

Health Care Reform?



© duckman76 - Fotolia.com

Gesundheitsreform – der menschliche Faktor

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 darauf bedacht sein muss, den Raum für notwendige Innovationen nicht zu sehr einzuschränken. 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 Österreicher sowie 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 schnelle Erfolge bei der Umsetzung anzustreben, sollte sich die Gesundheitspolitik zunächst vor allem den Voraussetzungen zuwenden, die für die Schaffung einer echten Primärversorgung nötig sind. 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.



Dr. Thomas Czyponka ist Leiter des Bereichs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am Institut für Höhere Studien (IHS HealthEcon).

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 voranzu-

bringen. Dessen 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 Ausführungs-

gesetzgebung und Vollziehung bei den Ländern liegen. Um diese gespaltenen Kompetenzen zu koordinieren, müssen zwischen Bund und Ländern die berichtigten Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geschlossen werden. Somit leben die Österreicherinnen und Österreicher in ihrem Gesundheitswesen in einer geteilten Welt. Solange sie im niedergelassenen Bereich (Arztpraxis, Ambulatorium, Physiotherapie), im Unfall- oder 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 demografische 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 Einflusssphären, 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 Spitalswesen 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, die alle Untersuchungen ohne Terminvergabe rund um die Uhr anbietet. Was scheinbar attraktiv ist, wirkt sich aber negativ auf die Behandlungsqualität und die Effizienz aus. Es ist gesundheitswissenschaftlich erwiesen, dass es sowohl für die Lebensqualität als auch für die 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 sie ganzheitlich betrachten kann, ihre Geschichte kennt und sie durch das Dickicht des Gesundheitswesens begleitet. So liegt das österreichische Gesundheitswesen bei den gesundheitlichen Outcomes zwar im Mittelfeld vergleichbarer Länder, da aber dafür erhebliche Summen aufgewendet werden, die zum Teil an diesen Unzulänglichkeiten verpuffen, bezüglich seiner Effizienz an den hinteren Positionen.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. Die Gesundheitsreform 2013 versucht in Anlehnung an den Masterplan Gesundheit der Sozialversicherung von 2010 eine von allen Partnern 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 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 wurde. Auf Ebene der jeweiligen Bundesländer erarbeiten die neu geschaffenen Landeszielsteuerungskommissionen mit Vertretern von Bund, Land und Sozialversicherung einen auf die regionalen Bedürfnisse zugeschnittenen Landeszielsteuerungsvertrag auf Basis der Vorgaben des Bundeszielsteuerungsvertrags und spiegeln dessen

Viele Anläufe ohne Durchbruch.

¹ Siehe z. B. Czypionka, T., Röhring, G., Schönpflug, K.: Public Sector Performance: Gesundheit. IHS-Endbericht 2013.

Aufbau. In Jahresarbeitsplänen sollen die Maßnahmen umgesetzt werden.

Aufseiten 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 Prozent 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 eines Gesundheitszieleprozesses erreicht werden und sind auch überaus verfolgenswert.

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 Bereini-

gung der verfassungsmäßigen Kompetenzen nicht erreicht wurde und viele der Mechanismen deshalb im Grunde eine Hilfskonstruktion darstellen, um genau diese Problematik zu überbrücken. Es sollte stärker berücksichtigt werden, dass alle Mittel im Gesundheitswesen von den Bürgern kommen und die Stakeholder nur die Verwalter dieser Mittel sind, jedenfalls aber nicht durch Pochen auf historisch verteilte Kompetenzen der optimalen Mittelverwendung im Sinne der Bürgerinnen und Bürger 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 geografischen Grenzen und damit die Wohnbevölkerung beziehen, orientiert sich die Sozialversicherung bezüglich der Einnahmen am Arbeitsort, bezüglich der Ausgaben an der Inanspruchnahme. So ist die Wohnbevölkerung z. B. 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, die aus Maßnahmen der Landeszielsteuerungsverträge resultieren, überwunden werden. Eine 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 nicht mehr im spitalsambulanten, sondern im niedergelassenen Bereich erfolgen soll, den zunächst ausschließlich die Sozialversicherung finanziert, wie viel Geld muss das Land 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 z. B. an der Nichteinhaltung der Budgetobergrenze die Sozialversicherung „schuld“, weil sie zu hohe Medikamentenausgaben zugelassen hat, oder das Land, 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 Stake-

Und sie bewegt sich doch!



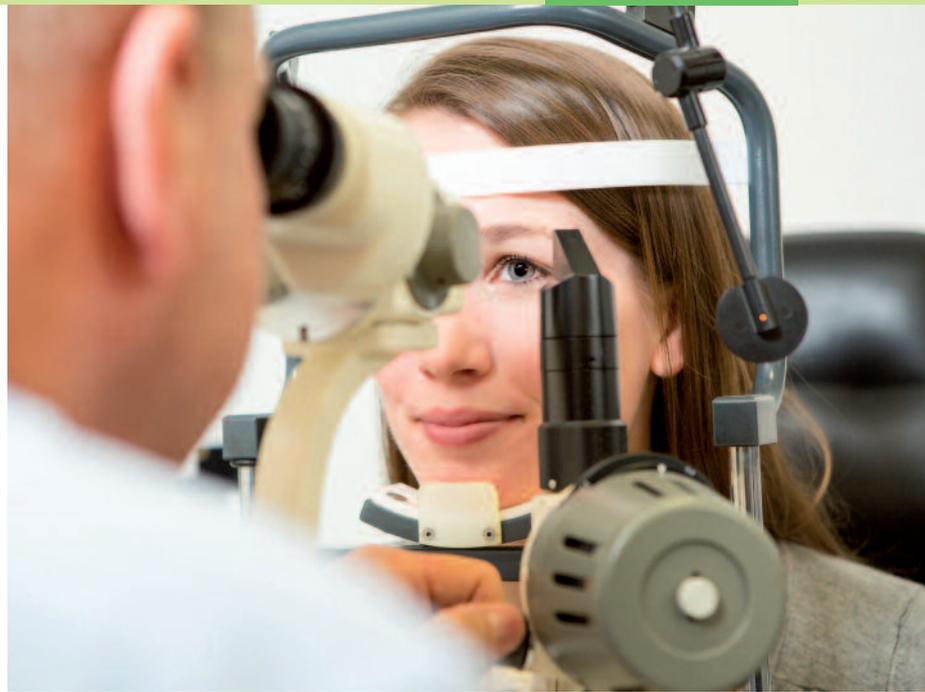
© K.-U. Häbeler - Fotolia.com

holder wichtig. Tatsächlich ist z. B. die politische Steuerungsgruppe der Reform mit Gesundheits- und Finanzminister, den Vorsitzenden des Hauptverbands und der Trägerkonferenz sowie hochrangigen Vertretern 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 geübte soziale 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. Das oft genannte, aber bei weitem nicht einzige Extrembeispiel sind die Kataraktoperationen, die international vorwiegend tagesklinisch, bei uns aber überwiegend stationär erbracht werden. Die Bezeichnung „Best Point of Service“ 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



© Robert Krieschke - Fotolia.com

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 Österreicher 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 durch 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 Ärzten 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 und die Niederlande belegen, dass Versicherte für Einschränkungen in der Wahl ihres Leistungserbringers massiv monetär kompensiert werden müssten.² In der Schweiz können die Bürger auch Versicherungsschemata wählen, bei denen man sich zuerst bei einer telefonischen Beratung melden muss, bevor man Leistungen in Anspruch nehmen

Best point of care – aber wie?

² MacNeil, V. J., Zweifel, P.: Preferences for health insurance and health status: does it matter whether you are Dutch or German? European Journal of Health Economics, Feb. 2011, 12 (1).

kann, oder bei denen nur bestimmte Leistungserbringer bezahlt werden (HMO-Versicherung). Für solche Schemata 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 zugutekommt. Die 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/ihrem 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 Krankenpfleger(inne)n und anderen Pflegekräften, Psycholog(inn)en, Psychotherapeut(inn)en, Physiotherapeut(inn)en, Ergotherapeut(inn)en, Logopäd(inn)en, Hebammen, Diätolog(inn)en, Pharmazeut(inn)en) erbracht. Die Versorgungsaufträge und Verantwortungsbereiche sind kompetenzabhängig aufeinander abgestimmt.

● Verbindung zu Pflege, Sozialwesen und Rehabilitation

Primärversorgung ist nicht nur Primärversorgungsärzt(inn)en und Ordinationsangestellten zuzuordnen. Stattdessen ist die horizontale Integration mit der Pflege, dem Sozialwesen und der Rehabilitation wohnortnah umgesetzt.

● Koordination der Leistungen und Lotsenfunktion

Primärversorger sind Advokaten der Patienten gegenüber allen anderen Leistungserbringern. Sie koordinieren den gesamten Behandlungsablauf und halten mit Fachärzten und anderem Gesundheitspersonal Rücksprache in Behandlungsfragen.

● Gatekeeping und Anlauffunktion des Primärversorgers

Um die Aufgabe eines Lotsen/einer Lotsin im Gesundheitssystem wahrnehmen zu können, muss gewährleistet werden, dass Patienten ihre Primärversorger als Eintrittsstelle in das Gesundheitssystem aufsuchen. International ist hierfür der Begriff des Gatekeepers 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

Jeder Primärversorger/Jede Primärversorgerin ist für eine definierte Versorgungspopulation zuständig. Die Eintragung beim Primärversorger erfolgt z. B. mittels eines Listensystems. Der Primärversorger handelt proaktiv zum Wohle seiner Patient(inn)en und erinnert sie z. B. an anstehende Untersuchungen. Er fühlt sich für seine Patient(inn)en und ihre Gesundheit verantwortlich. Durch diese Stärkung der Beziehung zwischen Ärzten und Patienten wird die Kontinuität der Versorgung gewährleistet.

● Bevölkerungsorientiertes Management

Primärversorgung wird rund um Subgruppen von Patienten mit ähnlichen Erfordernissen (wie gesunde oder chronisch kranke Patienten) 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 bei klinischen Entscheidungen durch evidenzbasierte Leitlinien. Diese stellen praxisorientierte Hand-

**Primärversorgung =
Gesamtänderung des
Gesundheitssystems!**

© frank peters - Fotolia.com



3 Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., van der Zee, J., Groenewegen, P. P. (2010 b): 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.

lungsempfehlungen auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse dar und sollen Entscheidungs- und Handlungsoptionen aufzeigen.

● Gesundheitsförderung und Prävention

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

● Informationsmanagement und elektronische Patientenakte

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

● Längere Öffnungszeiten und geregelter Notdienst

Patienten wird der Zugang zur 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 Ärzten und Ärztinnen wird der Beruf des Hausarztes speziell für Frauen attraktiver. Durch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf kann die Versorgung mit Primärversorgungärzten verbessert werden.

● Moderne Kommunikationsmethoden

(Telefon, E-Mail, E-Terminvereinbarung,

E-Rezepte, E-Health-Plattformen, Telemedizin)

Einerseits können Patienten 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 Patienten 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 zu Hause bezüglich bestimmter Parameter überwacht werden.

Ein Umbau des österreichischen Gesundheitssystems in dieser Weise stellt eine immense Herausforderung dar. Abgesehen davon, dass viele Stakeholder-Gruppen erst zu überzeugen sind, wird auch die bisherige Ausbildung von Allgemeinmedizinern mit ihrem Schwerpunkt im Spital diesen Anforderungen nicht gerecht. Ebenso wenig besteht bei uns eine große Tradition, dass verschiedene medizinische Berufs-

gruppen auf Augenhöhe in Teams zusammenarbeiten. Auch die Orientierung an Leitlinien oder die salutogenetische (also nicht krankheitsbehandelnde, sondern gesunderhaltende) Herangehensweise haben kaum Tradition. Die Anstellung von Ärzten in Primärversorgungseinheiten, um speziell jungen Kollegen 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 Bürgern 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 breitmacht und, um Erfolge zu erzielen, das jetzt Machbare gleichsam als Primärversorgung neu etikettiert 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 aufwendigen 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 am Anfang gedacht und in den Zeitplänen der Zielsteuerung berücksichtigt. Die Politik sollte dies akzeptieren und nicht versuchen, rasche Lösungen umzusetzen, um die selbst gesteckten 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 und Bürger mehr einzubeziehen und sie auf dem an sich guten Weg mitzunehmen.

Überarbeitete Fassung der IHS-Publikation „Standpunkt Position 24/2014“.

Fehlende Grundlagen schaffen!