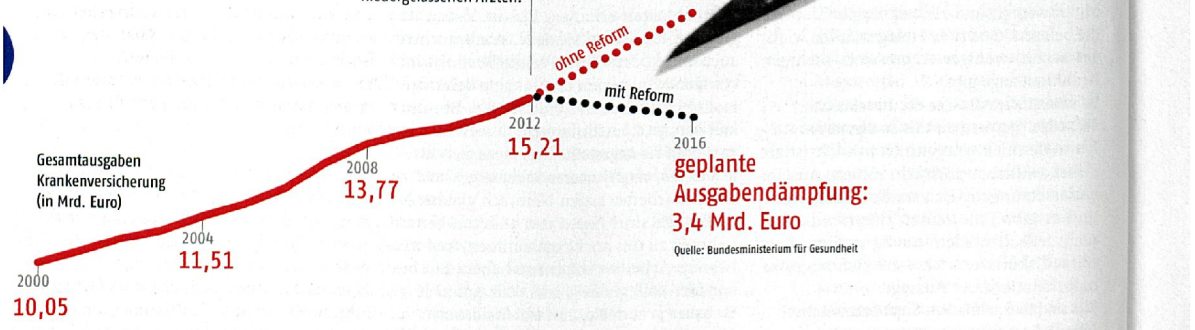
Schmerzhafte Einschnitte

GESUNDHEIT. Die Kosten im Gesundheitssystem explodieren. Gespart muss werden. Aber was ist zumutbar und was nicht? Ärztevertreter warnen, dass bereits jetzt Patienten oft wichtige Behandlungen vorenthalten werden. Sie fordern eine offene Diskussion über die versteckten Leistungsbeschränkungen der Kassen.

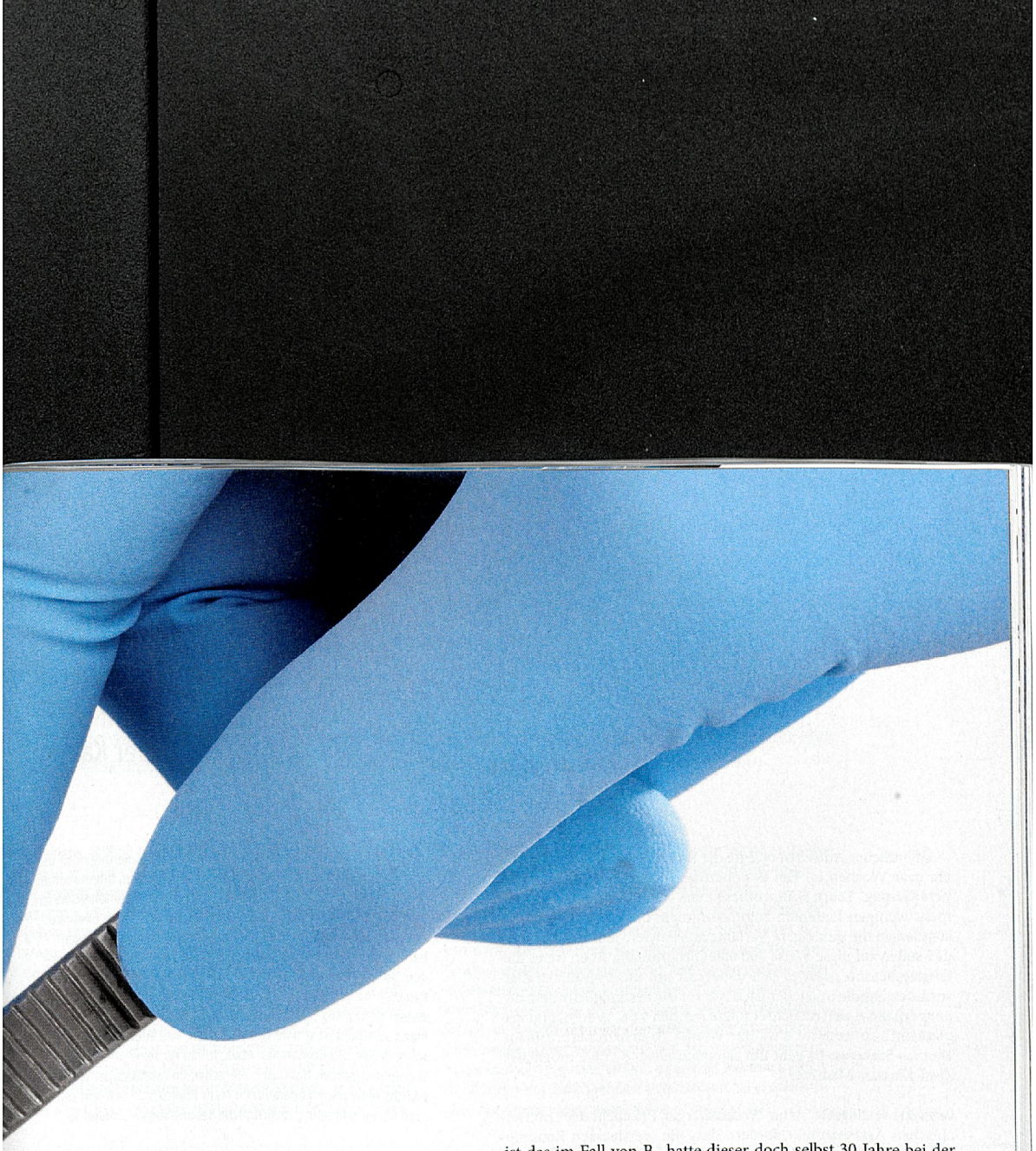
Von Arndt Müller

Budget-Behandlung

Die Gesundheitsreform, die ab 2014 gelten soll, ist ambitioniert. Eines der wichtigsten Ziele ist die Dämpfung der stetig steigenden Ausgaben. Diese sollen künftig an die BIP-Wachstumsraten gekoppelt werden. So sollen 3,4 Milliarden Euro bis 2016 weniger ausgegeben werden, als das ohne Reform der Fall wäre. Erreicht werden soll das angeblich nicht über Leistungskürzungen, sondern durch mehr Transparenz und bessere Koordinierung zwischen Spitälern und niedergelassenen Ärzten.



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit



Es sind Fälle, die man eher in einer schlechten Landarzt-Schmonzette vermuten würde als im Gesundheitssystem eines der reichsten Länder der Welt. Etwa der von Martin G. aus Oberösterreich: Schon als Jugendlicher hatte G. mit Gewichtsproblemen zu kämpfen. Im Alter von 20 waren sie so schlimm geworden, dass G. psychisch am Ende war und immer häufiger an Selbstmord dachte. Der junge Mann brachte es beim so genannten Body-Mass-Index (BMI) auf die Zahl 38. Ab einem BMI-Wert von 30 gilt man als krankhaft fettleibig. G. suchte also um eine Magenband-Operation bei der Krankenkasse an. Die Antwort: Diese werde erst ab einem BMI-Wert von 40 bewilligt. G. solle doch einfach noch ein paar Kilo zulegen.

Ein anderer Fall ist der von Hannes B. aus Niederösterreich: Durch sein schweres Nierenleiden ist B. mit Rezeptgebühren von 300 Euro im Monat konfrontiert. Läge sein Einkommen um 55 Euro geringer, wäre B. von diesen Rezeptgebühren befreit. Alle Krankenkassen haben für solche Grenzfälle einen Unterstützungsfonds. Darüber informieren sie aber in der Regel nicht so gerne, möglicherweise, weil sich das Geld ausgezeichnet als Manövriermasse bei etwaigen Budgetproblemen anbietet. Besonders skurril ist das im Fall von B., hatte dieser doch selbst 30 Jahre bei der Krankenkasse gearbeitet.

Jürgen Holzinger hat mit derart Geplagten tagtäglich zu tun. Der Obmann der Selbsthilfegruppe „ChronischKrank" fällt ein dementsprechend hartes Urteil über das österreichische Gesundheitssystem: „Leistungen sind in vielen Fällen rationiert, sie werden Patienten vorenthalten. Wer sich dagegen nicht wehrt, steigt schlecht aus." Holzingers Fazit: „Die Zwei-Klassen-Medizin ist keine Gefahr, sie ist längst gelebte Realität."

Bei Eva M., die von Wien nach Tirol übersiedelt ist, zeigt sich noch ein weiterer Aspekt. Die Leistungskontingente unterscheiden sich von Krankenkasse zu Krankenkasse. M. leidet an einer sehr schmerzhaften, chronischen Blasenentzündung. Gelindert wird diese durch ein spezielles Medikament, das ihr in Wien anstandslos bewilligt wurde. Die Tiroler Krankenkasse jedoch zahlt nicht, da sie es als zu teuer erachtet. Ein Ersatzmedikament gibt es nicht – M. muss die Kosten selbst tragen.

Kalkuliert gesund. Solche Fälle verdeutlichen das Dilemma, in dem das Gesundheitssystem steckt. Einerseits explodieren die Kosten. Sparen ist ein Gebot, damit der Staatshaushalt nicht ganz aus dem Ruder gerät. Andererseits ist die Frage, welche Rationierung medizinischer Leistung gerechtfertigt ist und welche nicht mehr, ein ganz heikles Terrain. Jahr für Jahr handeln Ärzteschaft und Kassenvertreter aus, welche Leistungen wie abgegolten werden. „Budgetziele treten gegenüber Versorgungszielen allerdings immer stärker in den Vordergrund", urteilt der Wiener Sozialmediziner Bernhard Schwarz. Und durch die geplante Gesundheitsreform, die nur noch den Nationalrat passieren muss, könnte sich die Situation noch verschärfen: Bis zum Jahr 2016 sollen weitere 3,4 Milliarden Euro eingespart werden (siehe Grafik links). >

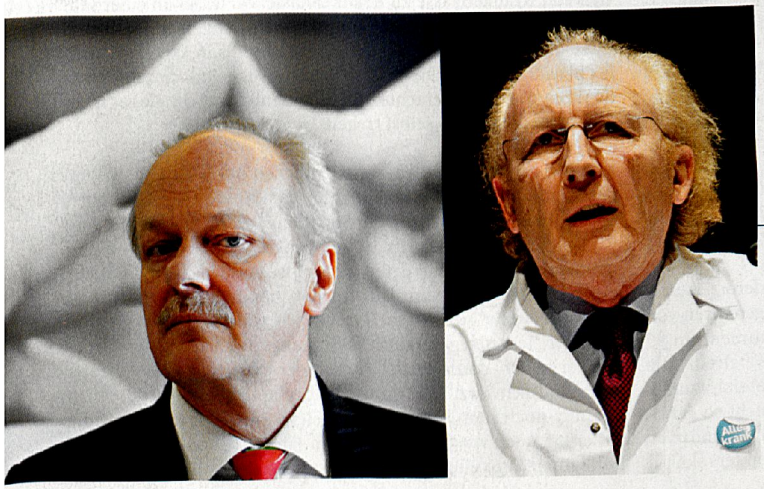
Heilung trotz knapper Kassen

Öffentliches Aufsehen erregte die Rationierungspraxis erst vor ein paar Wochen im Fall des oberösterreichischen Spitalsbetreibers Gespag. Teure Hüftprothesen aus Keramik sollen dort nur mehr wenigen Patienten zugutekommen, die anderen erhalten stattdessen die günstigere Variante aus Polyethylen. Gespart werden sollen auf diese Weise 700.000 Euro pro Jahr. Auch wenn die Gespag betonte, dass es sich dabei nur um unverbindliche Zielvorgaben handle und jeder nach wie vor die bestmögliche Behandlung erhalte – der Aufschrei folgte auf den Fuß. „Verknappungsmedizin!", so wetterte etwa der Wiener Ärztekammerpräsident Thomas Szekeres. Es geht um die hochsensible Frage möglicher Zwei-Klassen-Medizin.

Versteckte Kontingente. Artur Wechselberger, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, fordert, dass die „versteckten Rationierungen" endlich offen diskutiert werden. Versteckt sind sie deshalb, weil Ärzte oft noch Leistungen erbringen, obwohl das von einer Krankenkasse vorgegebene Kontingent bereits erschöpft ist. Ein Beispiel aus dem Leistungskatalog: die „ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache". Diese dauert in der Regel rund 15 Minuten und ist streng limitiert. In der Steiermark bekommt sie ein Arzt bei jedem vierten Patienten vergütet, in Vorarlberg nur bei jedem zehnten. Wechselberger hat sich die Sache für das letzte Quartal 2012 einmal in seiner eigenen Praxis angesehen. Für 521 Patienten hat er das Gespräch bei der Tiroler Kasse eingereicht, 279 wurden bezahlt. „Was soll ich machen, wenn ich denke, dass eine Grundleistung wie das Patientengespräch in diesen Fällen angezeigt war?", fragt Wechselberger. Der Ärztevertreter spricht damit ein ethisches Dilemma an, dem sich Mediziner zunehmend stellen müssen. Sie wollen dem Patienten die beste Behandlung bieten, müssen aber auch nach ökonomischen Kriterien entscheiden. Ist die Rationierungsgrenze erreicht, muss entweder gratis gearbeitet oder zur barmherzigen Lüge gegriffen werden, indem der Patient mit vorgeschobenen medizinischen Gründen abgespeist wird.

Nicht immer bleibt die Rationierungspraxis den Patienten verborgen, etwa bei den oft monatelangen Wartezeiten auf bestimmte Operationen. Oder an den vielen verschenkten Stunden im Wartezimmer, und das trotz Terminvereinbarung. Wer es sich leisten kann, wechselt deshalb zum Wahlarzt. „Das erklärt auch", >

Nichts gegen die Praxis der versteckten Rationierungen zu tun ist in jedem Fall schlecht", sagt Uwe Preusker, international führender Experte für das Thema Priorisierung im Gesundheitswesen. So sperrig der Ausdruck, so simpel der dahinter stehende Gedanke: Angesichts von Budgetknappheit müssen Gesundheitsleistungen nach Kosten-Nutzen-Erwägungen in eine Rangfolge gebracht werden. So soll gewährleistet werden, dass alle, die eine notwendige Behandlung benötigen, diese auch erhalten – und das Gesundheitssystem gleichzeitig finanzierbar bleibt. Klingt sinnvoll, ist in der Praxis aber äußerst schwierig umzusetzen, wie internationale Beispiele zeigen. Großbritannien etwa, früher für seine offensive Rationierungspraxis bekannt – Menschen im Pensionsalter wurden schlicht keine teuren Operationen mehr finanziert – versucht seit rund einem Jahrzehnt, medizinische Behandlungen anhand so



Leidenschaftliche Kontrahenten. Für Artur Wechselberger, den Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer (r.), sind wichtige medizinische Leistungen zu stark rationiert. Er fordert, dass eine breite Debatte darüber beginnt, welche Leistungen Vorrang vor anderen bekommen sollen. Josef Probst, Generalsekretär des Hauptverbandes der Sozialversicherung, sieht das anders. Er setzt auf die kommende Gesundheitsreform und hält die Diskussion über Rationierungen für ein „Aufbürsten alter Hüte".

In Ländern wie Großbritannien und Schweden wird bereits seit vielen Jahren versucht, Gesundheitsleistungen in eine Rangfolge zu bringen und damit gerecht zu verteilen. Doch die Schwierigkeiten sind enorm.

genannter QALYs zu bewerten. Ein QALY entspricht den Behandlungskosten eines Jahres. Liegen diese höher als 25.000 Pfund, bedarf es besonderer Gründe, um die Maßnahme durchzubringen. Zu Ablehnungen – und damit Einsparungen – ist es bislang trotzdem kaum gekommen.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt der US-Bundesstaat Oregon. Die Oregon Health Service Commission, eine Gruppe aus Ärzten, Pflegekräften und Sozialarbeitern, erarbeitete ab 1987 eine erste Prioritätenliste, die Bevölkerung wurde durch öffentliche Anhörungen in den Prozess miteinbezogen. Auch hier stand die Kosten-Nutzen-Effektivität von Maßnahmen im Vordergrund, QALYs waren auch hier der Vergleichsmaßstab. Schon die erste Liste wurde vehement kritisiert, weil die Orientierung an der Kosteneffektivität zur Folge hatte, dass nichtlebensnotwendige Maßnahmen wie Zahnbehandlungen etwa gegenüber akuten Blinddarmentzündungen teilweise priorisiert wurden. Mehrfach wurde die Liste überarbeitet, der Leistungsumfang ausgeweitet. Das Sparziel wurde auch hier verfehlt.

Als internationaler Vorreiter gilt Schweden. Vor zwanzig Jahren startete die Debatte über Priorisierung, einige Jahre später gab es für jede Krankheitsgruppe (etwa: Herzkrankheiten) je zwei Listen, eine für den individuellen Patientennutzen, eine für den politisch-administrativen Bereich. Oberste Priorität haben lebensbedrohliche Erkrankungen oder solche, die ohne Behandlung zum frühzeitigen Tod führen. An zweiter Stelle schon stehen Präventionsmaßnahmen. Die Listen wurden seither mehrfach revidiert. Seit einigen Jahren wird zudem überprüft und veröffentlicht, ob und mit welchem Ergebnis die Leitlinien eingehalten werden. Nicht geschafft hat es Schweden aber, Krankheitsgruppen untereinander zu priorisieren.