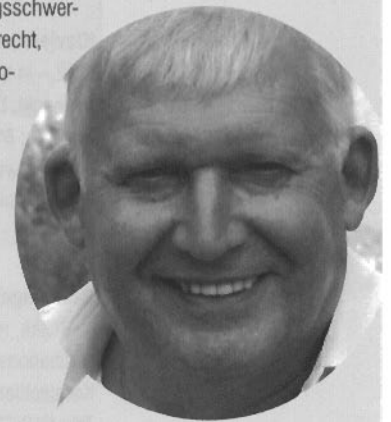


Klaus Firlei lehrt im Fachbereich für Wirtschafts-, Arbeits- und Europarecht der Universität Salzburg. Einschlägige Forschungsschwerpunkte: Krankenversicherungsrecht, Gesundheitstrends, Gesundheitspolitik. Seine letzte einschlägige Publikation: Heilmittelverschreibung. Verdeckte Rationierung am Beispiel der Zielvereinbarungen (Manz 2006).



DER KOMMENTAR VON AUSSEN VON KLAUS FIRLEI

Verdeckte Rationierung durch „kranke Kassen“

Das österreichische Gesundheitssystem gerät in flottem Tempo in eine Phase hoher Instabilität. Einnahmen und Ausgaben befinden sich in einem gefährlichen Ungleichgewicht. Dem erfreulichen medizinischen Fortschritt, einer schnell alternden Gesellschaft, massiv erweiterten Behandlungsmöglichkeiten und neuen Behandlungsfeldern, etwa dem Anwachsen psychischer Krankheiten, stehen eher dürftige Einnahmewachse gegenüber. Blickt man in die Zukunft, dann wird sich diese Diskrepanz wohl dramatisch vertiefen.

► Wenn die Politik diesen Prozessen weiterhin tatenlos zusieht, dann ist Rationierung vorprogrammiert. Das österreichische Krankenversicherungsrecht garantiert zwar jedem eine bedarfsgerechte Versorgung mit allen notwendigen Leistungen am aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, aber die Kassen verfügen über keine Beitragsautonomie, es gibt keine Staatshaftung für die Defizite, die Spielräume für Beitragserhöhungen sind eng und eine Erhöhung der Selbstbehalte will niemand politisch verantworten.

Was zu tun wäre: Primärprävention konsequent vorantreiben, Allgemeinmediziner als Basisinstitution zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens einsetzen, Schnittstellenverluste beseitigen, die Eigenverantwortung des Patienten für seinen Lebensstil stärken, aber auch die Finanzierung so dynamisieren, dass sich die Einnahmen am Bedarf orientieren, also dem medizinischen Fortschritt und den Fallzahlen anpassen. Österreich geht derzeit aber leider einen ganz anderen, äußerst bedenklichen Weg: den der verdeckten Rationierung. Die Rationierung wird nach unten verlagert, also an Akteure delegiert, die nicht in der Lage sind, die Gesamtentwicklung zu steuern. Als treibende Kraft fungieren dabei die „kranken Kassen“, die den Mangel verwalten, organisieren und – wenn möglich – auch noch kaschieren sollen.

Sozusagen mit dem Rücken zur Wand stehend, betreiben sie schon seit Jahren auf

sehr subtile Weise eine heimliche Rationierung: durch Limitierung von ärztlichen Leistungen, durch prohibitive Tarifgestaltungen, durch einen immer stärker überhandnehmenden bürokratischen Aufwand bei den Ärzten.

Zunehmende Ökonomisierung der ärztlichen Tätigkeit

Drei neuere Methoden seien hier besonders hervorgehoben, weil sie gefährliche Zukunftsoptionen darstellen könnten:

■ Da wären einmal die Zielvereinbarungen über Heilmittelbudgets. Die Heilmittelbewilligungs- und Kontrollverordnung geht in § 10 einen neuen Weg der Ökonomisierung der ärztlichen Tätigkeit. Die ökonomische Verantwortung für die Verschreibung von Heilmitteln wird auf den Arzt verlagert, indem ihm ein verbindliches, an den Einnahmensteigerungen der Kassen orientiertes Heilmittelbudget vorgegeben wird. Der Arzt haftet für jede Überschreitung. An sparsame Ärzte können Bonuszahlungen ausgeschüttet werden. Dieses Modell macht den Arzt zum verlängerten Arm ökonomischer Interessen. Für den Patienten wird das Verschreibeverhalten undurchschaubar. Der bestehende Rechtsschutz wird auf kaltem Wege beseitigt, die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient unterminiert.

■ Die zweite Methode ist die Einführung einer Priorisierung nach Schwere der

Fälle und Einkommen der Patienten. Das ist eine „Innovation“, die mit dem bisherigen System auf eine radikale Weise bricht. Der Probelgapp wagte man zwar bisher nur bei der standespolitisch schwachen Gruppe der Psychotherapeuten. Aber die Grundidee des Modells könnte bei Anhalten der Finanzierungsprobleme im österreichischen Gesundheitssystem breiteren Anklang finden.

■ Eine weitere Gefahr besteht in der Beseitigung der eigenverantwortlichen ärztlichen (Ermessens-)Entscheidungen durch Informations- und Kommunikationstechnik unterstützte Systeme, die einen sofortigen Abgleich der gewählten Therapien mit Behandlungsstandards ermöglichen. Auf diese Weise könnte man auf elektronischem Weg vermeintliche „Übersorgungen“ ausfiltern. Der „gläserne Arzt“ müsste sich für abweichende Einzelfallentscheidungen umfassend rechtfertigen.

Aus ethischer Sicht sind solche und andere Formen der verdeckten Rationierung die bedenklichste Form einer Leistungseinschränkung. Sie sind intransparent und untergraben den rechtsstaatlich geordneten Zugang der Patienten zu medizinischen Leistungen.

Verdeckte Rationierung ist heute bereits eine Realität. Rechtlich ist sie unzulässig, aber sie wirkt über Mechanismen, die informell und subtil die rechtlichen Garantien unterlaufen.

Durch eine konsequente Gesundheitsreform und eine bedarfsorientierte Finanzierung können solche rechtlich und ethisch höchst problematischen Strategien vermieden werden. Die Ökonomisierung des ärztlichen Berufs sowie eine schematisierende Digitalisierung von Diagnostik und Therapie sind als gesundheitspolitische Optionen strikt auszuschließen. ◀

● Die im „Schlusspunkt“ getätigten Äußerungen stellen ausschließlich die Meinung des Autors/der Autorin dar und müssen sich weder in rechtlicher noch in tatsächlicher Hinsicht mit der Meinung der Ärztekammer für Wien decken.