

A u f d e n

S t a n d P u n k t

g e b r a c h t

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum jeweiligen Schwerpunktthema der Ausgabe.

Hon.-Prof. Dr.Dr. Hans Popper

Pensionierter Direktor der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

„Der sorgsame, damit ökonomische Einsatz von Ressourcen steht nicht im Widerspruch zu einer guten Medizin.“

Die neuen, sehr guten Behandlungs- und sogar Heilungschancen von Hepatitis C bescheren uns ein im Grunde wohlbekanntes Dilemma aus Innovation, Kosten und Hoffnung auf Einsparungen, das wir im Gesundheitswesen schon oft erlebt haben:

Innovation im Gesundheitswesen waren und sind noch immer mit zum Teil exorbitanten Kostenschüben verbunden, wie es auch noch nie gelungen ist, versprochene Einsparungen tatsächlich zu lukrieren. Das Neue kommt, und das Alte bleibt. Vieles von dem Neuen hat auch nicht gehalten, was es versprochen hat, vieles hat sich wohl etabliert und ist nicht mehr wegzudenken. Denn was wäre heute ein Gesundheitswesen ohne Ultraschall, ohne CT und MRI, ohne Zytostatika oder ohne Psychopharmaka, ohne NAWs und Hub-schrauber, ohne Angiografien, ohne Endoskopien, ohne Gelenkersatz und so weiter und so fort.

Und wie das Amen im Gebet entbrennt der Streit, wenn es nur irgendwie geht, um die Kompetenzen intra- oder extramural und die Last der Finanzierung. Gerne wird auch der Notstand ausgerufen. Aber wir haben immer noch die Kurve gekriegt, bisweilen auch über höhere Beiträge und Selbstbehalte.

Hepatitis C bringt uns aber eine neue Dimension in den Behandlungsmöglichkeiten und den Mehrkosten, die in sich das Potenzial trägt, unser soziales Krankenversicherungssystem tatsächlich zu sprengen: Die Behandlungskosten mit den neuen Arzneien bewegen sich zwischen minimal Euro 38.000,00 und maximal Euro 150.000,00 je Patient. Wir können von einer Krankheitsprävalenz zwischen 0,35–0,5 % ausgehen und rechnen jährlich mit 600 Neuerkrankungen. Allerdings gibt es auch Schätzungen, die ohne die Flüchtlingsströme nach Europa eine Dunkelziffer von bis zu 80.000 infizierten Patienten annehmen. Angesichts dieser finanziellen Dimensionen hört sich jede Beitrags- oder Selbstbehaltsdiskussion unabhängig von den fatalen Beispielswirkungen von vornherein auf.

Was also ist zu tun?

1. Wir müssen die Probleme dort anpacken, wo sie entstehen, und eben z.B. nicht bei den Patienten die Zahl der Behandlungsfälle möglichst klein halten und so lange mit der neuen Therapie zuwarten, bis die Fibrose und damit der Organschaden weit genug fortgeschritten ist. Und ich halte auch den Ansatz, aus finanziellen Gründen Patienten von der Behandlung auszuschließen und zwischen wertvollen und weniger wertvollen zu unterscheiden, für sachlich unhaltbar und ethisch verfehlt. Auf der Ebene der Patienten kann nur nach korrekten, medizinischen Kriterien vorgegangen werden. Die Patienten zu versorgen, mit dem was sie brauchen, ohne Rücksicht darauf, was sie an Beiträgen entrichten, ist der ideologische Kern jeder sozialen Krankenversicherung. Die Menschen können nicht wählen und sich nicht frei entscheiden, ob, wo, wogegen und zu welchem Preis sie sich versichern. Sie werden schlicht einer gesetzlichen Krankenversicherung zugewiesen. Diese zugemutete Unfreiheit korrespondiert aber mit dem – einklagbaren – Versorgungsversprechen des Staates und seiner Organe; das kann man nicht brechen oder relativieren, wenn es finanziell eng wird.
2. Es braucht rasch ein umfassendes Konzept dafür, wie wir der Erkrankung mit dem HCV vorbeugen können. Wir kennen die Infektionswege und haben damit auch die Chance, die Erkrankung an ihrer Entstehung zu hindern. Es sind komplexe Geschehen, wenn man z.B. die Problematik des Suchtgiftmissbrauchs und die dortigen infektionsquellen – needle-sharing – betrachtet. Aber nicht nur aus Gründen der Hepatitis-C-Prävention täte eine Neuordnung dieses Bereiches etwa in Richtung Entkriminalisierung gut. Zur Prävention gehört auch, die Impfung gegen Hepatitis C voranzutreiben. Warum nicht einen festgelegten Prozentsatz der Ausgaben für die Kuration von vornherein für präventive Strategien abziehen? Warum nicht öffentliche Forschungsaufträge in diese Richtungen vergeben?
3. Einsparungen lukrieren – aber diesmal wirklich. Heilende Medikamente bei Hepatitis C führen dazu, dass vor allem der stationäre Bereich deutlich entlastet wird, weil es nicht mehr notwendig sein wird, ein kaputtes Organ durch ein gespendetes zu ersetzen. Das können wir uns dann sparen. Aber bis es so weit sein wird, wird noch viel Wasser die Donau hinunterfließen. Dennoch müssen wir endlich einmal auch konsequent die Mittel für die Spitäler um die Einsparungseffekte kürzen und die organisationalen Strukturen anpassen. Das wäre aber eine neue und heilsame Erfahrung,

ohne die wir den Teufelskreis von Innovation und Kostensteigerung nicht durchbrechen.

4. Aber, und das scheint mir der wichtigste Punkt zu sein: Es darf sich keine demokratische Gesellschaft bei öffentlichen Aufgaben oder Gütern dem Preisdiktat privater Konzerne ausliefern und sich vorschreiben lassen, wie viel der öffentlichen Mittel – seien es Beiträge oder Steuern – fließen sollen. Hier offenbart sich eine Achillesferse unseres Versorgungsauftrages, der uns derzeit zwingt, Angebote „um jeden Preis“ anzunehmen. Wenn wir als demokratische Gesellschaft aber nicht gegensteuern, nehmen wir davon Abschied, dass „das Recht vom Volk ausgeht“ (Art. 1 B-VG), und es wedelt der Schwanz mit dem Hund. Geld diktiert dann die Welt und nicht die gewählten Vertreter in den Parlamenten in Wien, Brüssel oder Berlin. Wir wollen den freien Handel mit Waren und Dienstleistungen in der EU und der ganzen Welt, wir schließen Abkommen darüber, bauen Schutzzölle ab und hoffen auf billige Importe und teure Exporte. Aber TTIP und andere Abkommen sind keine Einbahnstraße zum Schutz der Investoren. Diese Abkommen müssen auch die Staaten vor den Investoren schützen! Vor allem dann, wenn sie ihre Angebotsmacht missbrauchen oder ökologische oder soziale Standards verletzen. Ein freier Handel braucht ethische Grenzen. Auf die müssen wir uns national und supranational einigen, und die müssen wir einfordern. Tun wir das nicht und lassen wir uns, wie es das Beispiel der neuen Hepatitis-C-Medikamente lehrt, von den großen Konzernen vorführen, rücken wir von grundsätzlichen Annahmen für eine auf ethischen Werten gegründeten demokratischen Gesellschaft ab. Demokratie heißt, die Regelungshoheit nicht abzugeben, aber die Regeln nach sachlichen Kriterien auszurichten und keine Willkür walten zu lassen. Eine angemessene und faire Preisbildung wird sich nach anerkannten und überprüfbaren Regeln richten müssen. Weder wollen wir Zwangslizenzen des Staates noch Preisdiktate der Konzerne. Hier gilt es, auch auf europäischer Ebene einen Ausgleich zu finden.

Resümee: Es braucht eine nationale Hepatitis-C-Strategie, die diese 4 Punkte miteinander zu einem gemeinsamen Projekt zwischen Bund, Ländern, Kassen und Kammern verbindet.

Es macht keinen Sinn, auf derartige finanzielle Herausforderungen mit Beitragsanhebungen zu reagieren. Das wäre ein fatales Signal! Wir liegen ohnehin mit unseren Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP im europäischen

Spitzenfeld, und der Faktor Arbeit ist im internationalen Vergleich schon teuer genug.

Aktuell beträgt der Beitragssatz im ASVG – Dienstnehmer- und Dienstgeberanteil – 7,65 % des Bruttolohnes bis maximal Euro 4.650,00 monatlich. Das ist sicher nicht zu viel verlangt ist für eine gute gesundheitliche Versorgung.

Im Fokus der beschlossenen Steuerreform steht das über die kalte Progression und verteilungspolitisch völlig unausgewogene Steuertarifmodell, das abgemildert wurde. Mehr Netto vom Brutto sollte sie bringen, die Massenkaukraft stärken und die Wirtschaft beleben. Herausgekommen ist eine generelle Entlastung im Wesentlichen bei den oberen Einkommen und kleine Verbesserungen bei der Masse, z.B. ganze 91 Euro per anno bei einer Bruttopension von Euro 1.200,00. Unbill, das die gewünschten Nachfrageeffekte zunichtemachen wird, droht von einer ganz anderen Seite. Wir wissen, dass das Risiko zu erkranken, bei älteren und ärmeren Menschen besonders ausgeprägt ist. Gerade diese vulnerablen Gruppen werden von der Forderung nach steuerungsrelevanten Selbstbehalten, wie sie in einem neuen Parteiprogramm aufscheinen, betroffen sein. Denn es steuert sich umso erfolgreicher, wenn es finanziell wehtut, zum Doktor zu gehen. Das tut der Gesundheit nicht gut und der Wirtschaft schon gar nicht.

Die provokante Wertigkeitsdifferenz in der ökonomischen Rechtfertigung der Gesundheitsversorgung zwischen Menschen, die noch ihr Geld verdienen, und denen, die nur noch leben, zeigt klar auf: Wir leben in einer Zeit, die von einem recht kurzfristigen, nicht sehr gescheiterten und trotzdem weit verbreiteten Mythos der Steuerbarkeit gesellschaftlicher Phänomene und Aufgaben über Geld geprägt ist. Die Betriebswirte nennen das „Sich-Rechnen“ den „return on investment“ (ROI), haben mit dieser Botschaft das Land fest im Griff, und die Politik folgt ihnen bereitwillig. Vielleicht sollen wir einmal versuchen zu unterscheiden, wo ein ROI einen Sinn hat und wo nicht. Investitionen eines privaten Unternehmens müssen sich rechnen, indem sie dazu beitragen, das Unternehmen in seinem Bestand über Gewinne abzusichern. Sonst rechnen sie sich nicht und die Firma hat ein kleines oder großes Problem am eigenen Hals. Für den Kunden, der eine Ware oder eine Dienstleistung einkauft, stellt sich die Frage nach dem Nutzen, den er erwartet, z.B. wenn er eine Kreuzfahrt bucht, sich gerade den einen PKW anschafft oder eine Lebensversicherung abschließt. Wann rechnet sich meine Lebensversicherung? Wenn sie möglichst bald an meine Witwe ausbezahlt wird, oder wenn ich sie über-

lebe? Bei öffentlichen Aufgaben und Gütern wird die Frage des ROI noch einmal kurioser, weil es sich dabei mit den Fragen von Sicherheit, Bildung, Pflichtmitgliedschaft, Altersvorsorge, Gesundheit, Forschung, Infrastruktur oder Resozialisierung – also um alles das handelt, was eine Gesellschaft nicht den Märkten überlassen will. Bei öffentlichen Aufgaben müssen klare Ziele mit adäquaten und effizienten Maßnahmen korrespondieren, sonst ist jeder Schuss ein Treffer, und es wird teuer. Der ROI wäre dann im öffentlichen Bereich der angestrebte gesellschaftliche Nutzen, den es über die Ziele und Maßnahmen zu erreichen gilt. Weil es den aber oft gar nicht gibt oder er unklar bleibt – was sind denn tatsächlich die gesundheitspolitischen Ziele dieses oder jenes Spitäles –, werden pseudowirtschaftliche Elemente über Budgetierungen und Kennzahlen in öffentliche Aufgaben eingepflegt. Diese Vorgaben führen dann z.B. im Krankenhausbereich dazu, dass gepunktet und belegt und wiederbestellt und ausgelastet wird, weil sich dann eine Einrichtung vermeintlich rechnet und zugleich sie sich gegen Reformen immunisiert. Wenn man dann diesen Daten auch noch glaubt und sie zur Grundlage von Versorgungsplanungen erhebt, hat diese Wirtschaftlichkeit endgültig ihr Ziel verfehlt. Warum nicht stattdessen valide gesundheitspolitische Ziele formulieren, Budgets dazustellen, die Ergebnisse messen, untereinander vergleichen und daraus die Planungen gestalten?

Welche Daseinsberechtigung hat die Ökonomie in der Medizin, und wenn sie in der Medizin keine hätte, wozu brauchen wir denn überhaupt Ökonomie, was lehrt sie uns?

Der Hl. Benedikt von Nursia weist den Cellerar eines Klosters diesbezüglich an (RB 31, 10-12):

„Alle Geräte des Klosters und den ganzen Besitz betrachte er wie heilige Altargefäße. Nichts möge er vernachlässigen. Er sei weder geizig noch verschwenderisch und verschleudere den Besitz des Klosters nicht, sondern halte Maß in allem und folge den Weisungen des Abtes.“

Der sorgfältige und achtsame Umgang mit den Dingen, den Geräten und dem Vermögen des Klosters soll sich nicht anders gestalten als der Umgang mit den heiligen Altargefäßen. Denn soll das Kloster seine spirituellen und profanen Aufgaben nachhaltig erfüllen, braucht es seine wirtschaftliche Grundlage. Die Ökonomie oder der sorgsame Umgang mit den Ressourcen ist nicht Selbstzweck, sondern das Mittel zum Zweck. Das Geld und die Ressourcen sollen dem Menschen dienen, denn der Mensch und der Patient

stehen im Fokus der Ökonomie in der Medizin. Der sorgsame, damit ökonomische Einsatz von Ressourcen steht nicht im Widerspruch zu einer guten Medizin. Vielmehr zeichnet sich die Kunst des Arztes dadurch aus, dass er das tut, was dem Patienten nützt und seiner Genesung dient und was der Patient auch will, und dass er unterlässt, was schadet oder mit hohem Risiko verbunden ist. In letzter Konsequenz ist ein solches Vorgehen auch zumeist ein ressourcenschonendes, ökonomisches, das dem Patienten dient.

Weniger ist oft mehr, zuwarten oft besser als aktives Tun. Um diesen gedanklichen Kreis vom Zusammenspiel zwischen Gesundheitsökonomie und Medizinethik zu schließen, braucht es ein kluges, auch ökonomisches Anreizsystem, das gutes Handeln auch belohnt. Eine der Quellen für Unwirtschaftlichkeit und unethisches Vorgehen in der Medizin besteht neben einer latenten Sehnsucht nach Absicherung in der unheiligen Allianz zwischen Aktionismus und Einkommen.

Der sorgsame Umgang mit den Gefäßen richtet sich aber nicht nur an die Health-Professionals. Ein so fragiles System wie die soziale Krankenversicherung besteht auf Dauer nur dann, wenn alle Beteiligten mit Besonnenheit und Achtsamkeit mit ihm umgehen: Wenn die Menschen auf ihre Gesundheit achten, auch Verantwortung dafür und ihre Gesundheit übernehmen; wenn die Politik nicht das Blaue vom Himmel verspricht und das System nicht überfordert; wenn die Kassen ihre Hausaufgaben im Griff haben, ihre Kunden gut behandeln und respektvoll mit ihren Partnern umgehen; wenn die Medien auch einmal über das Gute und Positive berichten.

Ich habe den Eindruck, dass die Stimmung bei Ärzten und Pflegern auch nach oder gerade wegen der Arbeitszeit- und Besoldungsreform im Spital nicht gut ist; zugleich haben wir neuerdings Probleme, Kassenstellen mit Ärzten nachzubesetzen. Junge Ärzte bekommen aber im Gegensatz zu anderen Akademikern sofort und überall eine Anstellung unter vergleichbar sehr guten Bedingungen. Was ist denn da faul im Staate Medizin? Ich glaube, dass wir uns in einem nicht mehr steuerbaren Wirbel von Reformstau und Reformwut bewegen, an dem Gesundheits- und Standespolitik gleichermaßen beteiligt sind. Arbeitszeit- und Besoldungssystem neu, Forderungen der Pflege, neue Ausbildung vor allem der Allgemeinmediziner, kein Turnus und damit keine Turnusärzte, ELGA, Gesundheitsreform mit Bundes- und Landeszielsteuerungssystemen, primary health care, Krankenhausreform in OÖ und die neue Meduni u.a.m.

Den Ausweg sehe ich nur darin, wenn es gelingt, sich rechtzeitig und unter Einbeziehung aller Beteiligten inhaltlich auf jene Reformen zu einigen und diese so zu priorisieren, dass sie für jene, die davon betroffen sind, akzeptabel und von ihnen umsetzbar sind. Das bringt bessere Ergebnisse, höhere Akzeptanzen und spart Zeit und negative Emotionen.

WHR Prim. Dr. Rainer-Maria Dejaco

Präsident des OÖ. Herzverbandes

„Die Katastrophe in Österreich ist die, dass von der Politik die Inkompetenz zur Kompetenz erhoben wurde.“

Als Leiter des oberösterreichischen Herzverbandes eignet man sich sicherlich ein ausreichendes Wissen zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen an. Dazu kommen die Erfahrungen einer vierzigjährigen Tätigkeit als Ärztlicher Direktor eines Krankenhauses, als Abteilungsleiter einer internen Abteilung, aus einer Facharztpraxis und als Sanitätsrat. Das bedeutet auch einen entsprechenden Einblick in die Gesundheitspolitik der letzten 50 Jahre. Erfahrungen vor allem mit den damit betrauten und befassten Verantwortlichen des medizinischen, pflegerischen und auch administrativen Sektors auf der einen Seite, andererseits ebenso die Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten im bestehenden Gesundheitssystem, vor allem aber im Zustand ihrer Erkrankung.

Der Begriff **Prävention** beschreibt zunächst ganz allgemein, den Gesundheitszustand der Bevölkerung oder einzelner Personen zu erhalten. Die Gesundheitsförderung wurde 1986 durch die Ottawa-Charta der WHO zu einem umfassenden Anliegen erklärt, das alle betrifft: Familien, Schulen, Firmen, Krankenhäuser und so auch den österreichischen Herzverband (ÖHV). Gesundheitsförderung ist damit natürlich auch ein wichtiges Anliegen von Staaten und Politik. In der Medizin unterscheidet man die Begriffe Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Primärprävention verhindert das Entstehen einer Krankheit, z.B. durch Gesundheitssport, Impfungen, die zum Schutz der Bevölkerung beitragen, und Vermeidung von Fettleibigkeit. Bei meinen Vorträgen bin ich immer wieder mit haarsträubendem Unwissen bei Frühsymptomen von Herzinfarkt und Schlaganfall bei PatientInnen konfrontiert.

Sekundärprävention bremst Krankheitsentwicklungen in ihrem Frühstadium ein. Hier spielt die Frühdiagnostik die entscheidende Rolle, denn Krankheiten rechtzeitig abzufangen ist wesentlich leichter, als bereits eingetretene Erkrankungen zu kurieren.

Tertiärprävention begrenzt Folgen manifester Krankheiten. Hier besteht eine große Nähe zur Rehabilitation.

Phasen der Rehabilitation: In Österreich ist ein Vier-Phasen-Modell der Herzrehabilitation gebräuchlich:

Phase I: Frühmobilisierung im Akutkrankenhaus

Phase II: Frührehabilitation im Reha-Zentrum

Phase III: Ambulante, ärztlich kontrollierte Rehabilitation

Phase IV: Lebenslange Rehabilitation/Gesunderhaltung

Es ist leider Tatsache, dass ohne effiziente Folgemaßnahmen der Benefit von stationärer wie ambulanter Rehabilitation rasch sinkt, und die Rezidivneigung steigt. Da die Phase-IV-Rehabilitation in die Patientenselbstverantwortung und damit in den Bereich Selbsthilfegruppen fällt, stellt sich die entscheidende Frage, inwieweit deren Aktivitäten Verhaltensmodifikation in der Weise bedingen, dass der psychologische Status nach einer Rehabilitation zumindest erhalten und die Lebensqualität verbessert werden können. Gerade der Aspekt der wichtigen Verhaltensmodifikation wird seitens der Gesundheitspolitik bislang in keiner Weise zur Kenntnis genommen, obwohl ein entsprechend großes Potential bei 24.000 neuen Infarkten pro Jahr und 250.000 PatientInnen mit Herzinsuffizienz, verursacht durch eine koronare Herzkrankheit, besteht! Selbstverständlich nimmt dieses Gedankengut auch solche PatientInnen in die Verantwortung, die durch die koronare Herzkrankheit, vergesellschaftet mit einem lebensbedrohlichen Zustand einhergehend, traumatisiert sind. Studien zeigen, dass bis zu 50 % nach dem Herzinfarkt nach einem Jahr wieder im alten Lebensstil verhaftet sind und darüber hinaus noch einen zusätzlichen kardialen Risikofaktor, in Form einer Depression, akquiriert haben.

Der mündige Patient weiß durch die mediale Öffentlichkeit um die Nachhaltigkeit von regelmäßigem Gesundheitssport, über die Hilfen der Ernährungsumstellung, der Schädlichkeit des Rauchens und den positiven Einfluss auf Stressreduktion. Er schätzt Sozialkontakte wie Kommunikation und Gespräche mit Gedankenaustausch über seine Situation, wie sie vom Arzt aus Zeitgründen kaum erfolgen können. Auch die Vortragsangebote werden mit großem Interesse angenommen, doch lässt sich der „innere Schweinehund“, sprich Verhaltensänderung, erfahrungsgemäß am besten in den gemeinschaftlichen Aktivitäten nachhaltig verändern.

Zusammengefasst sind sich die meisten Patienten der Verantwortung und Kosten bewusst, während ich den Eindruck habe, dass die Gesundheitspolitik das dadurch bedingte mögliche Einsparungspotential – von Fachleuten in Millionenhöhe geschätzt – unerklärbarerweise bislang nicht realisiert hat, obwohl von führenden Politikern wiederholt die Wichtigkeit und Kostengünstigkeit der Prävention angesprochen wird.

Ein weiteres Kapitel der Prävention stellt die **Impfproblematik** dar. In der Öffentlichkeit wird von einer Impfmüdigkeit geschrieben, was mehr als falsch ist. Mit Nichtimpfen setzt man wissentlich seine und die Gesundheit der Mitmenschen aufs Spiel und verursacht zudem noch hohe Kosten. Wer nicht vorbeugt, verursacht Kosten – die leider die Allgemeinheit trägt. Die Politik wäre hier zuständig, nicht nur durch klare Gesetze ihre Bürger zu schützen, sondern auch die verursachten Folgekosten von Nichtgeimpften, sogenannten selbstbestimmten Patienten, zurückzufordern. **Eindeutige Gesetze** sind auch in Bezug auf das Rauchen zu fordern und nicht die Gesundheit der Bevölkerung hinter offensichtliche Wirtschaftsinteressen zu stellen. Es ist daher die Impfpflicht anzustreben, damit Impfplücken rasch geschlossen werden.

Auch die Sichtweise von Patienten ist mir durch die Betreuung von Selbsthilfegruppen wohlbekannt. Sie wünschen sich, wie bisher, eine gut funktionierende Akutversorgung, weiters Ansprechpartner, die sich auch Zeit nehmen und sie über ihren Gesundheitszustand in verständlicher Weise informieren, praktische Tipps zur Bewältigung ihres Alltags geben, wie z.B. Ängste nehmen usw.

Die Frage nach dem Kostendruck stellt sich in der Akut- und REHA-Phase noch nicht. Für die Phase IV, der lebensbegleitenden Rehabilitation, wäre zu wünschen, dass eine Erhöhung der Mittel zur besseren Compliance der Patienten führt, da für nachhaltige Lebensstiländerung der Aufbau eines Pro-

blembewusstseins für die eigene Erkrankung und Entwicklung präventiver Verhaltenskompetenz eine entscheidende Rolle spielt. Bei der Koronaren Herzerkrankung heißt die Devise: „**Nach dem Infarkt ist vor dem Infarkt.**“

Ein Rückblick auf die Gesundheitspolitik der letzten 50 Jahre zeigt mir eines:

Das Gesundheitssystem steht heute vor dem Abgrund!

Dafür ist die Politik verantwortlich, denn sie hat die Inkompetenz zur Kompetenz erhoben, indem sie der Ansicht ist, Reformen ohne fachliche Einbindung einer qualifizierten Ärzteschaft durchzuziehen. Das negative Umfeld wurde durch Ausgrenzung, Entmündigung, Pauschalverdächtigungen und überbordende Bürokratie noch verstärkt und über die Medien wiederkehrend ein negatives Berufsbild lanciert. Als Arzt hat man das Empfinden, dass eine verantwortungsvolle medizinische Tätigkeit von der Gesellschaft nicht mehr wertgeschätzt wird. Der Frust ist gewaltig und der Berufsstand lässt sich – **hoffentlich** – nicht mehr diskriminieren und weiterhin verschaukeln. Die Konsequenzen sind sichtbar, beginnen jedoch noch mehr spürbar zu werden. Bei Ärzten ist bei den Jungen die Abwanderung ins Ausland voll im Gange, viele ältere Ärzte sind schon in der inneren Emigration und finden in einem Hobby ihre „Psychotherapie“; auch sind sie nicht mehr für ihre Tätigkeit wie früher motivierbar. Das gab es früher nie, dass Primärärzte die Leiterfunktion einer Abteilung oder des Direktors eines Spitals zurückgelegt haben. Gravierender Personalmangel mit der Sorge um die Aufrechterhaltung der Versorgung und die bereits eintretenden Kürzungen medizinischer Leistungen sorgen für ein negatives Arbeitsklima und Umfeld. Spürbar wird es für alle Betroffenen, vor allem die vielen Patienten, wenn Ambulanzen geschlossen, notwendige OPs verschoben, eine inadäquate Nachsorge und lange Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen. Wenn ich als Schmerzpatient einen MRT-Termin in 4 Wochen zur Diagnosestellung bekomme, dann wird die Lage besorgniserregend, der Leidensdruck steigt und Verständnislosigkeit in der Patientenschaft macht sich breit.

Wenn für eine notwendige OP trotz der Gefahr möglicher chronischer Folgekrankheit erst Wochen später ein Termin fixiert werden kann, dann werden wir unser hochgelobtes System hinterfragen müssen, aber auch die Verantwortlichkeit dafür zu eruieren haben. Jedenfalls werden wir nicht mehr die Rentabilität als Erfordernis von Leistungseinschränkungen anschuldigen können, um dies hier zynisch zu formulieren, sondern das System als Ganzes in Frage stellen müssen.

1. Das derzeitige Gesundheitssystem ist am Ende. Das System ist so nicht reformierbar, daher müssen alle Ärzte Geschlossenheit zeigen und ihre Interessen, nämlich den einen freien Arztberuf, entschieden vertreten und noch mehr **verteidigen**.
2. Vorsorgemedizin hat bereits in der Volksschule mit einer täglichen Turnstunde zu beginnen. Zusätzlich zeigen Studien, dass dies positive Auswirkung auf das Gehirn hat, mental stärkend ist und weiters, dass der Lernbeginn mit 9 Uhr früh wesentlich gesünder und effizienter für das Gehirn ist. Nachhaltige Effekte sind weniger Übergewicht, Minderung eines späteren Suchtverhaltens gegenüber Drogen, ein besseres Kommunikationsverhalten in der Gemeinschaft im Sinne von sozialer Kompetenz und vieles andere mehr.
3. Abschließend hat Kollege Harald Mayer, 2. Vize-Präsident der Österreichischen Ärztekammer, in einer Aussendung vorgeschlagen, dass die Administration und medizinische Leitung eines Krankenhauses durch eigens ausgebildete Mediziner in Personalunion erfolgen soll. Es wäre mehr an Kompetenz und Verantwortlichkeit erforderlich, somit wünschenswert.
4. Einführung eines **Gesundheitspass** – ähnlich dem Reisepass mit Basics als Standard mit individueller Ausformung.

Es sollte ein Dokument darstellen, das gesundheitsbezogene Daten einer jeweiligen Person beinhaltet, die ihre Leistungen für sich selbst, aber auch den befassen Behörden gegenüber (freiwillig) dokumentieren kann, denn damit kann man diese belohnen, was einem tiefen Bedürfnis des Menschen nach Anerkennung und Belohnung entspricht. Dieser Weg wird bereits zaghaft von Versicherungen für die Zukunft eingeschlagen.

- a) Impfungen
- b) Teilnahme an Diagnostik und Therapien
- c) Krankenhausaufenthalte
- d) Rehabilitationen und Kuraufenthalte
- e) Eigene Leistungserbringung von Präventionsmaßnahmen
- f) Vorsorgeuntersuchungen, Bewegungstherapie, Vorträge und Kurse

Die Ausführungen sind Gedanken zum derzeitigem Zustand eines Systems, das nicht mehr als Gesundheitssystem, sondern als Krankheitssystem zu bezeichnen ist. Die Fremdbestimmung durch inkompetente Personen und Behörden hat das Ausmaß überschritten, was offensichtlich auch mit Geld nicht mehr kompensierbar erscheint, wie es sich bei den jüngsten Aktionen der Systemerhalter gezeigt hat. So wird verständlich, dass Ärzte, die noch eine Berufung in sich spüren, die nicht auf die Uhr schauen, die Verantwortung zu tragen bereit sind und noch Kompetenz zeigen können und wollen, sich verabschieden, wohin auch immer ...

Univ.-Prof. Mag. Dr. PhDr. Wilhelm Frank MLS

Gesundheitsökonom, Berater, Konsulent im Gesundheitswesen, geschäftsführender Gesellschafter der Wilhelm Frank-Gesundheitssystemberatung GmbH, Universitätsprofessor für Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsmanagement in Krems.

„Gesundheit ist kein monetäres Maß – daher ist eine Investition in Gesundheit eine präventive Maßnahme, die als spekulative Investition zu betrachten ist.“

In Österreich besteht ein fortwährender Drang, Behandlungen aus dem Spitalssektor in den vermeintlich kostengünstigeren niedergelassenen Sektor auszulagern. Gerade diese Frage der Vergleichbarkeit der Sektoren ist aber aus meiner Sicht völlig offen, da dies von zahlreichen Faktoren abhängig ist. Auch der gegenteilige Effekt ist bemerkbar, Einlagern statt Auslagern. Am Beispiel des nicht definierbaren Best-Point-of-Service, der letztendlich der Cheapest Point of Service sein wird, ist erkennbar, dass selbst aus fachlicher Sicht dieser Ort oft nicht ausfindig gemacht werden kann. Die da noch darübergelegte Wirtschaftlichkeit ist mit den gegenwärtig zur Verfügung stehenden Daten nicht bzw. nur höchst problematisch ermittelbar, was nicht heißt, dass nicht völlig falsche Studien erstellt werden. Direkte Kostenvergleiche sind mit den administrativ orientierten Routinedaten keinesfalls möglich.

Massive Kostenanstiege beklagen die Sozialversicherungen beispielsweise bei den Ausgaben für Medikamente. Tatsächlich sind aber die Preise für

Arzneimittel in den letzten Jahren deutlich gesunken. Gerade Österreich ist ein Billigpreisland. Daneben sind in einer kleinen Nische (Onkologie, seltene Erkrankungen) die Kosten dramatisch gestiegen. Das Problem ist ein Verteilungsproblem, das einer politischen Beratung bedarf. Eine Preisregulierung ist an sich nicht automatisch ein sinnvoller Ansatz, da im Kreislaufsystem der Wirtschaft zahlreiche Nebeneffekte ebenfalls zu berücksichtigen wären. So schafft ein Arzneimittel z.B. auch einen indirekten Nutzen, der durch Regulative in Österreich nicht berücksichtigt werden darf. Die alleinige Berücksichtigung des Preises eines Arzneimittels als ökonomisches Grundlagenmaß ist nicht ausreichend für eine sozialverträgliche Versorgungsgestaltung.

Die Frage nach der Daseinsberechtigung der Ökonomie in der Medizin ist aus meiner Sichtweise recht einfach zu beantworten. Reduziert man Ökonomie auf Preis, gelingt die Einbindung sozialer Aspekte nicht. Ökonomie und Medizin sind nur durch die praktische Handhabung im Rahmen von Verwaltungsvorschriften zu Gegenspielern geworden. Dem liegen unzählige Fehlentwicklungen zugrunde. Meist wird Ökonomie der Gesundheit mit der Ökonomie des Gesundheitssystems verwechselt. Darüber hinaus sind Ökonomien im Sozialbereich etwas komplizierter als im Handel oder Dienstleistungsbereich. Medizinische Maßnahmen sind keine Dienstleistungen und der Leistungserbringer ist nicht der Produzent. Die Verbindung von Gesundheit als komplexes Thema und der Ökonomie als durchaus schwierige Wissenschaft wird in der Kombination letztendlich teilweise von Laien erbracht oder laut kommentiert.

In Großbritannien erfolgt Rationierung im Gesundheitswesen beispielsweise anhand des gesundheitsökonomischen Konzepts der QALYs (Quality Adjusted Life Years). Eine solch radikale Maßnahme droht hierzulande nicht. Das hat zahlreiche Gründe, die vom Methodischen über das Prinzip der Individualität bis hin zum Rechtlichen reichen. Das Besondere in Österreich besteht darin, dass sämtliche Verbesserungen auf der Seite der Leistungserbringer angedacht werden, was dem Prinzip des Qualitätsdenkens grundsätzlich zuwiderläuft. Für die Wissenschaft mögen Konzepte wie QALY durchaus interessant sein, für eine Versorgungsgestaltung ist jedoch mit viel zu vielen Unsicherheiten zu rechnen, dass darauf ein Versorgungskonzept aufgebaut werden kann.

Gesundheit ist kein monetäres Maß. Daher ist eine Investition in Gesundheit eine präventive Maßnahme, die als spekulative Investition zu betrachten ist. Eine Gleichsetzung ist nicht möglich, auch ist Prävention nicht mit Kosteneinsparungen zu rechtfertigen.