

Störfaktor Patient

Stets beteuern die Big Player im heimischen Gesundheitssystem, wie sehr ihnen das Wohl des Patienten am Herzen liegt. Bei genauerer Betrachtung kommen einem allerdings schnell Zweifel an diesem Motiv. Tatsächlich drängt sich der Verdacht auf, dass der Patient als Störenfried gesehen wird.

Von Ingo Schlager



Wenn man in die Internet-Suchmaschine Google den Satz „Der Patient steht im Mittelpunkt“ eingibt, erhält man nicht weniger als 292.000 Treffer. Bei der Suche nach „Nicht auf dem Rücken des Patienten“ erzielt man sogar 627.000 Hits. Kann man daraus schließen, dass sich in unserem Gesundheitswesen wirklich alles um das Wohl der Patienten dreht? Wohl kaum.

In der Realität erweisen sich derartige Aussagen nämlich allzu oft als hohle Phrasen. Alles in allem nimmt der Patient eher die Rolle eines Störfaktors ein, eines Kostenfaktors, den die Akteure am liebsten schnell wieder loswerden wollen und ihn deshalb an eine andere Stelle abschieben. Hauptsache weg, scheint das Motto zu sein, außer wenn man an ihm etwas verdienen kann. „Der Patient steht nicht im Mittelpunkt, er ist

Mittel zum Zweck“, erklärt der Gesundheitsjournalist und Mitautor des Buchs „Zukunft Gesundheit“ Andreas Feiertag.

Das zeigt sich besonders deutlich bei der Handhabung der medizinischen Versorgung; zum Beispiel bei der Frage, wo, wie und wie lange Behandlungen durchgeführt werden sollen. Aus den vor Kurzem veröffentlichten Zahlen der Statistik Austria geht hervor, dass die Österreicher von Jahr zu Jahr häufiger ein Spital aufsuchen, die Aufenthaltsdauer aber ständig abnimmt. „Die Entwicklung in den Spitälern geht dahin, in möglichst kurzer Zeit möglichst viele Patienten zu behandeln“, bekräftigt Feiertag. Der Grund dafür liegt allerdings nicht allein in dem Fortschritt auf medizintechnischem Gebiet. Die Hauptursache für diesen Trend ist in der dualen Finanzierung

des Gesundheitssystems begründet, die das gesamte System nicht eben patientenfreundlich macht.

Duale Finanzierung

Die Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen erfolgt nicht – wie von Experten schon jahrelang gefordert – aus einem Topf, die Gesundheitseinrichtungen beziehen ihr Geld aus verschiedenen Quellen. Auf der einen Seite stehen die Spitäler. Deren Kosten übernehmen Krankenkassen und Länder, wobei die Kassen pauschal rund ein Drittel ihrer Einnahmen an die Landesfonds abliefern. Den Rest zahlt das jeweilige Bundesland. Auf der anderen Seite stehen die Kassen selber, die sich durch die Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanzieren.

Für die Krankenkassen zahlt es sich somit aus, wenn möglichst viele medizinische Leistungen im Krankenhaus erbracht werden, da sie ja stets einen fixen Beitrag überweisen; je mehr im Krankenhaus gemacht wird, desto verhältnismäßig billiger kommen die Kassen weg. Im ambulanten Bereich wiederum übernehmen die Kassen den vollen Preis. Im selben Ausmaß, wie die medizinischen Leistungen bei niedergelassenen Ärzten (oder in den Spitalsambulanzen) steigen, erhöhen sich somit die Ausgaben für die Krankenkassen.

Für die Spitalsträger – in erster Linie die Länder und Gemeinden – läuft die Sache genau umgekehrt. Alle Leistungen, die außerhalb des Spitals – also im niedergelassenen Bereich – stattfinden, bedeuten gleichsam einen finanziellen Gewinn, weil die Kosten zur Gänze von den Kassen getragen werden. Dieser Umstand führt oftmals zu skurrilen Situationen, so beim Prozedere rund um Operations-

freigaben; selbige werden laut Feiertag verstärkt in den niedergelassenen Bereich verlagert. Für den Patienten ergeben sich dadurch zahlreiche Unannehmlichkeiten, wie folgendes Beispiel verdeutlicht: Angenommen ein Patient kommt in ein Krankenhaus und unterzieht sich einer Untersuchung, bei der festgestellt wird, dass ein chirurgischer Eingriff unumgänglich ist. Für die Operationsfreigabe benötigt der Patient diverse Untersuchungen, die er an und für sich alle im Spital erledigen könnte. Trotzdem schickt man ihn zum niedergelassenen Arzt. „Der Patient verlässt die Station, geht am Labor, an der Röntgenabteilung, an der internistischen Abteilung im Spital vorbei zu seinem Hausarzt, der ihm an einen Röntgenologen, Internisten, ein Labor überweist. Nachdem er alle diese Wege erledigt hat, kommt er mit seinen Befunden zurück ins Krankenhaus und geht wieder am Labor, an der Röntgenabteilung, an der internistischen Abteilung im Spital vorbei. Der Patient muss also jede Menge Zeit opfern und weite Wege zurücklegen, die er sich alle ersparen könnte. Eine Unsinnigkeit, die rein aus dem Finanzierungssystem resultiert.“

Spielball der Akteure

Ein weiteres Beispiel betrifft die Onkologie. Krebsmedikamente zählen zu den teuersten Arzneien. Umso mehr versucht man, die Therapiekosten möglichst auf eine andere Stelle abzuwälzen. Mittlerweile können nämlich viele Behandlungen mit Infusionen auch ambulant durchgeführt werden. Die Spitäler drängen nun darauf, dass der Patient diese Therapie beim niedergelassenen Arzt durchführen lässt, weil damit die Beschaffung des teuren Medikaments nicht das Spitalsbudget belastet. „Wenn man davon ausgeht, dass solche Infusionen leicht 10.000 Euro kosten können, die sich die Spitäler damit ersparen, wird eine derartige Handlungsweise verständlich“, sagt Feiertag. Ein zusätzliches Problem liegt in dem Umstand, dass die Krankenkassen, wenn sie vom Patienten mit der Situation konfrontiert werden, diese Kosten ebenfalls nicht übernehmen wollen und den Patienten wieder ins Krankenhaus zurückschicken. Deren Argument: Eine derartige Behandlung sei eine Spitalsleistung. „Auf der Strecke bleiben die Patienten, die hin- und hergeschickt werden

und das Gefühl haben, um Behandlungen betteln zu müssen“, meint der Buchautor.

Pläne, das System patientenfreundlicher zu gestalten, gibt es immer wieder; ein Schritt in diese Richtung wurde vom Gesundheitsministerium mit der Erstellung der „Regionalen Strukturpläne Gesundheit“ im Jahr 2005 gesetzt. Ob diese an sich sinnvollen Maßnahmen allerdings auch wirklich umgesetzt werden, ist, angesichts der unterschiedlichen Interessen der Beteiligten fraglich.

Patient als Vorwand?

„Nicht auf dem Rücken des Patienten!“ Gerade wenn es um Einsparungen im Gesundheitsbereich geht, taucht dieser Satz verstärkt in den Medien auf, und zwar vor allem in Statements von Institutionen, denen vom Bund eine Reduzierung ihrer Ausgaben vorgeschrieben wird. Ganz gleich ob es sich um die Ärztekammer oder die Pharmaindustrie handelt: Stets wird der Eindruck erweckt, dass ihnen die Patienten besonders am Herzen liegen und sie nur deshalb die geforderten Maßnahmen ablehnen. „Das stimmt natürlich so nicht“, erklärt Feiertag. „Die Ärztekammer vertritt selbstverständlich die Interessen der Mediziner. Wenn Sparmaßnahmen gefragt sind, wird daher versucht, die Kosten an den Patienten weiterzugeben. Nur versucht die Ärztekammer, im Kampf gegen Einsparungen, die ihre Klientel betreffen, die Patienten als Verbündete zu gewinnen. Was auch meist funktioniert.“

Gleiches gilt für die Pharmaindustrie – auch hier wird häufig mit dem Wohl des Patienten argumentiert. Ein aktuelles Beispiel betrifft den Vertrag, den die Ärztekammer Salzburg mit der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) abgeschlossen hat, gemäß dem bei gleichwertigen Medikamenten das jeweils günstigste verschrieben werden soll. Bernd Leiter, Obmann des Österreichischen Generikaverbandes, ist dagegen: „Wir sprechen uns klar gegen dieses Projekt aus. Ein Austausch eines kostengünstigen Generikums gegen ein anderes ist unverständlich. Gut eingestellte Patienten werden gezwungen, das Medikament zu wechseln“, so Leiter in der medizinischen Fachzeitschrift „Ärztemagazin“. Eine Ansicht, welcher der Gesundheitsökonom Dr. Franz Piribauer nichts abgewin- ...

Ein erblich bedingter Mangel an Alpha-1-Antitrypsin kann Ursache einer COPD sein – besonders dann, wenn die Erkrankung schon bei jüngeren Patienten (ab dem 30. Lebensjahr) oder Nichtrauchern auftritt.

OA Dr. Karin Schmid-Scherzer

e-learning mit den besten Köpfen

Jetzt einsteigen:
www.medizinmedien.at

 MEDIZIN MEDIEN AUSTRIA


DFP
online Kurse

Für 3 DFP-Punkte
eingereicht!

www.medizinmedien.at
Ab sofort.
Treuergeschenke
beim E-Learning!

Gesundheitsausgaben in Österreich

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ausgaben insg. in Mio. Euro	18.018	19.055	20.033	20.642	21.438	22.134	22.980	24.230	25.340	26.329	27.453
Ausgaben insg. in Prozent des BIP	9,8	10,0	10,1	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,2	10,1
Öffentlicher Anteil in Prozent	75,7	76,0	76,7	76,8	76,1	75,8	75,5	75,7	76,1	75,9	76,4
Privater Anteil in Prozent	24,3	24,0	23,3	23,2	23,9	24,2	24,5	24,3	23,9	24,1	23,6

Quelle: Statistik Austria

... nen kann. „In den meisten EU-Ländern sind solche Regelungen längst Standard. Österreich hinkt, ähnlich wie beim Tabakverbot, hinterher“, meint der Absolvent der Harvard School of Public Health. „Die Argumente sind fadenscheinig; mit dem Wohl des Patienten zu argumentieren hält dem EU-Vergleich nicht stand. In Wahrheit fürchtet man einen Verdienstentgang.“

Tatsächlich ist die Gesundheitsbranche ein Markt, auf dem sich viel Geld verdienen lässt. Dr. Claudia Wild, Direktorin des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technologie Assessment in Wien, ortete daher eine „Übermedikation“ und eine „Ausweitung des Gesundheitsbegriffs“ in der medizinischen Entwicklung. Trends wie „Anti Aging“ hätten laut Wild hauptsächlich das Ziel, neue Märkte zu gewinnen: „Da steht nicht der Patient im Mittelpunkt sondern der Markt“, sagt sie.

Der „mündige Patient“

Eine weitere Phrase, auf die man immer häufiger stößt, ist der sogenannte „mündige“ oder „aufgeklärte“ Patient. In einer Pressekonferenz der Oberösterreichischen Gesundheits- und Spitals-AG vom März dieses Jahres wurde auf die Chancen und das Einsparungspotenzial hingewiesen, das durch eine wachsende Zahl selbstbewusster und gut informierter Patienten, die aktiv ihre Gesundheit fördern, möglich ist. Experten sehen die Situation skeptischer. „Damit ein Patient als mündig bezeichnet werden kann, muss er auch objektiv informiert werden“, meint Wild. „Und daran haben die Beteiligten kein Interesse, weil ein aufgeklärter Patient vieles infrage stellen würde und natürlich nicht so leicht beeinflussbar wäre.“

Ähnlich leicht machen es sich die Akteure, wenn sie auf die Eigenverantwortung des Patienten verweisen, speziell was die Vorbeugung betrifft: Falsche Ernährung, zu wenig Bewe-

gung und Rauchen verursachten, so der Grundtenor, Kosten in Milliardenhöhe, die durch entsprechende Lebensstiländerungen massiv reduziert werden könnten. In diesem Zusammenhang ist es interessant, die oft zitierte „Kostenexplosion“ genauer unter die Lupe zu nehmen; dabei nimmt man verwundert zur Kenntnis, dass sich, gemessen am BIP, die Gesundheitsausgaben seit längerer Zeit schon auf einem ähnlichen Niveau bewegen – dass aber die privaten Ausgaben der Patienten (etwa für Brillen und Zahnersatz) bereits rund ein Viertel von den Gesamtkosten ausmachen (siehe Tabelle).

Fraglich ist außerdem, inwieweit die Bevölkerung überhaupt in der Lage ist, die Empfehlungen zu einem gesünderen Lebensstil umsetzen können. „Prinzipiell ist der Vorsorgegedanke schon richtig“, meint Feiertag, doch würde dabei leider außer Acht gelassen, dass die notwendigen Rahmenbedingungen vorhanden sein müssten. „Wir wissen, dass Bildung nach wie vor in Österreich vererbt wird.“ Den weniger gebildeten Leuten sei der Vorsorgegedanke schwer zu vermitteln. Zudem seien sie generell kränker, weil Bildung und Einkommen und damit Gesundheit zusammenhängen.

Ähnlich verhielte es sich mit Armut. Gesunde, ausgewogene Ernährung sei teuer und daher für die untere Bevölkerungsschicht kaum zugänglich. Hohe Arbeitslosenquote, prekäre Arbeitsverhältnisse und schlechtbezahlte Jobs sorgen zudem für Stress; Faktoren, die sich nachteilig auf die Gesundheit der betroffenen Menschen auswirken und von diesen kaum beeinflusst werden können. Außerdem ist die Wohnsituation sozial Schwacher meist der Gesundheit abträglich – beengte Wohnverhältnisse, erhöhte Schimmelbelastung, wenige Grünflächen, häufig in Gegenden mit hoher Verkehrsdichte oder anderer Schadstoffbelastung. Nach einem Report des britischen House of Commons' Environmental

Audit Committee verkürzt die Luftverschmutzung das Leben von Menschen, die in stark belasteten Regionen Englands leben, um bis zu neun Jahren. Eine aktuelle Untersuchung des Verkehrsclub Österreich kommt zum Ergebnis, dass allein die verkehrsbedingten Gesundheitskosten (Lärm, Schadstoffe, Unfälle, Bewegungsräum) dem Gesundheitssystem jährliche Ausgaben von mindestens 2,8 Milliarden Euro verursachen.

Die „teuren Alten“

Ein weiteres Argument, das gerne ins Treffen geführt wird, ist die demografische Entwicklung. Es gäbe immer mehr alte Menschen, die aufgrund ihrer höheren Anfälligkeit für Krankheiten das System über Gebühr beanspruchten und damit gewissermaßen schuld an einem drohenden Kollaps des Systems seien. „Die Überalterung der Gesellschaft ist ein wichtiges Thema, aber kein zentrales Problem“, meint Feiertag. Denn die zusätzlichen Jahre seien ja nicht durchwegs von Krankheiten gezeichnet. Diese kämen meist im allerletzten Lebensabschnitt zum Tragen, und das sei früher nicht anders gewesen. Bedenklicher sei, dass alte Menschen oft viel zu viele unnötige Medikamente verschrieben bekommen, was laut Feiertag pro Jahr in Summe 800 Millionen Euro an zusätzlichen Ausgaben verschlinge.

Außerdem darf man nicht, wie es oft passiert, die Alten in Relation zu den Erwerbstätigen setzen. In Wahrheit muss man den Erwerbstätigen alle Nichterwerbstätigen, also auch Kinder, gegenüberstellen. Und dieses Verhältnis steigt dann bei Weitem nicht so stark. Oder auf einen Punkt gebracht: Die Altersversorgung ist kein Kostenproblem, sondern ein organisatorisches. Feiertag: „Eine der Herausforderungen unserer Gesellschaft ist es, die Rahmenbedingungen für diesen demografischen Wandel zu schaffen. Wie wir das organisieren, ist eine grundsätzliche gesellschaftliche Frage.“