



Gesundheitsreform: Der menschliche Faktor

von Thomas Czipionka, Leiter IHS HealthEcon, 30.06.2014

Mit ihrem Zielsteuerungssystem hat die Gesundheitsreform die politisch machbarste, wenn auch nicht die optimale Lösung, nämlich eine Bereinigung der verfassungsmäßigen Kompetenzverteilung, erreicht. Der Preis ist ein sehr stark planerisches System, das aufpassen muss, wie es zu den notwendigen Innovationen kommt. Es läuft außerdem Gefahr, den menschlichen Faktor außer acht zu lassen. Das Gesundheitswesen als komplexes soziales System mit tiefverwurzelten institutionellen Eigenheiten kann nicht in wenigen Jahren runderneuert werden.

Inhaltlich geht die Reform die richtigen Dinge an. Die Stärkung der Primärversorgung hat das Potenzial, die Gesundheit der ÖsterreicherInnen und die Versorgungsqualität insgesamt deutlich zu verbessern. Eine echte Primärversorgung ist aber nicht bloß ein „Hausarzt neu“, sondern kommt, wenn ernst gemeint, einem Totalumbau unseres Gesundheitswesens gleich, was speziell Österreich vor große Herausforderungen stellt, da die Voraussetzungen dafür in vielerlei Hinsicht nicht gegeben sind. Zudem bringt eine Stärkung der Primärversorgung notwendigerweise eine gewisse Einschränkung des beliebten derzeit ungehinderten Zugangs zu nahezu allen Stufen der Versorgung mit sich. Statt schneller Erfolge bei der Umsetzung, die keiner echten Primärversorgung entsprechen, sollte die Gesundheitspolitik sich vor allem zunächst den tieferliegenden Voraussetzungen dafür zuwenden. Es gilt zudem, die Menschen mehr als bisher über die Absichten zu informieren und die im Gesundheitswesen vor Ort Tätigen sowie die Bevölkerung nicht zu überfordern und in die kommenden Veränderungen einzubeziehen.

Was bisher geschah...

Grundproblematik

Anders als in den Jahrzehnten zuvor gelang es ab dem Jahr 2010, einen Prozess der Gesundheitsreform auf den Weg zu bringen, der eine ausreichende Schlagkraft haben dürfte, auch tatsächlich Änderungen im österreichischen Gesundheitswesen voranzubringen. Die Probleme reichen auch tief und liegen vor allem in der fragmentierenden Konstruktion, dass sich so viele Stakeholder die Kompetenzen im Gesundheitswesen teilen. Zwar ist der Bund nach Art. 10 B-VG grundsätzlich für Gesetzgebung und Vollziehung im Gesundheitswesen zuständig, jedoch mit Ausnahme der Kranken- und Pflegeanstalten, deren Agenden nach Art. 12 B-VG in Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung bei den Ländern liegen. Dies macht erforderlich, dass zwischen Bund und Ländern die berichtigten Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geschlossen werden müssen, um diese gespaltenen Kompetenzen zu koordinieren. Somit leben die ÖsterreicherInnen in ihrem Gesundheitswesen in einer geteilten Welt. Solange sie im niedergelassenen Bereich (Arztpraxis, Ambulatorium, Physiotherapie) dem Unfall- oder dem Rehabilitationsbereich Leistungen beziehen, gelten die Regeln der Sozialversicherung, die auf Basis der Sozialversicherungsgesetze des Bundes agiert, und deren Führung von den Sozialpartnern beschickt wird. Sobald jedoch die Schwelle zum Krankenhaus überschritten wird, bestehen die Vorgaben des jeweiligen Bundeslandes. Finanziert werden die Krankenanstalten aus einem Mix von Sozialversicherung, Bund, Ländern und



Gemeinden. Während jedoch die Sozialversicherung einen bestimmten Anteil ihrer Beitragseinnahmen als Abgeltung für alle Spitalsleistungen einbringt, verliert sie im Gegenzug das Mitspracherecht darüber, wie ihre Versicherten behandelt werden. Die Länder, die im Spitalsbereich Gesetzgeber, Regulator, Betreiber der meisten Spitäler und Teilfinanzier sind, bezahlen diese Kompetenzfülle damit, dass sie letztlich sozusagen die Ausfallhaftung übernehmen, also Kostenentwicklungen, die über die zunächst vorgesehenen Mittel für die Spitäler des Bundeslandes hinausgehen, zusammen mit ihren Gemeinden alleine tragen müssen.

Diese grundsätzliche Kompetenzverteilung wurde jedoch durch die epidemiologische und demographische Entwicklung immer mehr zum Hemmnis. Chronische, lebensbegleitende Erkrankungen haben akute Beschwerden als Gegenstand von Diagnose und Behandlung weit hinter sich gelassen. Zusammen mit der immer höheren Spezialisierung bedeutet dies, dass für die Behandlung eines Menschen eine große Zahl an Gesundheitsdiensteanbietern tätig wird. Diese befinden sich jedoch aufgrund der Kompetenzfragmentierung in unterschiedlichen Einflussphären, arbeiten unter verschiedenen Regulierungsvorgaben und Bezahlungssystemen.

Folge der Fragmentierung und weiterer Fehlanreize ist ein Gesundheitssystem, das sich in erster Linie um die Behandlung und „Reparatur“ bestehender Erkrankungen kümmert und dabei einen Schwerpunkt auf das Spitalwesen legt. Im niedergelassenen Bereich dominiert die Form der Einzelpraxis, die nur vom Arzt bzw. von der Ärztin und seiner/ihrer Sprechstundenhilfe betrieben wird, damit aber nur ärztliche Leistungen der jeweiligen Disziplin anbietet und eingeschränkte Öffnungszeiten hat. Gleichzeitig haben die Menschen in Österreich freien Zugang zu nahezu allen Stufen der Versorgung. Dadurch erscheint es für viele attraktiv, gleich eine Spitalsambulanz aufzusuchen, welche alle Untersuchungen ohne Terminvergabe rund um die Uhr anbietet. Was scheinbar attraktiv ist, hat aber negative Effekte für die Behandlungsqualität und die Effizienz. Es ist gesundheitswissenschaftlich erwiesen, dass es sowohl für die Lebensqualität als auch für Effizienz des Systems besser ist, wenn die Menschen frühzeitig diagnostiziert und gut behandelt werden. Dazu ist es auch notwendig, dass die Menschen langfristig eine Gesundheitsbeziehung zu einem Behandler haben, der/die sie ganzheitlich betrachten kann, ihre Geschichte kennt und sie durch das Dickicht des Gesundheitswesens begleitet. Deshalb liegt das österreichische Gesundheitswesen bei den gesundheitlichen Outcomes im Mittelfeld vergleichbarer Länder; da aber erhebliche Summen dafür eingesetzt werden, die sich zum Teil an diesen Unzulänglichkeiten quasi zerreiben, an hinteren Positionen bezüglich seiner Effizienz.¹

Die Gesundheitsreform 2013

Die Gesundheitsreform 2013 ist eigentlich zunächst keine Reform des Gesundheitswesens selbst, sondern eine Reform von dessen Steuerung. Die grundlegende verfassungsmäßige Fragmentierung des Gesundheitswesens wurde nicht behoben, dies gelang aber auch schon in früheren Anläufen wie dem Österreich-Konvent 2003-2005 und der Verwaltungsreform 2010/2011 nicht. Sie versucht in Anlehnung an den Masterplan Gesundheit der Sozialversicherung von 2010 eine von allen PartnerInnen gemeinsam getragene Vision zu entwerfen, die mithilfe eines Zielsteuerungssystems umgesetzt werden soll. Dieses sieht neben den Finanzziele noch drei weitere Steuerungsbereiche vor, nämlich Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung. In all diesen

¹ siehe z.B. Cypionka T, Röhrling G, Schönpflug K: Public Sector Performance: Gesundheit. IHS Endbericht 2013



Steuerungsbereichen wurden in der von Bund, Ländern und Sozialversicherung beschickten, neu geschaffenen Bundeszielsteuerungskommission im sogenannten Bundeszielsteuerungsvertrag bis zu fünf strategische Ziele definiert. Diese strategischen Ziele wurden weiter in operative Ziele heruntergebrochen, für deren Erreichung wiederum eine Reihe von Maßnahmen festgelegt wurden. Auf Ebene der jeweiligen Bundesländer erarbeiten die neu geschaffenen Landeszielsteuerungskommissionen mit VertreterInnen von Bund, Land und Sozialversicherung einen auf die regionalen Bedürfnisse zugeschnittenen Landeszielsteuerungsvertrag auf Basis der Vorgaben des Bundeszielsteuerungsvertrags und spiegeln dessen Aufbau. In Jahresarbeitsplänen sollen die Maßnahmen umgesetzt werden.

Auf Seiten der Finanzziele legt der Bundeszielsteuerungsvertrag auf Basis der 15a-Vereinbarung zur Zielsteuerung im Gesundheitswesen eine Obergrenze für die Ausgabenentwicklung bis 2016 fest, die auch danach weitergeführt werden soll. Die Idee dabei ist, dass die Ausgaben so zu dämpfen sind, dass sie bis 2016 nur mit 3,6% nominell, das ist der langfristige Trend des BIP, wachsen. Aus dem Unterschied zu einer fiktiven Steigerung ohne entsprechende Maßnahmen wurden dann in Eurowerten denominierte Kostendämpfungsnotwendigkeiten festgelegt. Aus diesen Obergrenzen ergeben sich Zielwerte, die von den Ländern einerseits und der Sozialversicherung andererseits eingehalten werden sollen. Länder bzw. Sozialversicherungsträger teilen jeweils in ihrer Sphäre die Lasten auf. Somit treffen auf Landesebene wieder das Bundesland und die Sozialversicherung als Partner mit bestimmten Budgetmöglichkeiten aufeinander. Diese bilden den gemeinsam zu verantwortenden „virtuellen Pool“.

Inhaltlich materiell sieht die Gesundheitsreform unter anderem mehr Transparenz, die Verfolgung von Gesundheitszielen, die Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung, die Stärkung der Primärversorgung und die Verlagerung der Versorgung an den „best point of service“ vor. Diese Elemente der gemeinsamen Vision sollen mithilfe des Zielsteuerungssystems und einem Gesundheitszieleprozess erreicht werden und sind auch überaus verfolgungswert.

Allgemeine Einschätzungen zur Gesundheitsreform

Die derzeitige Gesundheitsreform ist der bisher vielversprechendste Ansatz, dass Änderungen im Gesundheitswesen auch realisiert werden können. Es gibt dabei allerdings einige Wermutstropfen. So ist es zu bedauern dass eine grundsätzliche Bereinigung der verfassungsmäßigen Kompetenzen nicht erreicht wurde, und viele der Mechanismen dadurch im Grunde eine Hilfskonstruktion darstellen, um genau diese Problematik zu überbrücken. Es sollte stärker berücksichtigt werden, dass alle Mittel im Gesundheitswesen von den BürgerInnen kommen, und die Stakeholder nur deren Verwalter sind, jedenfalls aber nicht durch Pochen auf historisch verteilte Kompetenzen der optimalen Mittelverwendung im Sinne der BürgerInnen im Wege stehen sollten.

Ganz grundsätzlich müssen die unterschiedlichen Logiken von Sozialversicherung und Land überbrückt werden. Während die Ausgaben eines Bundeslandes sich immer auf seine geographischen Grenzen und damit die Wohnbevölkerung beziehen, orientiert sich die Sozialversicherung bzgl. der Einnahmen am Arbeitsort, bzgl. der Ausgaben nach der Inanspruchnahme. Beispielsweise ist die Wohnbevölkerung von Wien bei der WGKK, aber auch der SVA, der NÖGKK oder der VAEB versichert, die Versicherten der WGKK können wiederum in



Niederösterreich, der Steiermark oder im Burgenland wohnen, weil sie nach Wien pendeln. Die WGKK zahlt Leistungen ihrer Versicherten, egal, wo diese in Anspruch genommen werden.

Die Konstruktion von Bundeszielsteuerungsvertrag und Landeszielsteuerungsvertrag ist natürlich mit hohen Transaktionskosten (administrative Effizienz!) verbunden. Letztlich müssen die Fragmentierungen im Gesundheitswesen in lauter Einzellösungen überwunden werden, die aus Maßnahmen der Landeszielsteuerungsverträge resultieren. Eine dadurch nach wie vor in jedem Einzelfall auszustreitende Frage ist somit der Mechanismus der Mittelverschiebung: Wenn nach dem Prinzip des „best point of service“ die Behandlung X nun im niedergelassenen Bereich und nicht mehr im spitalsambulanten Bereich erfolgen soll, den zunächst ausschließlich die Sozialversicherung finanziert, wieviel Geld muss das Land davon zuschießen? Sollte sich am Ende herausstellen, dass die Ziele des Landeszielsteuerungsvertrags nicht erreicht wurden oder der virtuelle Pool nicht ausreicht und mehr Geld gegeben wurde, wer trägt dafür die Verantwortung? Da ja alles gemeinsam verantwortet wird, ist die accountability somit eher erschwert. Ist beispielsweise für die Nichteinhaltung der Budgetobergrenze die Sozialversicherung „Schuld“, weil sie zu hohe Medikamentenausgaben zugelassen hat, oder ist das Land „Schuld“, weil es die Kollektivverträge mit den Pflegekräften zu großzügig abgeschlossen hat?

Nimmt man die Unantastbarkeit der Kompetenzverteilung als gegeben hin, so wurde jedoch eine vor allem politisch sehr tragfähige Lösung erreicht und der Prozess gut aufgesetzt. Für den Erfolg von Reformen ist das „leadership“, also die Führungsstärke bei gleichzeitiger Einbeziehung der relevanten Stakeholder wichtig. Tatsächlich ist z.B. die politische Steuerungsgruppe der Reform mit Gesundheits- und Finanzminister, Hauptverbandsvorstandsvorsitzendem, Trägerkonferenzvorsitzender und hochrangigen VertreterInnen der Bundesländer Oberösterreich und Wien durchsetzungskräftig und gleichzeitig stabil besetzt worden. Am gewichtigsten wirkt wohl das glaubhafte Commitment aller Beteiligten, dass Änderungen im österreichischen Gesundheitswesen notwendig sind und man versuchen will, gemeinsame Lösungen zu erarbeiten. Gewisse Sorgen bereitet freilich, dass der Ansatz, der gewählt wurde, extrem planerisch ist. In einem so stark planerischen System können sich innovative Ideen nur schwer entfalten, jedoch sind gerade Innovationen notwendig, um ein System erneuern zu können. Zudem berücksichtigt diese Architektur zu wenig, dass das Gesundheitswesen ein komplexes soziales System ist, das durch Institutionen, also lange geübten sozialen Regeln geprägt ist. Änderungen solcher Systeme können nicht gleichsam am grünen Tisch verordnet werden, ansonsten trifft man bald auf Widerstand. Es gilt, die Beteiligten stärker als bisher geplant einzubeziehen.

Die aktuellen Entwicklungen

Best point of service/care

Die vorrangigen Themen der Gesundheitsreform treffen ebenfalls den Kern der Problematik in Österreich. Die Verlagerung der Versorgung an den „best point of service“ meint im Grunde die Verlagerung der Leistungserbringung dorthin, wo sie qualitativ und günstig erbracht werden kann. Vielgenanntes aber bei weitem nicht einziges Extrembeispiel sind die Kataraktoperationen, die international vorwiegend tagesklinisch, bei uns aber überwiegend stationär erbracht werden. Die Bezeichnung ist vielleicht unglücklich gewählt. International würde man eher vom „best point of care“ sprechen.



Knackpunkt hier ist vor allem der Modus, wie dieser „best point of care“ bestimmt wird. Darüber konnte bislang noch keine Einigung erzielt werden, wohl auch deshalb, weil die Folgen dieser Entscheidung wesentliche Konsequenzen für die Finanzierung haben. Verschiebt sich nämlich der „point of care“, müssten nach der Logik der Gesundheitsreform die Mittel folgen. Mit den Mitteln gehen auch Macht und Einfluss verloren. Mit der Einzelfalllösung im Rahmen der Landeszielsteuerung wird das Problem zwar kleinräumig heruntergebrochen, es fehlen aber vielfach auch die Berechnungsgrundlagen, sodass zweifelhaft bleibt, ob es tatsächlich zu größeren Umbauten im Sinne einer optimaleren Behandlung kommen wird.

Ein weiteres heikles Problem ergibt sich aus der impliziten Logik, dass es mit einem identifizierten „best point of care“ auch keine Möglichkeit mehr geben sollte, an einer anderen Stelle im Gesundheitswesen diese Leistung anzufordern. Weshalb sollte die Solidargemeinschaft für suboptimale Betreuung oder für unnötig hohe Kosten aufkommen? Die ÖsterreicherInnen sind jedoch seit langem gewohnt, zu AllgemeinmedizinerInnen, niedergelassenen FachärztInnen, Ambulatorien oder Ambulanzen weitgehend ungehindert und kostenlos Zugang zu haben. Dies ist international äußerst unüblich. In vielen Ländern herrscht ein „hartes“ oder zumindest „softes“ Gatekeeping vor. Das bedeutet, dass man zu den meisten nachgeschalteten Versorgungsstufen nur auf Überweisung Zugang hat, oder aber zumindest erhebliche Selbstbehalte zu zahlen hat, falls man sie direkt in Anspruch nimmt. In vielen Ländern wie Schweden oder England war es früher sogar üblich, dass man bestimmten ÄrztInnen bzw. Krankenhäusern zugeordnet war. Es war in diesen Ländern aber um einiges leichter, die Wahlfreiheit auszudehnen, als es jetzt für Österreich ist, sie einzuschränken. Die im Jahr 2000 eingeführte Ambulanzgebühr hatte selbst unter der damaligen schwarz-blauen Regierung nur drei Quartale Bestand. Internationale Studien wie z.B. für Deutschland oder die Niederlande belegen, dass Versicherte für Einschränkungen in der Wahl ihres Leistungserbringers massiv monetär kompensiert werden müssten.² In der Schweiz können die BürgerInnen auch Versicherungsschemata wählen, bei denen man sich zuerst bei einer telefonischen Beratung melden muss, bevor man Leistungen in Anspruch nehmen kann oder bei denen nur bestimmte LeistungserbringerInnen bezahlt werden (HMO-Versicherung). Für solche Schemen müssen die Versicherungsprämien deutlich niedriger sein, damit sie angenommen werden.

Stärkung der Primärversorgung

Die Stärkung der Primärversorgung ist eines der wesentlichen Ziele der Gesundheitsreform, und die zuvor skizzierte Problematik der Wahlfreiheit tritt hier besonders deutlich zutage.

Grundsätzlich ist die Stärkung der Primärversorgung ein ganz wichtiges und richtiges Ziel. Zahlreiche Studien belegen die Vorzüge, die ein Gesundheitssystem genießt, welches über eine gut funktionierende Primärversorgung verfügt.^{3 4} Der Zugang zu umfassender Versorgung ist niederschwellig, was sozioökonomisch schlechter gestellten Gruppen zugute kommt. Die

² MacNeil VJ, Zweifel P. Preferences for health insurance and health status: does it matter whether you are Dutch or German? Eur J Health Econ. 2011;Feb;12(1).

³ Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., van der Zee, J., Groenewegen, P. P. (2010b): The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research, 10 (65).

⁴ Kringos, D. S., Boerma, W., van der Zee, J., Groenewegen, P. (2013): Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. Health Affairs, 32 (4): 686-694.



Kontinuität und die Koordination der einzelnen Behandlungs- und Diagnoseschritte kann gewährleistet werden, was die Qualität der Versorgung bei chronischen Erkrankungen deutlich verbessert. Durch die auf Dauer angelegte Gesundheitsbeziehung des/der Versicherten mit seinem/ihrer Primärversorgungsteam können auch präventive Maßnahmen besser greifen.

Primärversorgung ist jedoch keinesfalls nur ein „Hausarzt neu“, sondern entspricht im Grunde einem vollkommenen Umbau der Art und Weise, wie bisher Menschen in Österreich behandelt wurden. Wesentliche Bausteine der Primärversorgung sind

- **Multiprofessionelle Teams**

In ausgeprägten Primärversorgungssystemen werden Leistungen in multiprofessionellen Teams (u.a. mit diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und anderen Pflegekräften, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, Hebammen, DiätologInnen, PharmazeutInnen) erbracht. Die Versorgungsaufträge und Verantwortungsbereiche sind kompetenzabhängig aufeinander abgestimmt.

- **Verbindung zu Pflege, Sozialwesen und Rehabilitation**

Primärversorgung ist nicht nur PrimärversorgungsärztInnen und Ordinationsangestellten zuzuordnen. Stattdessen ist die horizontale Integration mit der Pflege, dem Sozialwesen und der Rehabilitation wohnortnah umgesetzt.

- **Koordination der Leistungen und Lotsenfunktion**

PrimärversorgerInnen sind AdvokatInnen der PatientInnen gegenüber allen anderen LeistungserbringerInnen. Sie koordinieren den gesamten Behandlungsablauf und halten mit FachärztInnen und anderem Gesundheitspersonal Rücksprache in Behandlungsfragen.

- **Gatekeeping und Anlaufsfunktion des Primärversorgers**

Um die Aufgabe eines Lotsen/einer Lotsin im Gesundheitssystem wahrnehmen zu können, muss gewährleistet werden, dass PatientInnen ihre PrimärversorgerInnen als Eintrittsstelle in das Gesundheitssystem aufsuchen. International ist hierfür der Begriff des Gate-keepers üblich, der in Österreich aber negativ besetzt zu sein scheint. Eine bisweilen gebräuchliche Wortschöpfung ist daher der Gate-opener, der seinen Patienten den Zugang zum Gesundheitssystem ermöglicht.

- **Einschreibungssystem bzw. definierte Versorgungspopulation**

Jede/r PrimärversorgerIn ist für eine definierte Versorgungspopulation zuständig, welche sich z.B. mittels eines Listensystems bei ihm/ihr eintragen kann. Er/Sie handelt pro-aktiv zum Wohle seiner/ihrer PatientInnen und erinnert sie z.B. an anstehende Untersuchungen. Gleichsam fühlt er/sie sich für seine PatientInnen und ihre Gesundheit verantwortlich. Durch diese Stärkung der Beziehung zwischen ÄrztIn und PatientIn wird die Kontinuität der Versorgung gewährleistet.

- **Bevölkerungsorientiertes Management**

Primärversorgung wird rund um Subgruppen von PatientInnen mit ähnlichen Erfordernissen (wie gesunde oder chronisch kranke PatientInnen) organisiert. Für diese Gruppen sollen in der Folge teambasierte, maßgeschneiderte Versorgungsleistungen erbracht werden.

- **Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien**

Ärzte und Ärztinnen sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe erhalten gezielte Unterstützung klinischer Entscheidungen durch evidenzbasierte Leitlinien. Diese stellen praxisorientierte Handlungsempfehlungen auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse dar und sollen Entscheidungs- und Handlungsoptionen aufzeigen.

Gesundheitsförderung und Prävention



Menschen suchen nicht erst ihre PrimärversorgerInnen auf, wenn sie bereits krank sind. Stattdessen werden krankheitsvermeidende Leistungen von verschiedenen Berufsgruppen des Primärversorgungsteams erbracht.

- **Informationsmanagement und elektronische Patientenakte**

Standardisierte Datenerhebungen erlauben Messungen von Zugang, Qualität, Sicherheit und Effizienz sowie eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung durch systematisch entwickelte Indikatoren. Durch die Verwendung von elektronischen PatientInnenakten haben alle behandelnden LeistungserbringerInnen Zugang zu den Befunden und der Krankengeschichte ihrer PatientInnen.

- **Längere Öffnungszeiten und geregelter Notdienst**

PatientInnen wird der Zugang zu Primärversorgung idealerweise rund um die Uhr ermöglicht. Primärversorgungseinheiten haben einerseits längere Öffnungszeiten und andererseits wird in den Nacht- und Wochenendstunden Primärversorgung von Kooperativen erbracht.

- **Moderne Arbeitsmöglichkeiten**

Durch die Möglichkeit von Teilzeitarbeit und der Anstellung von ÄrztInnen wird der Beruf des Hausarztes/der Hausärztin speziell für Frauen attraktiver. Durch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf kann die Versorgung mit PrimärversorgungsärztInnen verbessert werden.

- **Moderne Kommunikationsmethoden (Telefon, E-Mail, E-Terminvereinbarung, E-Rezepte, E-Health Plattformen, Telemedizin)**

Einerseits können PatientInnen über Telefon und E-Mail Beratung von ihrer Primärversorgungseinheit in Anspruch nehmen und elektronische Rezepte erhalten. Andererseits gibt es Telefon- und Internetservices wie E-Health-Plattformen und Telefonhotlines, bei denen PatientInnen rund um die Uhr an 365 Tagen pro Jahr beraten und wenn nötig an die entsprechenden Stellen überwiesen werden. Durch telemedizinische Lösungen können chronisch Kranke bei Bedarf auch zuhause bzgl. bestimmter Parameter überwacht werden.

Ein Umbau des österreichischen Gesundheitssystems in dieser Weise stellt eine immense Herausforderung dar. Nicht nur sind viele Stakeholdergruppen erst zu überzeugen. So wird auch die bisherige Ausbildung von AllgemeinmedizinerInnen mit ihrem Schwerpunkt im Spital diesen Anforderungen nicht gerecht. Ebenso wenig besteht bei uns eine große Tradition, dass verschiedene medizinische Berufsgruppen auf Augenhöhe in Teams zusammenarbeiten. Auch die Orientierung an Leitlinien oder die salutogenetische (also nicht krankheitsbehandelnde, sondern gesunderhaltende) Herangehensweise haben kaum Tradition. Die Möglichkeit zur Anstellung von ÄrztInnen in Primärversorgungseinheiten, um speziell jungen KollegInnen das Hineinwachsen in den Beruf zu ermöglichen, ist rechtlich derzeit nicht möglich. Auch die rechtlichen Voraussetzungen für Gruppenpraxen sind nicht flexibel genug ausgestaltet.

In vielerlei Hinsicht müssten also eigentlich zunächst die Voraussetzungen geschaffen werden, um erst in einem zweiten Schritt Primärversorgung zu etablieren. Insofern muss konstatiert werden, dass sich die Gesundheitsreformer zu viel zu schnell vorgenommen haben. Dies ist zwar aus politischer Sicht verständlich, da es den BürgerInnen schwieriger zu verkaufen ist, wenn das Endziel erst in zehn oder fünfzehn Jahren in Aussicht gestellt wird. Es besteht durch diese Vorgabe aber die Gefahr, dass sich bei den Beteiligten Frustration breit macht, und um Erfolge zu erzielen das jetzt Machbare gleichsam zur Primärversorgung umetikettiert wird. Es rächt sich in diesem Zusammenhang auch, dass die Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung lange stiefmütterlich behandelt wurde, obwohl die Ausgaben für Gesundheit rund 16 Prozent der



öffentlichen Ausgaben ausmachen. Dadurch liegen zu wenige Ergebnisse und Erkenntnisse zu den nun zu bearbeitenden Herausforderungen vor.

Fazit

Die Gesundheitsreform bearbeitet die richtigen Themen mit einem an sich funktionierenden, wenn auch aufwändigen Steuerungssystem. Es sollte allerdings mehr Spielraum für Innovationen geschaffen werden. Ein weiterer wichtiger, zu wenig beachteter Punkt ist, dass sich das komplexe soziale System Gesundheitswesen nicht in kurzen Fristen gleichsam durch Umlegen eines Schalters verändern lässt. Es müssen erst viele zum Teil kulturelle Voraussetzungen geschaffen und von den Beteiligten angenommen und eingeübt werden. Diese Änderungen werden zum Teil länger dauern als Anfangs gedacht und es in den Zeitplänen der Zielsteuerung berücksichtigt ist. Die Politik sollte dies akzeptieren und nicht versuchen, rasche Lösungen umzusetzen, um die Erreichung selbst gesteckter Ziele vordergründig zu erreichen. Die Gesundheitsreform sollte zudem mehr darauf achten, ihre auf eine Verbesserung der Versorgung aller abzielenden Absichten klarer zu kommunizieren, die Beteiligten wie auch die BürgerInnen mehr einzubeziehen und sie auf dem an sich guten Weg mitzunehmen.

Thomas Czypionka
Institut für Höhere Studien (IHS)
thomas.czypionka@ihs.ac.at

IHS - Forschung und Ausbildung auf Spitzenniveau für Politik, Wirtschaft und Gesellschaft

Das Institut für Höhere Studien (IHS) ist ein unabhängiges, nicht gewinnorientiertes Forschungsinstitut für Ökonomie, Politikwissenschaft und Soziologie. Es ist seit seiner Gründung im Jahre 1963 den höchsten Qualitätsansprüchen in Forschung und postgradualer Ausbildung verpflichtet. Das IHS strebt in folgenden Aufgabenbereichen Höchstleistungen mit internationaler Ausstrahlung an:

- ❖ theoretische und empirische Spitzenforschung mit wirtschafts- und gesellschaftspolitischem Anwendungsbezug
- ❖ Aufbau und Förderung von Humanressourcen durch international renommierte Ausbildungsprogramme und MitarbeiterInnenentwicklung
- ❖ wirtschafts-, sozial- und politikwissenschaftliche Beratung mit methodischem Tiefgang
- ❖ Information der Öffentlichkeit über grundlegende Problemstellungen in Wirtschaft, Politik und Gesellschaft

Die IHS-Standpunkte erscheinen in unregelmäßigen Abständen und greifen aktuelle Themen der Wirtschafts- und Sozialpolitik auf. Sie finden alle bisher veröffentlichten Standpunkte auf der Homepage des IHS unter folgendem Link:

<http://www.ihs.ac.at/vienna/Mediacorner/Press-1/IHS-Standpunkt---Position.htm>



Wir freuen uns, wenn Sie Initiativen am IHS unterstützen und das Institut weiterempfehlen. Mehr Informationen finden Sie auf www.ihs.ac.at. Wenn Sie die Standpunkte laufend beziehen oder abbestellen wollen, wenden Sie sich an communication@ihs.ac.at.