenhöhe erfolgen; die jeweilige Ausübung des Gesundheitsberufs muss eigenverantwortlich erfolgen können.
- ⇒ Damit die Mitglieder des Primärversorgungsteams und dessen Kooperationspartner koordiniert vorgehen können, müssen genügend Ressourcen für regelmäßige Team- und Fallbesprechungen, Supervision und Qualitätszirkel gegeben und finanziell umfasst sein.
- ⇒ Das gesamte medizinische Personal im PVZ muss angestellt tätig sein. Wahlärzte dürfen nicht im PVZ tätig sein.

F. Fachärzte

1. Derzeitige Situation

Die Wartezeiten auf Facharzttermine und CT- oder MRT-Untersuchungen sind derzeit viel zu lang. In vielen Sparten gibt es zu wenige Fachärzte mit Kassenvertrag. Es fehlen Kinderärzte, kinderärztlicher Notdienst mit Hausbesuchen.

Die Umsätze der Fachärzte sind in der Steiermark österreichweit am höchsten. Weit über 250.000 Euro beträgt der Umsatz pro Facharzt im Schnitt 2010.³⁷

³⁶ In einigen europ. Ländern hat die PV Gate-keeping Funktion, d.h. ohne Überweisung gibt es keinen Zugang zu FA oder KH. Diese Zugangsbeschränkungen sind mit Wartelisten verbunden. Folge sind oft lange Wartezeiten für den Zugang zu FA oder KH, besonders für chronisch Kranke, die häufig zwischen stationärer und ambulanter Versorgung wechseln (Niederlande, Schweden). Auch die Erwartung, dieses System würde Kosten senken, wird nicht erfüllt (Die Niederlande haben die höchsten Kosten pro Kopf).

³⁷ DerStandard, „Masse statt Klasse“, 11.6.2012.

2. Pläne der Regierung

In der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist von „Versorgungsstrukturen für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung“ die Rede. Diese sollen in Form von ambulanten Zentren, als Netzwerke, selbständige Ambulatorien oder im spitalsambulanten Bereich geplant werden und erweiterte Öffnungszeiten haben. Tatsächlich ist bis jetzt noch nichts Näheres über die Umsetzung dieser Pläne bekannt geworden.

Laut Steirischem Gesundheitsplan 2035 bleibt nur „grundsätzlich“ die Möglichkeit bestehen, auch ohne Überweisung direkt zum FA zu gehen. Mit Zuweisung durch PV soll die Terminfindung aber vereinfacht und der FA schon die relevanten Unterlagen erhalten. Mehrfachuntersuchungen sollen reduziert werden. In Zukunft soll es zusätzlich FA-Zentren mit Funktionsbetten bis 24 h und FA-Zentren mit Vollausrüstung und Betten für längerfristige Pflege geben (KH). Diese sollen sich in und aus den heutigen Krankenhäusern entwickeln.

3. Forderungen

Das Recht der Patienten, auch ohne Überweisung den Facharzt aufzusuchen, muss erhalten bleiben, da laut EHCI die Systeme, bei denen die PV Gatekeeper-Funktion haben, deutlich schlechter in Bezug auf Wartezeiten abschneiden und auch keine Kosteneinsparungen erzielt werden können.

Der zunehmende Trend zu Wahlarzt- oder Privatpraxen muss gestoppt werden.

G. Ambulante psychiatrische Versorgung

In Europa leiden mindestens 27 % der Erwachsenen an zumindest einer psychischen Erkrankung in einem Jahr. In der gesamten Lebenszeit sind sogar 50 % der Erwachsenen einmal im Leben von einer psychischen Erkrankung betroffen. Mit einer weiteren Zunahme muss laut WHO gerechnet werden. Psychische Erkrankungen sind für einen großen Anteil an der gesamten Krankheitslast verantwortlich. Leider wird derzeit nur etwa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen erkannt und behandelt. In der Steiermark kommen aufgrund der mangelnden fachärztlichen Versorgung viele Erkrankte ohne Vorfilterung im Akutfall direkt an die Notfallsambulanz. Dies führt zu einer Überlastung der Ambulanz und in weiterer Folge der stationären Einrichtung. Nach der Entlassung fehlt es wieder an ausreichenden Angeboten von ambulanter Betreuung im Wohnumfeld. Diese Lücken und die langen Wartezeiten führen zu wiederholten stationären Wiederaufnahmen und schlechtem Behandlungserfolg.

In der Steiermark gibt es 13 FÄ für Psychiatrie (davon 1 FA für KJP) und 14 FÄ für Neurologie mit Kassenvertrag. Dagegen gibt es 47 Wahlärzte in diesem Bereich, davon 6 FÄ für KJP.

Kinderpsychiater und Kinderpsychologen fehlen. Problematisch sind die Selbstbehalte. Es gibt kaum Reha-Plätze für Kinder. Es braucht dringend ambulante Angebote für psychisch kranke junge Menschen zwischen 16 und 25 Jahren.

Derzeit ist die psychiatrische Versorgung in der Steiermark sehr spitalszentriert. Die Verteilung der Fachärzte ist im Wesentlichen auf die Ballungszentren beschränkt. Als notwendig erachtet werden:

- persönlicher und mobiler Krisendienst, der auch in den Tagesrandzeiten verfügbar ist (Rufbereitschaft) als erste Anlaufstelle,
- fachärztliche Betreuung in den Regionen incl. expliziter Kinder- und Jugendpsychiatrischer Versorgung und Alterspsychiatrie,
- psychiatrischer Konsiliardienst für die Spitäler, die keine psychiatrische Abteilung haben.

Zusätzlich braucht es spezifische Angebote für SuchtpatientInnen.

Gebraucht werden dringend mehr Plätze im sozialpsychiatrisch betreuten Wohnen. Gerade nach einem stationären Aufenthalt, aber auch für Suchtkranke, sind diese Angebote dringend nötig. 5 bis 7 Plätze pro 10.000 Erwachsenen sollten vorgehalten werden. Tatsächlich gibt es in der gesamten Steiermark 179 Plätze (1,8 Plätze/10.000 EW), wobei die gesamte Obersteiermark extrem benachteiligt ist und Plätze für Kinder und Jugendliche überhaupt fehlen. Diese fehlenden Wohnplätze wirken sich derzeit massiv auf die Überlastung der derzeitigen Strukturen aus.

Für den Bereich der Arbeitsintegration und Arbeitsrehabilitation wird von einem Bedarf von 3 bis 5 Plätzen pro 10.000 Erwachsenen ausgegangen. In der Steiermark gibt es derzeit 227 Plätze (2,3 Plätze/10.000 EW). Zusätzlicher Bedarf ist dringend gegeben, wobei auch hier eine gerechte regionale Verteilung erzielt werden muss. Gut ausgebaut ist das Angebot derzeit nur in Graz und in der Oststeiermark und für Erwachsene. Für Jugendliche gibt es derzeit nur bei Vorliegen einer Behinderung Plätze, nicht aber bei psychischen oder Suchterkrankungen.

Für sozialpsychiatrische Tagesstruktur gibt es insgesamt in der Steiermark 324 Plätze (3,3 je 10.000 EW). Allerdings ist die regionale Verteilung mangelhaft; es fehlen besonders im Großraum Graz und in der östlichen Obersteiermark Plätze. Zudem gibt es keine Angebote für spezielle Altersgruppen und Suchtkranke. Die Anzahl sollte daher auf 4 je 10.000 EW angehoben werden.

Mobile sozialpsychiatrische Betreuung wird für langfristig und schwer psychisch Erkrankte gebraucht, um Angehörige und stationäre Strukturen zu entlasten. Hier fehlen Angebote für ältere Menschen und Suchtkranke.

H. Multiprofessionelle medizinisch-chirurgische Versorgungszentren

Durch die Einführung von Primärversorgungszentren werden wesentliche Mängel der derzeitigen medizinischen Versorgung nicht behoben. Die Beschränkung auf die Allgemeinmedizin missachtet die wirklichen Bedürfnisse der PatientInnen, die auch in einer ausreichenden fachärztlichen Versorgung bestehen.

Multiprofessionelle medizinisch-chirurgische Versorgungszentren (MVZ) könnten eine Mittelstellung zwischen der ambulanten Primärversorgung und der stationären Versorgung darstellen, die medizinische Versorgung stärken und den Druck von den Spitalsambulanzen nehmen. Fachübergreifend können Allgemeinmediziner und Fachärzte unterschiedlicher Richtungen (Chirurgen, Psychologen, Kinderärzte, Gynäkologen und Hebammen, Augenärzte, Hautärzte) und andere Berufsgruppen tätig sein.

MVZ sollten auf die Behandlung sogenannter Volkskrankheiten gerichtet sein. Der Betrieb des MVZ, seine Errichtung und Verwaltung sollte durch die öffentliche Hand unter ärztlicher Leitung erfolgen. Ärzte und medizinisches Personal arbeiten im Angestelltenverhältnis. Alle Leistungen werden auf Kassenvertrag erbracht, sodass eine umfassende Versorgung der Bevölkerung gewährleistet ist. Patienten haben bei Weiterbehandlungen und Überweisungen innerhalb des MVZ keinen Zeitverlust und keine langen Geh- oder Fahrtstrecken. Die festen Gehälter der Ärzte und Therapeuten verringern den Anreiz dafür, dass Behandlungsmethoden nach Aspekten der Gewinnmaximierung statt nach medizinischen Aspekten erfolgen.

I. Spitäler

1. Spitäler – Teil der regionalen Identität

SPÖ und ÖVP sprechen davon, den „Besitzstandswahrern“ den Kampf anzusagen. Wenn die örtliche Bevölkerung für den Erhalt „ihrer“ Spitäler eintritt, dann hat das aber gute Gründe.

Wenn ein Mensch ins Krankenhaus geht, dann gibt er einen Teil seiner Selbstbestimmung auf, begibt sich in die Hand des Krankenhauspersonals und hofft auf die beste ärztliche und pflegerische Betreuung. Für die Heilung spielt aber nicht nur die Diagnose und Behandlung eine Rolle, sondern auch das Umfeld der PatientInnen. Dabei spielt es eine Rolle, ob er/sie das Krankenhaus und Teile des Personals bereits kennt und ob und wie oft Besuch kommt. Viele Menschen haben zu ihrem „Heimatkrankenhaus“ mehr Vertrauen als zu anderen Spitälern.

Krankenhäuser haben zudem eine enorme wirtschaftliche Bedeutung. Oft sind sie ein bedeutender Arbeitgeber einer Region. Die Beschaffungen für das Krankenhaus haben Bedeutung für die regionale Wirtschaft. Sehr viele steirische Regionen sind von Abwanderung bedroht. Kostspielige Studien werden erstellt, neue Projekte ins Leben gerufen, um die Abwanderung einzubremsen. Aber am einfachsten wäre es, die Infrastruktur zu erhalten, die bereits vorhanden ist.

Spitäler sind in der Peripherie häufig die größten Dienstgeber und die größten Einkäufer der Region und somit ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor. Ein Großteil der Löhne fließt über den Konsum wieder zurück in den regionalen Wirtschaftskreislauf, aus dem wieder neue Einkünfte entstehen. Von diesen Einkünften fallen Abgaben an, die an die öffentliche Hand zurückfließen. Die Schließung eines Spitals führt zu einer Schwächung der gesamten Region.

Die Schließung von Spitälern, speziell die Schließung von Geburtsstationen, ist ein deutliches Signal an die Bevölkerung, dass die Region zum Sterben verurteilt ist. Der Wegfall von grundlegender Infrastruktur im medizinischen Bereich bewirkt Verunsicherung, sodass sich auch immer weniger Ärzte für die Region entscheiden.

Was kostet es eine Gesellschaft, wenn ganze Regionen absterben? Auch unter diesem Aspekt müssen die Krankenhauskosten betrachtet werden. Einer kurzfristigen Einsparung steht dann ein langfristiger Schaden gegenüber.

Die bisherige Finanzierungsdiskussion wurde ausschließlich unter einem Kosten-Blickwinkel für den Staat, die Länder und Gemeinden sowie die Beitragszahler geführt. Dies ist aber nur die eine Seite

der Bilanz. Was vielfach nicht berücksichtigt wird, ist, dass diesen Ausgaben ein klar quantifizierbarer Nutzen gegenübersteht. Wie hoch die ökonomischen Effekte sind, die von einer medizinischen Einrichtung ausgehen können, zeigt eine Studie³⁸, die von der Forschungsgruppe Marktorientierte Unternehmensführung (FGMU) der TU Dresden durchgeführt wurde und die die ökonomischen Wirkungen der Universitätsmedizin Heidelberg untersucht hat. Die Studie zeigt auf, dass der Steuerrückfluss 90 Prozent der eingesetzten Mittel des Landes ausmacht. Bezogen auf alle Gebietskörperschaften in Deutschland fließen sogar das 2,8fache der eingesetzten Landesmittel als Gesamtsteueraufkommen an die öffentliche Hand zurück.

Auch bei den Arbeitsplätzen hat sich eine solche Hebelwirkung nachweisen lassen: Werden die außerhalb der Universitätsmedizin Heidelberg bewirkten Beschäftigungsverhältnisse zu den Vollkraftstellen der Universitätsmedizin Heidelberg ins Verhältnis gesetzt, so kommen auf jede Vollkraftstelle an der Klinik 1,4 weitere Arbeitsplätze im Bundesland. In der bundesweiten Betrachtung der bewirkten Beschäftigungsverhältnisse liegt dieser Multiplikator sogar bei 2,7; d.h. jeder Arbeitsplatz an der Klinik bewirkt bundesweit 2,7 weitere Arbeitsplätze.

Mit dem Zielhorizont einer „guten“ Behandlung von Patienten im stationären Versorgungssystem verbinden Patienten, die im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen und die Institution Krankenhaus aus ihrer jeweils eigenen Perspektive jeweils unterschiedliche Interessenschwerpunkte. Auch wenn alle diese Akteure die Interessen der jeweils anderen grundsätzlich als berechtigt, wünschenswert oder auch unabdingbar für eine angemessene Behandlung akzeptieren, steht in der Regel für Patienten eine Behandlung unter Wahrung ihrer Würde und personalen Selbstbestimmung im Vordergrund, für die medizinischen Berufsgruppen die Effektivität ihres professionellen Bemühens im Sinne eines bestmöglichen Behandlungsergebnisses, für die Ökonomie die Effizienz der Behandlung im Sinne eines günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses und für das Krankenhaus die ökonomische Sicherstellung der eigenen Existenz oder sogar ein Gewinn.

Im Vordergrund von patientenbezogenen Entscheidungen stehen gegenwärtig als Outcome-Parameter vor allem die Effektivität und Effizienz der Behandlung, während andere für das Patientenwohl relevante Aspekte, wie zum Beispiel die Sorge für den Patienten oder der Respekt vor seiner Selbstbestimmung, nicht angemessen beachtet werden können. Diese Faktoren sind ökonomisch nur schwer operationalisierbar und stehen einer vorrangig ökonomischen Sichtweise entgegen. Insbesondere für Patientengruppen mit besonderen Bedürfnissen (Kinder und Jugendliche, alte und multimorbide Patienten, Menschen mit Behinderung und Menschen mit Demenz sowie Patienten mit Migrationshintergrund), treten zudem die Aspekte eines gleichen Zugangs zu Behandlungsleistungen oder der gerechten Verteilung von Ressourcen hinter ökonomische Kriterien der Effizienz und Effektivität zurück.³⁹

Fakt ist auch, dass in Österreich das medizinische Outcome trotz Investitionen im Spitzenbereich nicht im Spitzenfeld Europas liegt. Als Grund wird vielfach die mangelnde Spezialisierung der Kliniken und die zu geringen Fallzahlen bzw. nicht erreichte Mindestmengen für spezielle Behandlungen und Eingriffe an Peripheriespitälern angeführt.

Mindestmengen werden in der Gesundheitsversorgung zunächst also vor allem in Zusammenhang mit der Qualität und Sicherheit der medizinischen Leistungen gebracht, spielen daneben aber auch

³⁸ Prof. Dr. Armin Töpfer/Steffen Silbermann/Anne Maertins, Krankenhäuser sind Wirtschaftsmotoren für die Region, Das Krankenhaus, 9/2014.

³⁹ *Deutscher Ethikrat*, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, April 2016, 63ff.

bei Fragen der Wirtschaftlichkeit eine bedeutende Rolle. Denn die steigenden Kosten des Gesundheitswesens – insbesondere im Bereich der Spitalsversorgung – verlangen danach, neben dem Qualitätsaspekt auch den wirtschaftlichen Aspekt zu beachten und die Frage zu stellen, welche Maßnahmen die steigende Kostenentwicklung positiv beeinflussen könnten bzw. die Wirtschaftlichkeit erhöhen könnten. Dass vorgeschriebene Mindestmengen an bestimmten (zumeist sehr komplexen) Operationen gerade in Spitälern mit kleinen Fallzahlen nicht mehr erbracht werden dürfen, erscheint als logische Folge. Diese Operationen sollen daher auf jene Krankenhäuser verteilt werden, die die festgelegten Mindestmengen erbringen können. Das bedeutet wiederum, dass es zu einer Konzentration der medizinischen Leistungserbringung kommen kann und sich für bestimmte Operationen langfristig spezialisierte Krankenhäuser – sogenannte „Centres of Excellence“ – herausbilden können, in denen den Patienten zentriertes Spezial- und Expertenwissen zur Verfügung stehen wird.⁴⁰

Für viele Operationen existiert ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten Operationen und der Ergebnisqualität. Dennoch ist die Ableitung expliziter Mindestmengen aus der vorhandenen medizinischen Evidenz umstritten, da ein wissenschaftlich anerkanntes Modell, durch das bewiesen werden könnte, wie der oft beobachtete Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten Operationen (auf Seiten einzelner Ärzte oder Krankenhäuser) und dem am Patienten ablesbaren Versorgungsergebnis zu erklären ist, bislang nicht existiert. Der ÖSG basiert in hohem Ausmaß auf der Vorgabe von Mindestfrequenzen für einzelne medizinische Leistungen (um eine weitere Bettenreduktion bzw. Schließungen kleinerer Einheiten, die die vorgegebenen Mindestfrequenzen nicht erreichen können, zu bewirken) sowie auf der Vorgabe von Richtlinien für Qualitätskriterien, um einerseits eine gleichmäßige, bestmöglich erreichbare, aber andererseits auch eine wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung garantieren zu können.⁴¹

Für eine Einführung von „Mindestmengen in der Medizin“ sprechen vor allem folgende Argumente:

- Durch die Festlegung von Mindestmengen sollen die Versorgungsergebnisse der Patienten verbessert werden, da bestimmte Operationen nur noch in Krankenhäusern, die bezüglich dieser Operationen viel Erfahrung haben, bzw. von erfahrenen Ärzten durchgeführt werden dürfen.
- Spezialisierte Krankenhäuser werden attraktiver für spezialisierte Ärzte und es können sich langfristig „Centers of Excellence“ (spezialisierte Zentren) für verschiedene Operationen herausbilden.
- Die Patienten können in Einrichtungen, die die vorgeschriebenen Mindestmengen erfüllen, ein positiveres Behandlungsumfeld für die entsprechenden Krankheiten erfahren als in Einrichtungen, die diese Mindestmengen nicht erfüllen.

Gegen eine Einführung sprechen vor allem folgende Argumente:

Durch die Einführung von „Mindestmengen in der Medizin“

- kann sich die Möglichkeit einer flächendeckenden Versorgung der Patienten verringern;
- entstehen lange Anfahrtswege für PatientInnen;
- kann sich die Patientenautonomie verringern;

⁴⁰ Julia Gibus, Mindestmengen in der Medizin, WISO 1/2012, 85ff.

⁴¹ Julia Gibus, Mindestmengen in der Medizin, WISO 1/2012, 85ff.

- werden diejenigen Leistungserbringer von der Versorgung ausgeschlossen, die auch ohne hohe Fallzahlen eine hohe Qualität der Versorgung erbringen;
- ergeben sich Veränderungen der Versorgungskapazitäten (z.B. Aufbau von Behandlungskapazitäten in Zentren), die zu langen Wartelisten und Überbeanspruchung in den Zentren führen können;
- kann es zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand kommen, da die Einhaltung der vorgeschriebenen Mindestmengen überprüft werden muss;
- kann es zu einer Unterversorgung im ländlichen bzw. peripheren Bereich kommen,
- kann es zu unnötigen Eingriffen kommen, um die nötige Mindestmenge zu erreichen.⁴²

Unbestritten ist, dass spezialisierte Kliniken absolut zweckmäßig und notwendig sind, um Spezial- und Risikofälle entsprechend behandeln zu können. Die verallgemeinernde Aussage, dass große Spezialkliniken jedenfalls auch für Nicht-RisikopatientInnen sicherer sind, lässt sich nicht belegen.⁴³

Die alleinige Fokussierung auf die Fallzahl wird der Komplexität der Frage nicht gerecht und beruht im Wesentlichen auf dem Wissensstand der 90er Jahre.⁴⁴ Sie ist eine Steuerungsgröße der Gesundheitsökonomie, aber nicht unbedingt der Qualität. Mindestmengen schließen die Versorger aus, die diese Zahlen nicht erreichen und trotzdem eine gute Qualität haben. Und Mindestmengen können Fehlanreize ausüben. Es besteht die Gefahr der Übertherapie, der Ressourcenverschwendung und der verringerten Patientensicherheit. Die Lebensqualität des Patienten kann sogar infrage gestellt werden, wenn Eingriffe durchgeführt werden, um die Mindestmengen zu erreichen.⁴⁵

2. Finanzierung der Spitäler

Es ist unstrittig, dass die Gesellschaft ein Interesse an einer allgemein zugänglichen, qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung auf dem aktuellen Stand von Medizin, Biowissenschaft und Technik hat. Dies ist nicht nur im Interesse der Patienten, sondern auch im Interesse der akut nicht von Krankheit Betroffenen. Denn diese können sicher sein, im Fall einer Erkrankung schnellstmöglich eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in Anspruch nehmen zu können. Dieser Bedarf tritt vielfach unvorhergesehen und akut ein, sodass sogenannte „Reservekapazitäten“ vorgehalten werden müssen. Stationäre Einrichtungen haben somit den Charakter eines Optionsguts, das heißt, bereits die Existenz einer stationären Versorgung stiftet den Mitgliedern der Gesellschaft einen Nutzen.⁴⁶

Die versorgungsrelevanten Akut-Spitäler werden aus mehreren Töpfen finanziert: Auf der einen Seite durch die Sozialversicherungsträger, auf der anderen durch die Länder, den Bund und die Gemeinden und zu einem weiteren Teil durch die Patienten und Patientinnen und die privaten

⁴² Julia Gibus, Mindestmengen in der Medizin, WISO 1/2012, 85ff.

⁴³ Im Gegenteil: Die vorliegenden Daten für Österreich insgesamt besagen z. B., dass die „perinatale Mortalität in kleineren Geburtsstationen geringer ist. 3,5 Promille bei Geburtenzahlen über 500, und nur 3,1 Promille in Stationen unter 500 Geburten im Jahre 2013. Im Jahre 2012 3,3 Promille bei Geburtenzahlen über 500, und nur 1,9 Promille in Stationen unter 500 Geburten. Quelle: *Institut für klinische Epidemiologie der Tilak; Oberaigner W., Leitner H., Bericht Geburtenregister Österreich Geburtsjahr 2013*, Seite 17.- Fachbeirat Geburtenregister Österreich - Arbeitsgemeinschaft der OEGGG; Heim K.; Geburtenregister Österreich Bericht Geburtsjahr 2012, Seite 79.

⁴⁴ Julia Gibus, Mindestmengen in der Medizin, WISO 1/2012, 85ff. In den meisten Staaten werden daher z.B. die verschiedenen Stufen von Geburtshilfe-Stationen auch nicht nach Größenklassen der Geburtenzahlen, sondern nach Personal, Ausrüstung und Risikoprofilen der Mütter klassifiziert, *Bartels-Wenzlaff-Poets* (2007): Obstetrical volume and early neonatal mortality in preterm infants. *European Journal of Epidemiology*, 22(11), 791–8.

⁴⁵ Julia Gibus, Mindestmengen in der Medizin, WISO 1/2012, 85ff.

⁴⁶ *Deutscher Ethikrat*, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, April 2016, 115ff.

Krankenversicherungen finanziert. Die verbleibenden Mehrkosten werden durch die sogenannte Abgangsdeckung der Länder finanziert.

Ursprünglich wurden Spitalsleistungen nach der Dauer des Aufenthalts des Patienten abgerechnet. Unabhängig von der Art der Erkrankung wurde ein Pflegegebührensatz pro Pflagegetag verrechnet. Dieses Pflagegetagsvergütungs-System galt in Österreich bis 1996. Auch hier waren Zuschüsse und Abgangsdeckung zusätzlich nötig. Nachteil dieses Systems war, dass der tatsächliche Aufwand bzw. die Schwere der Erkrankung nicht berücksichtigt wurde und eine Verlängerung des Spitalsaufenthalts automatisch zu Mehreinnahmen führte.

Europaweit wird heute in der Abrechnung der Krankenhaufälle immer mehr auf das Diagnosis Related Groups-System (DRG) gesetzt, einem pauschalieren Abrechnungsverfahren. Die österreichische Version des DRG-Systems ist die seit 1997 bestehende „leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF): Jede Krankenanstalt hat die Diagnosen und Einzelleistungen zu dokumentieren und bekommt dafür die festgelegten Punktwerte.⁴⁷ Diese entsprechen einem bestimmten Euro-Wert aus dem Landesgesundheitsfonds. Auch bei diesem System wird der individuelle Aufwand nicht berücksichtigt, sondern pauschal bestimmte Aufwände für die jeweiligen Diagnosen und Leistungen⁴⁸ definiert.

Ziel des DRG-Systems ist die Reduzierung der Aufenthaltsdauer und die Senkung der Kosten. Gedacht war das System ursprünglich (entwickelt in den 60er-Jahren in den USA) lediglich als Anhalt für Budgetberechnungen. Wird es als Finanzierungsinstrument verwendet, sind damit auch Risiken für die Patienten verbunden. Gerade in Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht wird die Leistungserweiterung und Leistungsauddifferenzierung im ambulanten Bereich vorangetrieben, um LKF-Einnahmen zu erhöhen. Überdies findet sich in allen Krankenhäusern die Strategie, die Zahl der Operationen, die wirtschaftlich, im verrechnungstechnischen Sinne, sehr wichtig und lukrativ sind, bei gleichbleibenden Personalressourcen zu erhöhen und damit die Produktivität zu steigern. Dies ist in den letzten Jahren auch gelungen. Zusätzlich wird versucht, die Aufenthaltsdauer der PatientInnen nach Operationen zu verkürzen.⁴⁹

Tatsächlich aber hat sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verkürzt. 1960 lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer noch bei etwa 25 Tagen, allerdings zählte man auch nur knapp 15.000 Aufenthalte pro 100.000 Einwohnern. 2015 war die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nur mehr 6,5 Tage, allerdings stieg die Zahl der Aufenthalte auf etwa 31.000 pro 100.000 Einwohner.

Der Kostendruck hat Auswirkungen auf die medizinische stationäre Versorgung. Während Krankenhäuser mit Öffentlichkeitsrecht primär auf Kostensenkung setzen, setzen Privatkliniken mehr auf „rentable PatientInnen“, das sind privat versicherte PatientInnen mit gut planbaren und überschaubaren Behandlungen, um ihre Bettenauslastung und damit die Einnahmen zu erhöhen.⁵⁰

⁴⁷ Zusätzlich kann bei der Mittelzuteilung die besondere Versorgungsfunktion eines Spitals berücksichtigt werden.

⁴⁸ Leistungsorientierte Diagnosen-Fallgruppen (LDF).

⁴⁹ *Ulrike Papouschek*, Umstrukturierungen im Krankenhaus und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen FORBA-Forschungsbericht 5/2011, 73.

⁵⁰ *Ulrike Papouschek*, Umstrukturierungen im Krankenhaus und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen FORBA-Forschungsbericht 5/2011, 83.

Verlierer des Systems sind vor allem ältere, multimorbide, schwerkranke und chronisch kranke Patienten und die Beschäftigten der Spitäler. Spielen doch der Genesungsgrad, das Ergebnis der Behandlung, keine Rolle in der finanziellen Bewertung. Der Patient braucht nicht einfach nur eine neue Hüfte. Er muss danach wieder gehen lernen. Man muss ihn vielleicht seelisch mobilisieren, weil er vereinsamt war und keinen Lebenswillen mehr hatte. Dafür aber ist keine DRG-Ziffer vorgesehen. Alleinstehende Patienten, die sehr rasch wieder entlassen werden, müssen häufig schon bald wieder aufgenommen werden – mit einer veränderten Diagnose ist das für das Spital sogar lukrativ, da mehrere kurze stationäre Aufenthalte nach dem DRG-System für den Erlös besser sind, als ein längerer mit mehreren Prozeduren. Ziel des Spitals muss es nach dieser Finanzierungsmethode sein, billiger zu arbeiten, als der Durchschnitt. Spezialisierten Spitalern gelingt das naturgemäß besser, da die Routine die Kosten senkt.

Was medizinisch notwendig ist, wird durch betriebswirtschaftliche Vorgaben, also den Bestandteilen des Fallpauschalensystems beeinflusst. Medizinische Professionalität und Humanität werden zwangsläufig eingeschränkt. Arbeitsverdichtung und Intensivierung wird von den Beschäftigten in allen Krankenhäusern als größte Belastung erlebt.⁵¹ Die Entwicklung trifft vor allem „nicht-spezialisierte Pflegekräfte“ und Pflegehilfskräfte, eine Gruppe, die sich aufgrund des Kostendrucks in den Spitalern weiter vergrößern wird, während die spezialisierten Pflegekräfte verringert werden sollen.⁵²

Unter den mit den DRGs eingeführten Rahmenbedingungen besteht aus ökonomischer Perspektive die Gefahr, den Patienten nach der Diagnosestellung und diagnosebezogenen Behandlung zu früh aus dem Krankenhaus zu entlassen. Solche und andere Handlungsweisen wie zum Beispiel eine ausgeweitete Indikationsstellung oder eine Fragmentierung des Behandlungsprozesses legen die auf Basis empirischer Untersuchungen mittlerweile gut begründete These nahe, dass der Patient unter Bedingungen des derzeitigen DRG-Systems weniger in seiner individuellen Bedürftigkeit als vielmehr als ein pauschalierter Behandlungsfall wahrgenommen wird. Hiermit droht eine veränderte Arzt-Patient-Beziehung. Denn wenn die Fallpauschale die Sicht des Arztes auf den Patienten als Individuum überformt und ihre Funktion von einem Mittel für die Abrechnung hin zum Zweck der Behandlung verändert, ist das wichtige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ernsthaft gefährdet.⁵³

Die Spitalsambulanzen hingegen werden nicht nach Punkten, sondern pauschal abgegolten. Hier bedeutet eine Mehrleistung keine zusätzliche Einnahme, sondern nur Mehrkosten. Die Ambulanzen sind durch die Pauschalabgeltung regelmäßig nicht ausreichend finanziert.

⁵¹ *Ulrike Papouschek*, Umstrukturierungen im Krankenhaus und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen FORBA-Forschungsbericht 5/2011,83ff.

⁵² Siehe z.B. Vorblatt zur Vorlage der Stmk. LReg. Einl.Zahl 1696/1 vom 18.5.2017: „Es wird aus heutiger Sicht davon ausgegangen, dass sich die Aufteilung der Entlohnungsgruppen in der Pflege von derzeit ca. 70% Diplomiertem Personal zu 30% Pflegeassistenz innerhalb der nächsten 10 Jahre zu einem Qualifikationsschlüssel von 50% Diplomiertem Pflegepersonal zu 22% Pflegeassistenz, 8 % Allgemeiner Hilfsdienst und 20% Pflegefachassistenz verschieben wird. Dadurch würde sich (auf 10 Jahre gerechnet) ein Kostendämpfungseffekt von **€ 6.122.782,-00** ergeben.

Gleichermaßen könnte sich bei einer Umschichtung von 10% der derzeit vom Gehobenen Medizinisch- Technischen Dienst wahrgenommenen Tätigkeiten zu den neuen Berufsbildern des MAB- Gesetzes (Medizinische- Assistenzberufe- Gesetz) innerhalb von 10 Jahren eine Kostenreduktion in Höhe von **€ 2.133.600,00** ergeben.“

⁵³ *Deutscher Ethikrat*, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, April 2016,71ff.

Daher ist es aus Sicht der Spitäler sinnvoll, ambulante Patienten zumindest kurzfristig (als 1-Tages oder 0-Tages-Patienten) stationär aufzunehmen, da dadurch LKF-Punkte lukriert werden können und auch die Patienten für die Aufnahme einen Kostenbeitrag zu bezahlen haben.

Gesundheitsökonomien fordern die Schließung von Kleinspitalern, da sich die Spitalsfixkosten in großen Spitalern auf höhere Fallzahlen verteilen lassen, was zu geringeren Fallkosten führen soll. So kann eine Geburtsstation erst ab einer gewissen Anzahl von Geburten pro Jahr kostendeckend geführt werden. Allerdings erschöpfen sich diese Skaleneffekte ab einer gewissen Spitalsgröße, sodass in Wahrheit mit weiter zunehmenden Fallzahlen wieder mit einem Anstieg der Kosten zu rechnen ist. Die WHO sieht die Skaleneffekte bei Spitalseinheiten zwischen 100 und 200 Betten erschöpft (WHO Health Evidence Networks 2013), dänische Forscher berechnen die optimale Spitalsgröße mit 275 Betten (Kristensen et al. 2008). Steigen die Kosten aber bei über 10.000 bis 20.000 Fällen, bedingt durch negative Skaleneffekte und Komplexitätskosten, auch nur gering an, so hat dies aufgrund der Masse einen extremen Kostensteigerungseffekt. Im Allgemeinen wird auch mit sinkender Motivation der Mitarbeiter in großen Einheiten gerechnet. Es ist daher ökonomisch wenig sinnvoll, in komplexen Unikliniken banalere medizinische Eingriffe anzubieten.

3. Ambulanzen

Generell wird beklagt, dass die Überlastung der Spitalsambulanzen v.a. durch die nicht gesteuerten Patientenströme verursacht wird, die sich einfach ohne Notwendigkeit zur Behandlung in die Ambulanz statt zu niedergelassenen Ärzten bewegen.

Eine Studie⁵⁴ hat die Anzahl der SelbstzuweiserInnen im Spital untersucht. Das Ergebnis war, dass 12,5 Prozent aller Ambulanzkontakte SelbstzuweiserInnen waren. Das heißt, dass die überwältigende Mehrheit der PatientInnen in den Spitalsambulanzen, nämlich 87,5 Prozent, zuvor bei einem niedergelassenen Arzt waren und von ihm überwiesen wurden. Von den SelbstzuweiserInnen hätten laut Studie 60 Prozent bei niedergelassenen Allgemeinärzten behandelt werden können (von den unfallchirurgischen Fällen nur ca. 42 Prozent). Somit sind 92,5 Prozent der Ambulanzkontakte derzeit NICHT durch niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen behandelbar.

Fakt ist natürlich, dass diese nicht notwendigen Selbstzuweisungen durchaus durch Beratung oder bessere Versorgung durch niedergelassene Ärzte unterbunden werden können und sollen. Die Überlastung der Ambulanzen rührt aber offenbar nicht von Selbstzuweisungen orientierungsloser PatientInnen.

So kritisiert etwa die steirische Patientenanwältin, dass in der Steiermark viel zu viele BewohnerInnen von Pflegeheimen wegen Bagatellen ins Spital geschickt werden, weil es in den Heimen keine ärztliche Versorgung gibt. Die niedergelassenen Ärzte in den Regionen haben nicht die Kapazität, um auch noch die BewohnerInnen der Heime zu versorgen. Um die PflegeheimbewohnerInnen angemessen versorgen zu können, müssen Ärzte zudem spezielle Kenntnisse der Altersmedizin haben und in Akutfällen erreichbar sein. Diese Versorgung wird in anderen Bundesländern dadurch gewährleistet, dass Pflegeeinrichtungen eigene Ärzte anstellen. Das kostet Geld. In dem Zusammenhang spielt es eine Rolle, dass die Steiermark die höchste Anzahl an gewinnorientierten privaten Pflegeheimen österreichweit hat (Oberösterreich: 2 von 118, Salzburg: 1

⁵⁴ Gerald Haidinger et al., Selbstzuweiser im Spital – wie viele könnten im primär-medizinischen Bereich behandelt werden? ZFA 2013, 89.

von 73, Steiermark: 115 von 195). Und die privaten Betreiber haben großes Interesse, ihre Kosten möglichst gering zu halten. Viele unnötige Rettungstransporte, Ambulanzbesuche und Spitalsaufenthalte, mit all ihren negativen Folgen für die betroffenen PatientInnen, aber auch für die Allgemeinheit, könnten nach Ansicht der Patientenanwältin vermieden werden, wenn die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen gewährleistet wäre.

Notwendig ist eine umfassende Primär- und Notversorgung 24 h pro Tag. Damit die Patienten die nötige Versorgung auch im niedergelassenen Bereich ohne lange Wartezeiten erhalten können, sind ein deutlich erweitertes Leistungsspektrum der AllgemeinmedizinerInnen bei Untersuchungsmöglichkeiten und Behandlung auf Kassenkosten – auch in Zusammenarbeit mit Fachärzten, und erweiterte Öffnungszeiten samt Notdienst nötig.

4. Forderungen

- ⇒ Spitalsschließungen dürfen NICHT ohne Beteiligung der Bevölkerung und Belegschaft (intensive Diskussion der Konzepte und Einarbeitung der Wünsche) erfolgen. BürgerInnen haben ein Recht darauf, dass es für wichtige Entscheidungen hinsichtlich Weichenstellungen der Gesundheitsversorgung in ihrer Region eindeutige sachliche und evidenzbasierte Argumente für diese Pläne gibt, und dass solche Argumente und Entscheidungsgrundlagen öffentlich einsehbar und damit transparent sind.
- ⇒ Spitalsambulanzschließungen dürfen erst erfolgen, wenn durch Verbesserung des Angebots auf Ebene der Prävention, der Primärversorgung und der fachärztlichen Versorgung sichergestellt ist, dass die ambulanten Leistungen nachweislich extramural für die PatientInnen weiter in vertretbarer Entfernung bzw. Erreichbarkeit in gleicher Qualität und in der gleichen Zeit geleistet werden.
- ⇒ Spitäler in der Peripherie sollen Aufgaben in der Akutpflege, Nachsorge, Remobilisation und Ergotherapie übernehmen.
- ⇒ Wirtschaftsfaktor Spital für die Region muss berücksichtigt werden.
- ⇒ Bestehende Mängel gibt es in der Steiermark vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: die Hälfte der notwendigen Betten fehlt, hunderte Kinder und Jugendliche werden in Österreich mangels Alternative in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht. Sie sind damit unter Erwachsenen, die schwer psychisch krank sind. Zumindest die im ÖSG festgelegte Untergrenzen an Betten muss rasch erreicht werden.
- ⇒ Es sollten Überlegungen angestellt werden, wie niedergelassene Ärzte in den ambulanten Spitalsbereich eingebunden werden könnten.

J. Ärztmangel/Personalmangel

1. Zahlen, Daten, Fakten

In der Steiermark gibt es 2015 6126 berufsausübende Ärzte. Davon sind 2187 AllgemeinmedizinerInnen, 3082 FachärztInnen und 857 ÄrztInnen in Ausbildung. 674 sind ZahnärztInnen.

In Spitälern arbeiten in der Steiermark 2015 insgesamt 3025 ÄrztInnen, davon 1662 Fachärzte, 438 AllgemeinärztInnen, der Rest in Ausbildung.

Niedergelassene Ärzte in der Steiermark 2015 gesamt 2431, davon 741 unter 50 Jahre, 980 zwischen 50 und 60 und 710 älter als 60 Jahre. Mehr als zwei Drittel älter als 50.

1258 der niedergelassenen ÄrztInnen waren im Jahr 2015 aber Wahlärzte, nur 966 hatten einen Kassenvertrag. ÄrztInnen mit Kassenvertrag versorgen im Schnitt jeweils 1253 PatientInnen, WahlärztInnen nur 962 PatientInnen. Kassenärzte in der Steiermark sind mit ihrem Versorgungsauftrag österreichweit Spitzenreiter.

Die Zahl der WahlärztInnen hat österreichweit insgesamt seit 2005 um mehr als 25 % zugenommen (BMfGesundheit), seit 1999 hat sich die Zahl sogar verdoppelt.⁵⁵

Laut Statistik Steiermark befinden sich 2015 insgesamt 1.268 (39,4%) aller 3.216 steiermarkweiten Ordinationen in Graz-Stadt.

Im Fach Allgemeinmedizin sind 32,3% bzw. 410 Ordinationen in Graz-Stadt angesiedelt, obwohl mit 274.207 Einwohnern (Stichtag 1.1.2015) nur 22,4% der steirischen Bevölkerung in der Landeshauptstadt wohnen.

Mit 651 befindet sich fast jede zweite der insgesamt 1.339 steirischen Facharztordinationen (ohne Zahnbehandler) in Graz-Stadt.

52% aller niedergelassenen Ärzte bzw. aller Ordinationen in der Steiermark haben zumindest einen Kassenvertrag, von 1.203 AllgemeinmedizinerInnen (1.268 Ordinationen) verfügen im Jahr 2015 genau 736 Allgemeinmediziner (771 Ordinationen) in den steirischen Bezirken über zumindest einen Kassenvertrag.

In Spitälern arbeiten 2015 im nichtärztlichen Pflegebereich 13.896 Personen, davon gehobener Dienst GuKPf 7.835 Personen, gehobener med.-techn. Dienst 2.297, Pflegehilfe 3.592 Personen.

Jeder zweite Arzt in der Steiermark sagt, die Arbeit im Krankenhaus habe sich in den vergangenen fünf Jahren zum Schlechteren verändert. (<http://steiermark.orf.at/news/stories/2596360/>)

44.000 MedizinerInnen arbeiten in Österreich. Bis 2020 werden knapp ein Drittel, bis 2030 drei Viertel der Allgemeinmediziner in Österreich älter als 65 sein.

550 Dienstposten sind an den steirischen Landesspitälern zusätzlich zu besetzen, wenn die Arbeitszeitregelung 2021 voll greift.

2. Ursachen

Der Ärztemangel ist kein schicksalhaftes Ereignis. Verschiedene Faktoren wurde zu lange von der Politik ignoriert: Überalterung der Ärzte und des Pflegepersonals, wachsende alternde Bevölkerung, mehr chronisch und multimorbid Erkrankte, restriktive Zugangsbeschränkung an den medizinischen Universitäten trotz eines 25-prozentigen Anteils ausländischer Studierender. Pro Jahr werden 1400 Mediziner ausgebildet (in Spitzenzeiten waren es 1.800).

2017 gab es 12.769 Bewerber österreichweit für 1.620 Studienplätze. 75 Prozent der Studienplätze gehen an allen Unis an Kandidaten mit österreichischem Maturazeugnis, 20 Prozent an Bewerber aus der EU und fünf Prozent an Studienwerber aus Drittstaaten.

⁵⁵ Statistik Austria

Etwa 80 Prozent schließen das Studium ab. Für die meisten deutschen AbsolventInnen ist Österreich aber nur ein Übergangsländ. In die österreichische Ärzteliste lassen sich nur zehn Prozent der deutschen Absolventen eintragen. Von den insgesamt 603, die zwischen 2008 und 2012 abschlossen, standen laut Zahlen der Statistik Austria überhaupt nur 46 – also 7,5 Prozent – dem österreichischen Gesundheitssystem zur Verfügung.⁵⁶

Überlaufene Ambulanzen, lange Wartezeiten, überbordende Bürokratie, steigender Arbeitsdruck, schlechte Arbeitsbedingungen und hierarchische Verhältnisse – die Liste der Probleme an den steirischen Spitälern ist lang. Viele Medizin-AbsolventInnen wandern daher aus Österreich ab. Im Oktober 2014 waren 31,9 Prozent der AbsolventInnen des Jahrganges 2005/2006 nicht mehr in Österreich medizinisch tätig, der Absolventenjahrgang 2011/2012 hatte sich bereits zu 36,3 Prozent für eine andere Karriere entschieden. Von den 1.569 Absolventen des Jahrgangs 2005/2006 waren im Oktober 2014 noch 1.069 ärztlich tätig, von 1.413 Absolventen des Jahrgangs 2011/2012 nur noch 900.⁵⁷

Österreich hat derzeit zwar noch eine sehr hohe Ärztedichte, doch leider regional ungleich verteilt und zudem eine starke Zunahme der Privat- und Wahlärzte. Dies wird sich mit dem Rückzug der älteren Generation noch verschärfen – die verbleibenden Arbeitskräfte werden sich an den attraktivsten und lukrativsten Dienstorten konzentrieren. Bis 2020 werden knapp ein Drittel, bis 2030 drei Viertel der Allgemeinmediziner in Österreich älter als 65 sein.⁵⁸ Das bedeutet, dass von den derzeit 44.000 ÄrztInnen ab 2030 etwa 33.000 zu ersetzen sind. Tatsächlich wird aber nur etwa die Hälfte tatsächlich zur Verfügung stehen, wenn nicht drastische Maßnahmen gesetzt werden.

Im nichtärztlichen Bereich, also in der Krankenpflege, ist derzeit eine Verlagerung der Aufgaben vom ärztlichen in den pflegerischen Bereich zu beobachten. Die diplomierte Pflege soll nur mehr als Bachelor an Fachhochschulen ausgebildet werden, mit einer geringeren praktischen Ausbildung bei gleicher Dauer mit deutlich weniger AbsolventInnen. PflegeassistentInnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) und speziell die neuen PflegefachassistentInnen sollen viele Tätigkeiten des gehobenen Dienstes übernehmen. Die letzteren sollen bei einer verkürzten Ausbildungszeit von nur zwei Jahren in Zukunft komplexe Pflegeaufgaben wahrnehmen und Medikamente verabreichen. Dies natürlich bei weit geringerem Lohn als die diplomierten PflegerInnen.

Die diplomierten PflegerInnen sollen in Zukunft Sonden setzen, Infusionen, Zytostatika, Bluttransfusionen usw. verabreichen, also bisher ärztliche Aufgaben wahrnehmen. Gleichzeitig sollen sie die Pflege durch die Hilfskräfte überwachen, planen, evaluieren und dokumentieren – in ihrer eigenen Verantwortung. Krankenhausbetreiber rechnen bereits mit nur mehr 20 Prozent diplomierten PflegerInnen auf den Stationen; die tatsächliche pflegerische Arbeit am Bett der PatientInnen sollen die Pflege(fach)assistentInnen ausüben. So sollen massiv Personalkosten eingespart werden.

3. Forderungen

Nötig ist eine Ausbildungs- und Personaloffensive. Aus Kostengründen medizinische und komplexe pflegerische Tätigkeiten auf geringer qualifiziertes Personal zu verlagern, ist abzulehnen. Es muss

⁵⁶ <http://diepresse.com/home/innenpolitik/5097741/Kaum-ein-Deutscher-wird-hier-Arzt>.

⁵⁷ <http://orf.at/stories/2311208/>.

⁵⁸ <http://derstandard.at/2000053030627/Pensionierungswelle-bei-Aerzten-droht>.

eine der Bevölkerungsentwicklung, der Altersstruktur der tätigen Ärztinnen und dem drohenden brain-drain ins Ausland angepasste Anzahl von Menschen in allen medizinischen Berufen ausgebildet und angestellt werden. In der Ausbildung muss neben der fortschreitenden fachlichen Qualifizierung auch die soziale Kompetenz und die Fragen Gendergerechtigkeit und Diversität Eingang finden.

a) Gerechtigkeit in der Ausbildung:

Die Zugangsbeschränkungen zum Medizinstudium müssen deutlich gelockert, die Anzahl der verfügbaren Studienplätze zumindest verdoppelt werden. Bei der Zulassung zum Medizinstudium sollte zusätzlich zum Eingangstest ein persönliches Bewerbungsgespräch ausschlaggebend sein, um die Motivation und die soziale Kompetenz der BewerberInnen zu beurteilen bzw. den Kreis der Studierenden zu erweitern. Auch zusätzliche Qualifikationen könnten so Berücksichtigung finden.

In der Ausbildung ist auch auf eine Gesamtsicht Wert zu legen, und nicht nur in Modulen zu arbeiten. Soziale Fähigkeiten müssen relevant sein, und auch Genderwissenschaft und Diversität in der Ausbildung Niederschlag finden.

In der praktischen Ausbildung muss es zu einer Systematisierung kommen. Die Anforderungen an die Ausbildung der Turnusärzte müssen klar dokumentiert sein. Die Verantwortung dafür, welche Tätigkeiten einem Arzt in Ausbildung zugeteilt werden, muss klar beim anordnenden Arzt liegen.

Die Versorgungszentren sollen jedenfalls als Ausbildungsstellen für die Gesundheitsberufe dienen. Die Finanzierung der Lehrpraxisstellen und damit eine ausreichende Anzahl an Ausbildungsplätzen für alle Gesundheitsberufe müssen sichergestellt sein.

Es ist offensichtlich, dass ein am Patientenwohl orientierter Ansatz bestimmte Voraussetzungen erfordert. Hierzu gehören Zeit, Expertise und praktische Kommunikationskompetenz der im Krankenhaus tätigen Personen. Angesichts des wachsenden Leistungsdrucks, des zunehmenden Zeitmangels und des Einsatzes der immer stärker den Alltag bestimmenden Informationstechnologien gewinnt neben der reinen Fachkompetenz die Kommunikationskompetenz der Beschäftigten eine immer größere Bedeutung. Neben der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, Pflegekraft und Patient sowie Therapeut und Patient bezieht sich die geforderte Kompetenz auch auf die Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern und zwischen den Vertretern der einzelnen Berufsgruppen.⁵⁹ Mangelnde Wertschätzung für AbsolventInnen in den Anfangsjahren ihres Berufs, mangelhafte Ausbildungsmöglichkeiten und schlechtes Betriebsklima tragen dazu bei, dass die Abwanderung ins Ausland immer größer wird.

b) Gerechtigkeit im Beruf:

(1) Bereich Medizin

Die Entlohnungsschemata dürfen sich im niedergelassenen Bereich und im stationären Bereich nicht wesentlich unterscheiden. Die Verdienstmöglichkeiten in unterschiedlichen Sparten müssen angeglichen werden, damit eine gleichmäßige Versorgung in allen Disziplinen gesichert ist.

In den Mangelbereichen, wie z.B. der Kinder- und Jugendpsychiatrie, müssen die Anstrengungen erhöht werden, um endlich eine ausreichende Versorgung gewährleisten zu können: Es braucht eine

⁵⁹ *Deutscher Ethikrat*, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, April 2016, 65ff.

Ausbildungsoffensive an den Universitäten, den klinisch psychiatrischen Abteilungen, sowie die Schaffung und Finanzierung von zusätzlichen Kassenstellen im niedergelassenen Bereich.

Um Ärztinnen und Ärzten - vor allem privat ordinierenden AllgemeinmedizinerInnen - mehr Anreize zu bieten, sollten die von ihnen angebotenen Leistungen von den Kassen in vielen Fällen besser vergütet werden.

(2) Bereich Pflege

Aus Sicht der Patienten stellen die Pflegenden im Krankenhaus eine für die erlebte Behandlungs- und Umgangsqualität sehr wichtige Berufsgruppe dar. Dementsprechend spielen Zeitnot der Pflegenden, häufiger Personalwechsel und das Ersetzen ausgebildeter Kräfte durch Hilfspersonal gerade für körpernahe Verrichtungen bei einer negativen Bewertung von Krankenhausleistungen durch Patienten, aber auch in der Selbsteinschätzung der Pflegenden eine herausragende Rolle.

Personalabbau im Pflegebereich, Verweildauersenkung und Fallzahlsteigerung führen auch in der Pflege zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung. Hierzu trägt auch die Übertragung von weniger anspruchsvollen Tätigkeiten, die bisher zum Kernbestand des Pflegeberufes gezählt wurden, an weniger qualifizierte Hilfskräfte bei, wodurch sich aufgrund des Wegfalls weniger intensiver Arbeitsphasen die Leistungen im eigentlichen Pflegeberuf zusätzlich verdichten. Ein permanenter Zeitdruck ist für viele Pflegenden heute zur Norm geworden und wirkt sich auf die Pflegeleistung aus. Dies betrifft zunächst die „unsichtbaren“ Arbeiten wie Zuhören, Trostspenden, Für-Wohlbefinden-Sorgen. Aber auch prophylaktische Maßnahmen zur Verhinderung von Komplikationen und Aktivitäten der Grundpflege, die nicht mehr an den Bedürfnissen des Einzelnen ausgerichtet werden können, und das Beantworten von Fragen finden in der Krankenhauspraxis heute praktisch keinen Raum mehr.

Bekannt ist auch, dass vielfach Mitarbeiter häuslicher Pflegedienste und in der stationären Altenpflege über den schlechten Pflegezustand ihrer Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus klagen. Bei kognitiv eingeschränkten Patienten ist nach einem stationären Aufenthalt oft der vorher noch erhaltene Teil lebenspraktischer Selbstständigkeit nicht mehr vorhanden, weil aus Zeitdruck ersetzende Pflege statt einer die Selbstständigkeit unterstützenden Pflege geleistet wurde. Eine weitere sichtbare Veränderung ist die stärkere Steuerung der Pflegearbeit durch die Vernetzung der klinischen Daten mit betriebswirtschaftlichen Instrumenten. Ein Beispiel hierfür ist das Scoring-Verfahren, mit dem sich medizinisch-technische Maßnahmen deutlich besser abbilden lassen als zeitaufwendige Pflegearbeit (z.B. einen Patienten in den Arm zu nehmen, Gespräche zu führen, ihm die Angst zu nehmen, mit eventueller Luftnot umzugehen). Damit wird die Zurückdrängung der Pflege – im Sinne einer auf den ganzen Patienten ausgerichteten Hilfe und Sorgemaßnahme – zugunsten technischer Anwendungen und Prozeduren beschleunigt.

Eine besondere Rolle spielt auch der demografisch bedingt rasant wachsende Pflegebedarf, auf den die Krankenhäuser nur unzureichend vorbereitet sind. Entgegen dem absehbaren Bedarf werden nicht nur Personalstellen im Pflegebereich abgebaut, sondern Pflegeleistungen auch durch Personalsplitting (Einsatz von Auszubildenden oder angeleiteten Hilfskräften) riskant dequalifiziert. Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Berufsgruppe der Pflegenden zunehmend nur schwer selbst vertreten kann. Pflegenden sind – obwohl zahlenmäßig die größte Berufsgruppe im Krankenhaus – am wenigsten in den Leitungen vertreten. Auch auf übergeordneter Ebene werden pflegerelevante Entwicklungen und Standards von anderen Interessengruppen (Spitzenverband der Krankenkassen,

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bundesärztekammer) dominiert und zur Kostensenkung oder Gewinnmaximierung reduziert bzw. blockiert. Alle diese Entwicklungen führen dazu, dass die Pflegenden ihren ethischen Grundsätzen, die von einer Sorge für den Patienten und Achtsamkeit ihm gegenüber geprägt sind, zunehmend nicht mehr gerecht werden können. Hiervon werden auch pflegerische Grundhaltungen berührt, die die Praxis der Pflege in einer stark eingeschränkten Auffassung von „Dienstleistung“ eher an dem Modell der Erbringung definierbarer Leistungen für einen Kunden orientieren, während der Aspekt der mitmenschlichen und selbstbestimmungsfördernden Zuwendung von der Verfügbarkeit gegebenenfalls übriger zeitlicher Ressourcen abhängig gemacht wird.

Zu dieser Tendenz trägt bei, dass der Kernbereich pflegerischer Tätigkeit zunehmend nicht mehr aus der Pflege selbst, sondern aus ökonomischer Perspektive definiert wird, indem vermeintlich anspruchlose Tätigkeiten, die jedoch für das Selbstverständnis und die Ergebnisse der ganzheitlichen Pflege einer Person von erheblicher Bedeutung sind, an kostengünstigere Hilfskräfte vergeben werden. Festzustellen ist, dass gerade die von der Pflege entwickelten prozess- und kooperationsorientierten Ansätze für eine Neuorientierung im Krankenhaus von besonderer Bedeutung sind. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Bedeutung der Pflege für eine identitätsstiftende Entwicklung des Krankenhauses neu zu bewerten und der Pflege insgesamt eine höhere Wertschätzung zukommen zu lassen.

Daher sollten im Interesse einer höheren Bewertung der Pflege im Krankenhaus neben einem zahlenmäßigen Zuwachs der Personalstellen insbesondere berücksichtigt werden:

- die Gewährleistung des selbstbestimmungsermöglichenden Umgangs mit Patienten in der Grundpflege sowie in der Behandlungspflege, wofür entsprechende fachliche Expertise, ausreichende Zeitbudgets für den individuellen Patientenkontakt, Einplanung größerer Zeitkorridore für Übergaben, Sicherstellung interprofessioneller Visiten, ein ausreichender kollegialer Austausch sowie die Durchführung von Fallkonferenzen notwendig sind,
- eine größere Beteiligung der Pflegenden an Steuerungsprozessen und Leitungsentscheidungen im Krankenhaus (Krankenhausleitung, Leitung von Fachabteilungen),
- qualifizierte Pflegeexperten auf der Ebene der Direktorien oder der Abteilungsleitungen sowie die Bereitschaft, wissenschaftlich abgesicherte Standards der Pflege zu implementieren und sicherzustellen.⁶⁰

K. Pharmaindustrie

Die Ausgaben der Krankenkassen für teure Medikamente sind massiv gestiegen. Von 2005 bis 2015 sind die Ausgaben für hochpreisige Medikamente (mehr als 700 Euro pro Packung) um 420 Prozent gestiegen und machen gesamt 838 Millionen Euro aus. Mit den entsprechenden Pro-Kopf-Kosten für Pharmazeutika liegt Österreich laut EHCI 2016 europaweit an 6. Stelle.

Die stationäre Versorgung macht 35 Prozent der gesamten Kosten für das Gesundheitssystem aus. Die Kosten für pharmazeutische Produkte sind aber mittlerweile schon fast halb so teuer wie die gesamte stationäre Versorgung. Die fünf größten Pharmakonzerne der Welt (Novartis, Pfizer, Hoffmann-LaRoche, Sanofi, MSD) erzielten 2015 einen Umsatz von 200.000 Millionen Dollar

⁶⁰ Deutscher Ethikrat, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, April 2016, 78ff.

und einen Gewinn von 50.000 Millionen Dollar. Die Pharmaanbieter, die untereinander vernetzt sind (z.B. Novartis – LaRoche) gebärden sich als Monopolisten und setzen die öffentliche Gesundheitsversorgung unter Druck.

L. Telemedizin

Im neuen Primärversorgungskonzept der Steiermark sind Telefondienst und webbasierte Kontakte, als Rund-um-die-Uhr-Dienste, integraler Bestandteil der Versorgungsleistung. Das Modell der Telemedizin, also Ferndiagnose via Skype, Telefon und webbasierter Kontakte, ist aber durchaus kritisch zu betrachten.

§ 49 Abs. 2 ÄrzteG bestimmt: „Der Arzt hat seinen Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten auszuüben“. Es fragt sich, ob die mittelbare Ausführung ohne direkten persönlichen („handgreiflichen“) Kontakt zum Patienten bereits ein standeswidriges Verhalten darstellt, das entsprechend disziplinarrechtlich geahndet werden muss. Allgemein wird die Meinung vertreten, dass der Arzt seine Anordnungen unter dem Eindruck der persönlichen Untersuchungen zu treffen habe. Wie weit dieses Gebot der Unmittelbarkeit geht und ob es auch reine Beratungstätigkeit ohne Untersuchungsnotwendigkeit oder Änderung der Medikation wegen geänderten Befindens des Patienten erfasst, ist noch nicht eindeutig geklärt. In eingeschränktem Ausmaß ist es zulässig, auf telefonischem Weg Ratschläge zu erteilen. Auch die Fernbefundung, wie etwa im Weg der Teleradiologie, ist zulässig. Auch in der Betreuung chronisch Kranker kann das sogenannte Telemonitoring, also die Überwachung medizinischer Parameter von Diabetes- oder Herzkranken aus der Ferne, sinnvoll sein. Im Zentrum muss aber der Nutzen für den Patienten stehen.

Die Grenze der Zulässigkeit der Telemedizin ist im Detail schwer zu ziehen und mit erheblichen haftungsrechtlichen Risiken für die Ärzte verbunden. Fakt ist, dass die telemedizinische Betreuung billiger sein kann als die unmittelbare und persönliche Behandlung. Dank einer am 24. April 2011 in Kraft getretenen EU-Richtlinie können nun auch „medizinische Leistungserbringer aus dem europäischen Raum“ frei gewählt werden. Es sind bereits zahlreiche Anbieter auf dem Markt, die Sprechstunde, Diagnose, Therapieempfehlung und Rezept per Telefon, Internet oder Video anbieten. Praktischerweise werden die verschriebenen Medikamente auch gleich zugestellt.

Eine klare Regelung der Zulässigkeit bzw. der Grenzen telemedizinischer Methoden wäre dringend nötig, wenn nicht die medizinischen Qualitätsstandards aus Kostengründen gesenkt werden sollen. Es muss bewusst sein, dass mit dem Ermöglichen der Telemedizin, sich diese Angebote mehr und mehr verbreiten werden und damit die Zwei-Klassen-Medizin weiter Vorschub erhält. Der persönliche Arztbesuch darf nicht zum Luxusgut für Begüterte werden.

Bei der Ausgestaltung von telemedizinischen, telefon- oder internetbasierten Diensten ist darauf Bedacht zu nehmen, dass diese Dienste auch von Menschen mit Beeinträchtigungen, Behinderungen oder mit geringen Deutschkenntnissen genutzt werden können und demgemäß alternative Kommunikationsformen vorgesehen werden.

M. Fazit

1. Allgemein

- Die Ökonomie darf nicht in der Medizin die Richtung angeben! Das Billigstbieterprinzip im Gesundheitswesen ist abzulehnen. Medizin ist kein Geschäftsmodell, PatientInnen sind keine KundInnen. Das Gesundheitswesen ist ein wesentlicher Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Es ist Aufgabe des Staates, für die Gesundheit seiner Bürgerinnen und Bürger Sorge zu tragen.
- Die Prinzipien der Gleichheit, Gerechtigkeit und Solidarität müssen wieder in den Vordergrund rücken. Aufgabe des Staates ist es, für alle Menschen eine optimale Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen, unabhängig von Alter, Grunderkrankung, Mobilität, finanzieller Mittel, Wohnort und sozialem Status. Notfallversorgung und Primärversorgung muss jedenfalls ständig, eine spezialisierte medizinische Versorgung muss in überschaubarer Zeit, abgestuft nach Dringlichkeit, jedenfalls aber innerhalb von vier Wochen, verfügbar sein.
- Medizinische Versorgung darf nicht in die Hand privater Investoren gelangen oder der Gewinnerzielung dienen.
- In Ausbildung und Praxis aller medizinischen Berufsgruppen muss ein geschlechtergerechtes Medizinverständnis Platz greifen. Forschung und Herstellung von Medikamenten muss geschlechtergerecht ausgerichtet sein.

2. Finanzierung

- Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt mit öffentlichen Mitteln. Diese Mittel sind nicht unerschöpflich, es ist sorgsam und sparsam mit ihnen umzugehen. Selbstverständlich darf es keine sinnlose Verschwendung geben. Überhöhten Honoraren für Behandlungen oder Medikamente muss der Kampf angesagt werden. Doch Ökonomisierung und Effizienzsteigerung in der Medizin bedeutet, dass durch steigenden Druck auf das medizinische Personal vor allem der Kontakt zu den PatientInnen, ihre Begleitung und das Gespräch eingespart werden, weil sie ineffizient erscheinen. Die Verlierer bei einer Ökonomisierung sind chronisch Kranke, alte Menschen mit hohem Pflegeaufwand, alle Menschen, bei denen nicht durch einen schnellen Eingriff die Heilung erfolgt, sowie sozial- und einkommensschwache Menschen, weil sie gar keinen Zugang zum System finden. Und auch die VertreterInnen der Heilberufe sind Verlierer, weil sie durch Dokumentationswut und Bürokratisierungsspiralen gegängelt und durch ständige Kontrolle und zunehmenden Druck demotiviert und an einer qualitätsvollen Arbeit gehindert werden.
- Das Gesundheitssystem muss durch grundlegende Änderungen seiner Finanzierung gesichert werden. In Frage kommen folgende Maßnahmen: Wertschöpfungsabgabe (*Verschiebung der Belastung vom Faktor Arbeit zum Faktor Kapital*), Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage bei Kranken- und Unfallversicherung, Einbeziehung des Einkommens aus privaten Zusatzpensionen in die Beitragspflicht, Gesundheitsabgabe auf Kapitalerträge.
- Die milliardenschweren Pharmaunternehmen sollten zu einer Gesundheitsabgabe zur Aufrechterhaltung des medizinischen Systems verpflichtet werden. Schließlich fließt ein großer Teil der Mittel in deren Taschen. Gleichzeitig müssen die Medikamentenpreise reguliert werden, um zu verhindern, dass die Abgabe auf die Preise aufgeschlagen wird.

- Die Gesundheit kommt uns nicht zu teuer! Die laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) sind im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt in den letzten Jahren, die wirtschaftliche Krisenzeiten waren, nur leicht gestiegen.⁶¹ Im Vergleich sind etwa die Forschungsausgaben prozentuell zum BIP weitaus mehr gestiegen, als die laufenden Gesundheitsausgaben.⁶² Die Kosten auf den prognostizierten Anstieg des BIP zu beschränken, wie es die Art. 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit (in Erfüllung des Stabilitätspaktes) vorsieht, ist eine politische Entscheidung, mit der eine Werthaltung verbunden ist. Menschen sind in wirtschaftlichen Krisenzeiten nicht weniger krank, als in wirtschaftlich guten Zeiten. Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung an die wirtschaftliche Entwicklung zu koppeln, ist politisch und volkswirtschaftlich falsch und ein Schaden für die Bevölkerung.
- Finanzierung aus einem staatlichen Topf oder zumindest gleichteilige Finanzierung aller Versorgungsformen aus den vorhandenen Töpfen.
- Die diagnoseorientierte Finanzierung der Spitäler darf nicht zu einem betriebswirtschaftlichen Überhang in der medizinischen Entscheidung führen. Die Finanzierung des gesamten Gesundheitssystems muss in erster Linie auf das Wohl der PatientInnen ausgerichtet sein und daher nicht nur prozess- sondern vor allem auch ergebnisorientiert sein.

3. Versorgung im niedergelassenen Bereich

- Niedergelassene Hausärzte sind als primäre wohnortnahe Versorgungsform grundsätzlich aufrechtzuerhalten. Die unkomplizierte Zusammenarbeit mit Fachärzten innerhalb des Kassensystems, mit dem Sozialbereich und der Hauskrankenpflege muss ermöglicht werden. Das kassenärztliche Leistungskatalog, die Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, müssen erweitert werden, damit ein möglichst breites Leistungsspektrum im Rahmen der Primärversorgung erfüllt werden kann.
- Allgemein sollten die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Hausbesuche bei Kindern und Erwachsenen – wie es eigentlich in den Kassenverträgen vorgesehen ist - bei PatientInnen, die bettlägerig sind und denen das Aufsuchen der Ordination nicht zugemutet werden kann, auch tatsächlich durchgeführt werden.
- Auch am Wochenende und abends muss der Zugang zur Primärversorgung gewährleistet sein. Hausbesuche sollen in der Primärversorgung flächendeckend angeboten werden, wenn der Patient körperlich nicht zum Praxisbesuch in der Lage ist.
- Verstärkte Ausrichtung auf die umfassende Behandlung von multimorbiden PatientInnen.
- In Ergänzung zur Primärversorgung sollen öffentlich bzw. gemeinnützig geführte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als Bindeglied zwischen Hausarzt und Krankenhaus installiert werden. Ein solches Zentrum sollte ausgestattet sein mit Allgemeinmediziner und Fachärzten (Frauen-, Kindermedizin, evt. Internisten, Dermatologen) unterstützt von (diplomierten) Krankenpflegepersonal. Auch kleinere chirurgische Eingriffe und Wundversorgung könnten in einem MVZ durchgeführt werden. Die Ausstattung mit entsprechenden Laboren und Diagnosegeräten ist notwendig. Selbstverständlich muss das Angebot durch diverse Gesundheitsberufe abgerundet werden. Öffentliche Verkehrsanbindung, im Bedarfsfall kostenfreie Patiententransporte bzw. Hausbesuche der

⁶¹ http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html .

⁶² Vgl. <http://wko.at/statistik/eu/europa-forschungsausgaben.pdf> .

unterschiedlichen Berufsgruppen müssen ebenso wie der niederschwellige und barrierefreie Zugang gesichert sein. Das Versorgungskonzept muss verbindlich vorgegeben sein und darf nicht einseitig abänderbar sein. Die Kontinuität in der Behandlung muss gesichert sein.

- Die Leistungen der Primärversorgung müssen allen Versicherten wohnortnah, leicht erreichbar, niederschwellig für alle Bevölkerungsgruppen und ohne Selbstbehalte zur Verfügung stehen. PVZ sind gerade dort zu errichten, wo eine ausreichende Primärversorgung auch durch medizinische Netzwerke nicht niederschwellig und wohnortnah sichergestellt werden kann.
- Das Versorgungskonzept muss klar definiert sein und allen Menschen unabhängig von ihrem Wohnort, der Attraktivität des Standorts und ihren finanziellen Möglichkeiten dieselbe optimale medizinische Versorgung garantieren.
- Die Primärversorgung darf nicht in die Hände privater Investoren gelangen können. Die Finanzierung darf nicht durch gewinnorientierte juristische Personen erfolgen.
- PVZ, MVZ oder FAZ sowie Ambulatorien sollen in den Gebieten lokalisiert werden, in denen es eine kassenärztliche Unterversorgung gibt. Keinesfalls dürfen sie als Ersatz für Spitäler gesehen werden, sondern als Zusatzangebot. Die Finanzierung der Immobilie, des Facilitymanagements und der apparativen und personellen Ausstattung darf nicht in die Hände privater Investoren abgegeben werden, sondern muss von der öffentlichen Hand organisiert und betrieben werden. Das Engagement privater gewinnorientierter Investoren und Private-Public-Partnership muss ausgeschlossen sein. Die Vertragsbeziehung zur Sozialversicherung muss für alle involvierten (auch die nichtärztlichen) Berufsgruppen durch einen einheitlichen Gesamtvertrag zwischen den Sozialversicherungsträgern und den zuständigen Interessensvertretungen gestaltet sein, der bundesgesetzlich klar umrissen vorgegeben ist und auf dem ASVG beruht.
- Die freie Arztwahl, das Recht auf eine Zweitmeinung und die kontinuierliche persönliche Betreuung muss gewährleistet sein.
- Wartezeiten für Kassenpatienten auf Facharzttermine, OP-Termine und Strahlentherapien müssen umgehend verringert werden. Das Wartezeitenmanagement und die Kriterien, welche Wartezeiten vertretbar sind, müssen transparent und nach klaren Kriterien gestaltet werden. Das Recht auf eine Zweitmeinung muss gewährleistet sein.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss sowohl stationär als auch ambulant mit Kassenverträgen massiv ausgebaut werden, ebenso sozialtherapeutische Wohnplätze und tagesklinische Behandlung erweitern, klinisch psychiatrische Abteilungen, Psychotherapie auf Krankenkasse.
- Dem zunehmenden Trend zur Wahlarztpraxis muss entschieden entgegengewirkt werden: Zurückfahren der Kostenrückerstattung und damit der öffentlichen Subventionierung von Wahlärzten; stattdessen Schaffung und Finanzierung von ausreichend FA-Kassenstellen aller Sparten und Ausbau der Kassenleistungen für Allgemeinmediziner.
- 100-prozentige Gebührenbefreiung für alle verschriebenen Rezepte, Behandlungen und Heilbehelfe. Die notwendige medizinische Versorgung muss generell frei von Selbsthalten sein.

4. Spitäler

- Spezielle Versorgung sollte in dafür spezialisierten Zentren erfolgen. Stationäre Standorte, die keine Spezialisierung bieten, sollten zur Pflege nach der Behandlung in spezialisierten Zentren, Rekonvaleszenz und Remobilisation verwendet werden. Zudem könnten MVZ an diesen Standorten lokalisiert werden.
- Die Spitäler sind mit den nötigen finanziellen und personellen Mittel auszustatten, damit die öffentliche stationäre Gesundheitsversorgung für PatientInnen und Pflegende in einem qualitätvollen und wertschätzenden Rahmen möglich ist.
- In den 1970er wurde das derzeit bestehende Netz an Spitalsstandorten fertig geknüpft. Damals, in Zeiten viel geringeren Reichtums, ging man davon aus, dass für jeweils 50.000 EinwohnerInnen eine Grundversorgung in Form von Chirurgie, Interner Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe zur Verfügung stehen soll. Nicht zuletzt um die viel beschworene Abwanderung aus den ländlichen Regionen der Steiermark zu stoppen ist an diesem Konzept grundsätzlich festzuhalten.
- Bei Reformen im Spitalsbereich ist eine umfassende Einbindung aller Spitalsbeschaftigten in die einzelnen Maßnahmen unbedingt erforderlich.

5. Demokratisierung

- Gesundheitspolitik muss als Querschnittsmaterie wahrgenommen werden und auf allen Ebenen ansetzen. Alle Gesetzesvorschage und Initiativen sollten daher auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung untersucht werden.
- Soziale Grundrechte sollen in die Bundesverfassung aufgenommen werden. In einem modernen Gemeinwesen sollen die Menschen nicht nur vor Polizeiubergriffen und willkürlicher Enteignung geschützt werden (klassische Freiheitsrechte), sondern mit der gleichen Selbstverständlichkeit auch vor Armut, Obdachlosigkeit, Krankheit ohne ausreichende medizinische Hilfeleistung usw. Die sozialen Grundrechte umfassen ein Recht auf Arbeit als Grundlage für eine eigenständige Existenzsicherung (sich und seine Familie ernähren zu können) und in diesem Zusammenhang ein Recht auf angemessene Arbeitsbedingungen, ein Recht auf soziale Sicherheit, bei dem es insbesondere um die Absicherung bei Krankheit, Arbeitslosigkeit und im Alter und generell bei sozialen Notlagen geht, das Recht auf Bildung, das Recht auf angemessene Wohnverhältnisse und das Recht auf Gesundheit und medizinische Versorgung.

6. Ausbildung, Berufsleben

- Es muss eine Ausbildungsoffensive im Gesundheitsbereich geben. Die Zugangsbeschränkungen zum Medizinstudium müssen massiv gelockert und die Hochschulen ausfinanziert werden. In Zulassungsverfahren und Ausbildung muss neben der fortschreitenden fachlichen Qualifizierung auch die soziale Kompetenz und die Fragen Gendergerechtigkeit und Diversität Eingang finden.
- Die Entlohnungsschemata dürfen sich im niedergelassenen Bereich und im stationären Bereich nicht wesentlich unterscheiden. Die Verdienstmöglichkeiten in unterschiedlichen Sparten müssen angeglichen werden, damit eine gleichmäßige Versorgung in allen Disziplinen gesichert ist.

- Die Ökonomisierung des Gesundheitsbereiches muss gestoppt werden. Für medizinische und pflegende Berufe muss es zeitgemäße Arbeitsbedingungen und adäquate Bezahlung geben. Die auszubildenden Ärzte dürfen nicht zur Systemerhaltung in den Spitälern missbraucht werden.
- Zeitgemäße Formen der Praxisgestaltung (Gruppenpraxen mit angestellten (Fach-)ÄrztInnen und erweiterten Öffnungszeiten auch an Tagesrandzeiten) sind rechtlich und verrechnungstechnisch zu ermöglichen und die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen auf Augenhöhe zu gestalten. Dabei ist darauf zu achten, dass diese Praxisgemeinschaften durch Ärzte selbst genossenschaftlich oder als Gesellschaft organisiert geführt werden und ausreichend Kassenplanstellen zur Verfügung stehen.
- Bei AllgemeinmedizinerInnen (HÄ und PVZ) müssen zusätzliche Leistungen vom Kassenvertrag erfasst werden (Labor, EKG, Ultraschall, Zuweisungsrecht für zweckmäßige und wirksame Therapien und Untersuchungen).
- Flexible Formen der Berufsausübung und kooperative Teamarbeit sollen möglich werden. Das Ärztegesetz müsste derart geändert werden, dass auch in bestehenden Gruppenpraxen Ärzte von Ärzten angestellt werden können. Kassenverträge sollen auf mehrere Personen aufteilbar sein.