

„Auf dem Holzweg in die Sackgasse“

13. April 2010: „Sozialabbau durch Gesundheitsreform“

Guten Abend, sehr geehrte Damen und Herren, namens des Hausärzteverbandes darf ich Sie herzlich zum ersten Abend unserer Veranstaltungsreihe: „Auf dem Holzweg in die Sackgasse“ begrüßen. Diese Veranstaltungsreihe ist nicht irgendwie an den Haaren herbeigezogen oder aufgesetzt, sondern die österreichischen Hausärzte treten einfach mit den Erfahrungen, die sie in ihrer Ordination machen an die Öffentlichkeit und stellen sie vor Fachleuten zur Diskussion. So ist es mir eine große Freude, Ihnen heute als Moderator Herrn Medizinalrat Hans-Joachim Fuchs vorzustellen, der wie kein anderer – glaube ich sagen zu können – prädestiniert ist für dieses soziale Thema. Ich kenne keinen Kollegen, der, wenn es in der Krankengeschichte eine Rolle zu spielen scheint, den Arbeitsplatz eines Patienten aufsucht. Ich kenne keinen Kollegen, der Asylwerber im Gefängnis besucht. Ich kenne keinen Kollegen, der mit einer solchen Konsequenz und Beständigkeit so unaufgeregt, aber auch so kompetent sich zu Wort meldet, wenn er das Gefühl hat, dass der soziale Aspekt, der mitmenschliche Aspekt im Allgemeinen und Besonderen in unserer Arbeit zu kurz kommt. Und so darf ich Hans-Joachim Fuchs bitten, diesen Abend jetzt als Leiter zu übernehmen und meiner Freude Ausdruck geben, dass er dazu bereit war.

Fuchs:

Vielen Dank, danke dir. Darf ich Sie auch gleich auf die Bühne bitten? Schönen, guten Abend, sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Rümmele, sehr geehrter Herr Magister Schenk. Als Moderator für unser gemeinsames Gespräch, habe ich zunächst einmal die Aufgabe, die Beteiligten vorzustellen. Ich bin seit 25 Jahren in Wien als Hausarzt tätig, mein Wunsch war die psychosomatische Medizin zu praktizieren und das tue ich also auch. Und habe heute die Ehre, Herrn Martin Rümmele Ihnen vorzustellen, der ein wirklicher Fachmann ist für das Gesundheitswesen, der Journalist und Buchautor mit Schwerpunkt des Gesundheitswesens und der Gesundheitsreform ist. Ich freue mich sehr, dass Sie bereit sind, diese Themen heute mit uns zu besprechen. Und Herr Mag. Schenk, der als Psychologe also sehr engagiert ist in vielen Gremien, auch mit allem was Armut bedeutet, die Armutskonferenz, viele Organisationen. Sogar auch im

Menschenrechtsbeirat ist der Herr Mag. Schenk sehr aktiv und das ist wirklich von großer Bedeutung. Manche Persönlichkeiten haben einfach mehr Einfluss wenn sie etwas sagen, als manche gewählten Mandatare, weil sie sich so engagieren. Ich möchte unser Gespräch damit einleiten, mit unseren Erfahrungen in unserer täglichen Praxis. Die Hausärzte können das wirklich beobachten und bezeugen, dass also Gesundheit, Angst und Krankheit natürlich von großer Bedeutung für das individuelle und für das soziale Leben sind. Gerade auch die Weltwirtschaftskrise und die Weltfinanzkrise verursachen bei den Menschen jetzt auch noch zusätzliche Ängste um ihre wirtschaftliche und um ihre soziale Existenz. Gutes Einkommen, viel Anerkennung zu erhalten wirken natürlich deutlich beruhigend, sich aber gehört und verstanden zu fühlen, Zugang zu ärztlicher, psychologischer und sozialarbeiterischer Hilfe im Bedarfsfall zu erhalten, das brauchen sozial benachteiligte Menschen ganz besonders notwendig. Die Umbauprozesse des österreichischen Gesundheitssystems laufen mit sehr, sehr langsamer Geschwindigkeit von einem eindeutig spitalszentrierten System in die Richtung von vermehrten extramuralen Aktivitäten zur Gesundheitsversorgung. Ein Meilenstein in diesem Zusammenhang war die Einführung der e-card, die nämlich die Onlineprüfung des aktuellen Versicherungsstatus und der Anspruchsberechtigung bei jedem Patienten, bei jedem Arztbesuch mit sich gebracht hat. Es kommt also vor, dass bei dieser Prüfung der Anspruchsberechtigung eine negative Auskunft resultiert. Der Hauptverbandscomputer sagt, es liegt keine Anspruchsberechtigung vor. Und daraus entstehen uns täglich oft große Schwierigkeiten und sogar echte Härtefälle, auch wenn diese Fehler oder vielleicht auch gerade deswegen weil die Meldungen fehlerhaft sind, also 80 % dieser Meldungen sind fehlerhaft, also die sind nicht korrekt und es ist dann wirklich schwierig, den Patienten die notwendige Behandlung zukommen zu lassen. Das heißt, wir haben hier ein vielleicht perfektes elektronisches System installiert, das also außerordentlich und besonders in sozialen Bedarfsfällen sehr fehlerhaft bedient wird. Also wir wurden angehalten uns auf diese Meldungen zu verlassen. Wir haben rückgemeldet, dass das diese Schwierigkeiten macht. Am Ende hat mir der Chipcard-Beauftragte der Wiener Gebietskrankenkasse gesagt, ich soll es doch so machen wie früher. Also z. B. Haftentlassene, die z. B. süchtig sind und eine Substitutionstherapie brauchen, und das weiß man, das ist wissenschaftlich erwiesen, haben eine achtfach erhöhte Mortalitätsrate, wenn diese Behandlung nicht lückenlos weitergeführt wird nach der Haftentlassung. Nach der

Haftentlassung liegt aber noch kein Versicherungsschutz vor. Das heißt, wir wurden vom Gesundheitsamt gebeten, obwohl die e-card nein sagt, trotzdem den Patienten zu behandeln. Und natürlich tun wir das. Aber mit Bauchweh, weil auf der anderen Seite sehr viele Sanktionen in den Raum gestellt werden. Ein anderes Beispiel ist, dass das ABS, das ABS ist das automatische Bewilligungssystem, das ist eine Art E-Mail-System in einem Intranet, das also Anfragen des Arztes an den Kontrollarzt der Krankenkasse zulässt. Und zwar nur, wenn die e-card funktioniert, wenn die nicht funktioniert, funktioniert das auch nicht. Dieses System ist so designed, dass man auf eine Anfrage eine Antwort erhält. Aber ein richtiger Dialog ist leider nicht vorgesehen. Das ist also auch eine stressige Sache, wenn also der Kontrollarzt nein sagt, weil noch wichtige Informationen fehlen. Man schickt dann diese Informationen, dann gibt es einen anderen Kontrollarzt, der also eigentlich gar nicht weiß, worum es geht. Weil man weiß nicht, an welchen Kontrollarzt das E-Mail jetzt tatsächlich geschickt wird und wo es dann auch gelesen wird. Das kann auch in Vorarlberg sein, zum Beispiel. Wirklich ganz weit weg und da ist dann die Kompetenz vielleicht wieder eine andere. Ein letzter Punkt, der mir immer wieder sauer aufstößt in meiner ärztlichen Praxis, ist die unterschiedliche Bewertung von der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit. Also für mich ist das ein ärztliches Gutachten, ein wichtiger Teil eines ärztlichen Gutachtens, festzustellen, ob ein Patient jetzt mit seiner Krankheit arbeiten kann oder ob er nicht arbeiten kann. Aber die Krankenkassen haben ihre eigenen Bestimmungen erlassen. Sie haben eine Autonomie, dieses zu erlassen und sie behalten sich vor, die Krankenstände, die ein Arzt attestiert, anzuerkennen. Also sie können auch rückwirkend anerkennen. Sie können auch die Anerkennung verweigern. Und das ist meiner Meinung nach hier noch etwas auszustreiten. Gut, das waren meine dringenden Beobachtungen in der Praxis, die also beide Experten herausfordern, nämlich sowohl von den Seiten der sozialen Aspekte als auch von den Seiten des Gesundheitssystems. Jetzt möchte ich zunächst einmal den Herrn Mag. Schenk fragen: Also Armut macht krank. Sozialer Ausgleich ist eine gute Medizin. Wie würden Sie das verstehen?

Schenk:

Ja das ist sozusagen der Titel, den ich meinem heutigen Statement gegeben habe und unter dem Sie mich auch eingeladen haben. Ich möchte kurz meine Funktion ausführen, wo ich mich gut auskenne, die Gesundheitsversorgung und das ist was

Sie als Ärzte und Ärztinnen tun auch als praktische Ärzte, als Allgemeinmedizinerin, diese in den Zusammenhang zu stellen, nämlich die sozialen Zusammenhänge und auch welche Bedeutung, welche Funktion die Gesundheitsversorgung hat und welche Bedeutung und Funktion andere Faktoren haben für die Gesundheit von Menschen, die sozial schwierige Situationen durchzustehen haben. Ich selbst, das ist mein Hintergrund und meine Perspektive, ich selbst arbeite bei der Diakonie, bei der Diakonie Österreich, die eine Hilfsorganisation ist und viel mit Armutsbetroffenen zu tun hat und eben die Armutskonferenz, ein Zusammenschluss von fast allen Organisationen in Österreich, die mit Armutsbetroffenen zu tun haben. Die an die 500.000 Hilfesuchende im Jahr betreuen und unterstützen, und das ist eben meine Erfahrung auch mit der Gesundheit. Die Diakonie beispielsweise hat einige Ambulanzen, eine auch im Süden von Wien, für Nichtversicherte beispielsweise, wo wir Erfahrungen haben, was die Lücken des Gesundheitssystems für Menschen konkret bedeuten. Sie haben in Ihrer Unterlage ein Handout, das können Sie zur Hand nehmen, weil dann geht es ein bisschen leichter. Ich möchte Ihnen ein paar Tabellen zeigen. Ich weiß nicht, ob das jeder vor sich hat? Ich möchte Ihnen zu Beginn nur zwei Zusammenhänge, die Sie zwar kennen, aber die wichtig sind noch einmal ins Bewusstsein zu führen, um dann die richtigen Schlüsse zu ziehen. Das Erste ist, man kann die Frage stellen, man kann sagen: „Sag mir wo du wohnst und ich sage dir, wann du stirbst“. Wenn wir die Bezirke in Wien hernehmen, den fünfzehnten und den ersten Bezirk, Sie haben dazu auch eine Grafik, die versucht, die Immobilienkosten, das heißt sozusagen den Reichtum des Bezirkes gegenüberzustellen mit der Lebenserwartung des jeweiligen Bezirkes, dann haben Sie hier eine unterschiedliche Lebenserwartung von beinahe mehr als vier Jahren. Das heißt, obwohl da nur drei Kilometer Luftlinie zwischen dem fünfzehnten und dem ersten Bezirk liegen, liegen dazwischen auch vier Jahre an Lebenserwartung für die Menschen und die Patienten, die in den jeweiligen Bezirken wohnen. Also das eine ist der soziale Status, der aus drei Dingen gebildet wird: aus Einkommen, aus Bildung und aus der beruflichen Position. Der hat massiven Einfluss auf die Lebenserwartung. Das Zweite ist, dieser soziale Status hat massiven Einfluss auch auf die Gesundheit. Sie haben auch in diesen Unterlagen zwei Abbildungen, die Ihnen zeigen jetzt im Bezug auf die Beschwerdenintensität nach Haushaltseinkommen, dass sich mit jeweils jeder vorrückenden Haushaltseinkommensstufe, die Beschwerdenintensität sozusagen verbessert oder

umgekehrt. Je weniger Einkommen, desto mehr Beschwerden. Die häufigsten Beschwerden sind die des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Systems, bei Frauen sehr stark Kopfschmerzen und Schlafstörungen, Müdigkeit. Die zweite Abbildung zeigt Ihnen, wenn man nach dem subjektiven Gesundheitszustand fragt, das ist ein sehr starker Indikator, der auch sehr stark, obwohl er nur subjektiven Gesundheitszustand abfragt, sehr stark auch den objektiven Gesundheitszustand korreliert und verknüpft ist. Und da sehen Sie einen ganz starken Sprung, wenn Sie schauen, von der Schicht eins zur Schicht zwei. Also allein die geringfügige Erhöhung der sozialen Situation für Menschen, die ganz schlecht sind, hat eine ganz starke Auswirkung auf den Gesundheitszustand. Jedes weitere Einkommen verbessert es auch, aber nicht mehr so stark wie zwischen Schicht eins und Schicht zwei. Das zeigt uns einfach, wie entscheidend und wie wichtig soziale Intervention ist und wie wirksam sie sein kann. Die nächste Abbildung. Darüber würde ich die Überschrift setzen, dass die soziale Schere, dort wo die soziale Ungleichheit sehr groß ist, wo die soziale Schere in einer Gesellschaft auseinander geht, auch viele Probleme entstehen, die nicht nur gesundheitlich relevant sind, sondern die in vielen Bereichen der Gesellschaft liegen. Es wurde hier ein Indikator gebildet, aus Gesundheit, aus Lebenserwartung, aus wie viele Gefängnisinsassen gibt es in einer Gesellschaft, wie viele Teenageschwangerschaften gibt es, wie schaut die Leseschreib-Kompetenz aus? Wie schaut die psychischen Probleme aus? Wie ist das Vertrauen zwischen den Gesellschaftsmitgliedern? Wie schaut die soziale Mobilität, also Aufstiegschancen aus in der Gesellschaft? Und sind verknüpft worden mit der Ungleichheit. Und Sie sehen hier, es entsteht eine Regressionslinie, dass je höher die soziale Ungleichheit in einer Gesellschaft, desto stärker auch all diese gesellschaftlichen Probleme auftauchen, die ich Ihnen gerade aufgezeigt habe. Je geringer die Ungleichheit, je geringer die soziale Polarisierung in einer Gesellschaft, desto weniger finden wir das vor. Und Sie sehen an Ländern wie die USA, Portugal, Großbritannien, das sind die, die große Probleme haben, obwohl sie ein reiches Land sind. Es zählt nicht nur der Gesamtreichtum, nicht das BIP pro Kopf, sondern die Unterschiede zwischen den Gesellschaftsmitgliedern. Und das selbe sehen Sie unten, die am besten abschneidenden Staaten sind die skandinavischen Länder, auch Österreich ist ganz vorne dabei, aber nie on top. Wie kann man sich das erklären? Da glaube ich kommen wir dann eben auch zum Gespräch und zur Frage, was leistet die Gesundheitsversorgung in diesem sozioökonomischen Feld? Kann

man grob sagen, Sie sehen hier eine Abbildung mit den Faktoren, die Unterschiede in Wissen, in Geld, in Macht, in Prestige, die es in unserer Gesellschaft gibt. Und ganz unten sehen Sie die Auswirkungen in der gesundheitlichen Ungleichheit. In der Lebenserwartung und in den chronischen Erkrankungen. Und was dazwischen ist, sozusagen was bewirkt das, was sind die Erklärungsfaktoren, warum wirkt das so stark? Warum wirkt Ungleichheit, Armut, sozialer Ausschluss so stark auf die Gesundheit und auf die Lebenserwartung? Da kann man grob vier Faktoren unterscheiden. Die ersten zwei Faktoren beziehen sich auf die Belastungen. Es ist so, dass überproportional Menschen im unteren Einkommensbereich wesentlich stärkere soziale, umweltökonomische Belastungen haben als Bevölkerungsschichten in anderen Einkommensschichten. Und das Zweite, und das ist das Gemeine und der Teufelskreis und das Unfaire, sie haben nicht nur mehr Belastungen, sondern sie haben auch weniger Ressourcen, diese Belastungen adäquat zu bewältigen. Und dieser Doppelschnitt macht es eigentlich. Die Belastungen allein wären es nicht, sondern dann die mangelnden Ressourcen, diese Belastungen auch wie Leute, die eben besser bestückt sind mit Ressourcen, sie auch ordentlich bewältigen zu können. Der dritte Faktor ist die Gesundheitsversorgung, um die geht es heute. Das ist sozusagen der dritte Faktor. Wie schauen die Gesundheitsdienstleistungen aus auch für Ärmere? Der Zugang? Ist er niederschwellig? Wie hoch ist die Rate der Nichtversicherten? All das ist auch ein wesentliches Kriterium, das sich auswirkt auf die Lebenserwartungen, auf die Erkrankungen. Und der vierte Bereich, der wieder ganz stark mit den oberen drei zusammenhängt, sind die Lebensstile. Also die Fragen: Wie lebe ich in der Ernährung? Betreibe ich Sport? All das, was meistens als alleiniger Faktor in der Prävention gesehen wird. Die anderen drei werden meistens vergessen, oder zumindest die ersten zwei besonders stark. Ich komme schon zum Schluss. Was ganz wichtig ist, auch aus meiner Erfahrung mit Menschen, die einfach unter Druck sind und denen es nicht gut geht, ist, dass sie das bekommen, was ihnen eigentlich im Alltag ständig vorenthalten wird und was ihnen fehlt. Und ich nehme das Lebensmittel, im Sinne von Lebensmittel, die man nicht zu sich nehmen kann als Speise, sondern Lebensmittel, die einen als Menschen stärken. Das sind drei Dinge, die vielleicht ganz banal klingen, die aber doch sehr starke Widerstandsfaktoren sind für Leute, denen es nicht gut geht. Das erste sind Freundschaften, soziale Netze. Social support würden wir im Fachchinesisch sagen. Also soziale Netze, die halbwegs tragfähig sind. Das Gegenteil davon ist Einsamkeit

und Isolation, das schwächt. Das zweite Lebensmittel ist Selbstwirksamkeit. Das ist ein Begriff aus der Psychologie, der sagt, dass ich das Steuerrad meines Lebens in Händen weiß. Das Gegenteil davon ist Ohnmacht, das schwächt. Und das Dritte ist Anerkennung und Respekt. Das ist überhaupt einer der stärksten Lebensmittel für Leute, denen es nicht gut geht. Das Gegenteil ist Beschämung. Nun erfahren Leute, die arm sind, in einem überproportional hohen Ausmaß Situationen in denen sie allein sind, in denen sie niemanden haben, in denen sie ohnmächtig sind und in denen sie beschämt werden. Und das ist etwas, was massive gesundheitliche Auswirkungen hat, diese drei Gifte, wenn Sie so wollen Lebensgifte, die sind ganz zentral auch für die Gesundheit oder die Lebenserwartung, obwohl sie so weich scheinen, so weiche Indikatoren scheinen. Was schließt man daraus? Das steht natürlich auch schon in meiner Titelunterschrift „Sozialer Ausgleich ist eine gute Medizin“. Es zahlt sich jedenfalls aus in eine Gesellschaft zu investieren, die in den sozialen Ausgleich etwas für Wert befindet. Dazu gehören besonders soziale Dienstleistungen, die für alle zugänglich sind, unabhängig von Herkunft, Einkommen, sozialem Status, eben auch Gesundheit. Und das - glaube ich - ganz Wichtige ist, sie zahlen sich auch aus. Denn wir haben oft den Eindruck, auch bei der jetzigen Spardebatte, das wird sicher kommen, dass das alles nur Kosten sind. Aber wenn man es ökonomisch anschaut und volkswirtschaftlich, sind das natürlich Investitionen, die nicht nur Kosten sind, sondern im Gegenteil, Kosten wo anders verhindern. Beispielsweise die Dropout-Quote von 10.000 jugendlichen Schulabbrechern. In Österreich gibt es 10.000 Stück. Allein die Kosten volkswirtschaftlich an die drei Milliarden Euro, sagt das WIFO. Und natürlich kostet Krankheit und so weiter. Wichtig ist - glaube ich - für eine Strategie, und über die werden wir dann diskutieren, um Leuten, denen es nicht gut geht, die an der Armutsgrenze leben, sowohl zu einer höheren Lebenserwartung zu kommen, als auch die Erkrankungen, das hohe Erkrankungsrisiko zu senken, dass wir einen umfassenden integrierten Ansatz machen. Dass wir nicht nur einen Faktor herausglauben, sondern die Gesamtheit der Faktoren wahrnehmen und in all diese Faktoren investieren. Einer davon ist eben die Gesundheitsvorsorge, wo der entscheidende Faktor ist: Ist der Zugang niederschwellig, für alle möglich und ist der Versicherungsschutz gewährt? Vielen Dank.

Fuchs:

Wenn Sie jetzt an das Versorgungswerk denken, die Krankenkassen, die allgemeinen Ärzte, die Fachärzte, die Psychotherapeuten, die Sozialarbeiter, die Ambulatorien, die Spitäler. Welche Rolle spielen sie und welche Rolle können sie spielen?

Schenk:

Also wir wissen aus allen Untersuchungen, dass die Gesundheitsdienstleistung die am meisten aufgesucht wird bei Armutsbetroffenen die Ambulanz im Krankenhaus ist. Das hat natürlich mehrere Gründe, wenn man nachfragt. In erster Linie den Grund der Anonymität. Denn nichts scheuen Leute mehr, die in Armut leben, als erkannt oder angesehen zu werden, weil die Beschämung so eine große Sorge ist. Das heißt, wenn wir wollen, dass Leute, denen es nicht gut geht auch die Fachärzte stärker aufsuchen oder praktische Ärzte oder niedergelassene Ärzte, dann müssen wir schauen, wie wir diese Barrieren, die es offensichtlich sichtbar und unsichtbar gibt, wie wir diese Barrieren niedriger halten. Das ist - glaube ich - ein ganz wichtiger Punkt. Und das Zweite ist, das ist sozusagen keine Frage jetzt der Gesundheitsdienstleistung, sondern der Krankenversicherung, dass wir in Österreich ungefähr 100.000 Menschen haben, die nicht krankenversichert sind. Das hat verschiedene Gründe, da können wir vielleicht noch näher darauf eingehen. So ungefähr ein bis ein bisschen über ein Prozent der Bevölkerung sind Leute, die das nicht dauerhaft sind, die meisten davon temporär, also einen bestimmten Zeitraum. Ein paar Monate, meistens an Übergangsphasen des Lebens. Und auch da glaube ich gilt es zu schauen. Mittlerweile bilden sich lauter Sonderambulanzen und Sondersachen. Weil die Normalen sozusagen, die 98 Prozent Gesundheitsdienstleister diese Leute nicht versorgen können, entstehen Sonderambulanzen. Die Frage ist: Wie können wir das wieder stärker zurück in die allgemeine, universelle Versorgung bringen? Ich glaube, das wäre eine wichtige Frage bei der Nichtkrankenversicherung.

Fuchs:

Also die Frage nach den Versorgungslücken haben Sie bereits beantwortet. Das sind doch mehr als gedacht, die praktisch im normalen Versorgungssystem nicht ausreichend versorgt werden können.

Schenk:

Das hat natürlich Gründe, die stärker in der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik zu suchen sind. Weil die größte Gruppe, die davon betroffen sind, sind die so genannt prekär Beschäftigten. Seit Ende der 90er Jahre nimmt das massiv zu. Das sind Leute, die nicht gescheit angestellt sind und damit auch meistens nicht gescheit sozialversichert sind. Sie sich so vorstellen: Wenn eine Mutter mit zwei Kindern Sozialhilfe hat oder prekär irgendwo arbeitet, sagen wir im Reinigungsbereich oder im Dienstleistungssektor, ganz wenig Geld raus kriegt, und dann am 16., 17. nicht weiß, wie sie die Miete der Wohnung zahlt und wie die Stromrechnung zu bezahlen ist, und Schulsachen für die Kinder fallen vielleicht auch noch an, weil gerade September ist und die eigene Krankenversicherung gäbe es auch noch. Dann ist es oft so, dass sie sich entscheiden, die Miete zu zahlen und die Strom- und Gasrechnung und auf die eigene Krankenversicherung zu verzichten, weil eh nichts passieren wird. Aber wenn dann was passiert, dann ist es natürlich ganz arg. Ganz oft sind das Tragödien, existenzielle Tragödien.

Fuchs:

Also ich habe kürzlich die Gelegenheit gehabt, den Herrn Stadtrat Ludwig zu hören, der hat voller Stolz das Wiener Wohnen präsentiert. Die Stadt Wien ist der größte Immobilienfondinhaber der Welt. Ich habe ihn gebeten, in Betracht zu ziehen, dass bei drohender Delogierung Sozialarbeiter beauftragt werden, nachzuschauen. Er hat es spontan nicht so gut gefunden. Er hat gedacht, man soll es den Leuten nicht zu leicht machen. Die sollen zuerst einmal ihren Zins bezahlen und dann vielleicht. Aber das ist doch ein Modell, das sich bewährt hätte.

Es gibt an sich so etwas wie eine Delogierungsprävention. Die ist eigentlich genau dafür geschaffen worden, dass wenn Leute eben in Gefahr sind ihre Wohnung zu verlieren, nach drei Mal nicht zahlen, kommt das, dass die nicht auf der Straße landen. Warum man das macht, kann man auch ökonomisch argumentieren. Es kommt nämlich viel teurer, wenn die Leute dann in Obdachlosenheimen wohnen, als wenn man schaut, dass sie ihre Wohnung behalten. Auch mit allen Folgekosten. Das zahlt sich aus. Auch wieder so eine Sache, wo es sich auszahlt zu investieren. Weil die Kosten kleiner wären, wenn man investiert als wenn man auf die Kosten wartet, die dann volkswirtschaftlich entstehen.

Fuchs:

Eben. Zum Beispiel durch Spitalsaufenthalte von wohnungslosen Menschen. Also, gibt es da eine Statistik darüber, wie oft die Spitalstage in Anspruch nehmen als stationäre Patienten - im Vergleich zur übrigen Bevölkerung? Ich schätze einmal, es ist öfter.

Schenk:

Da habe ich keine Zahlen. Da fällt mir gerade ein, da gibt es ein massives Problem. Ein massives Problem ist, wenn psychisch Kranke, wenn die länger im Krankenhaus sind, dass sie dann ihre Wohnung nicht erhalten. Das ist ganz oft ein großes Problem. Man sollte immer mitdenken müssen, wenn jemand länger stationär in Behandlung ist, aber selber kein Geld oder wenig Geld hat oder sehr arm ist, dass man schaut, dass die Miete und die Wohnung weiterbezahlt wird. Das ist immer eine große Gefahr.

Fuchs:

Ja, und die Gefahr, wenn man auf der Straße sitzt, also man wird oft überfallen, also man ist ausgesetzt. Und dadurch entstehen auch z. B. für die Unfallchirurgen sehr viel Arbeit. Das ist wirklich ein Problem. Dann hängt es von der Mildherzigkeit des Oberarztes ab, ob der Patient noch ein paar Tage auf der Station bleiben kann oder ob er auf die Straße gesetzt wird, z. B. mit einem Liegegips. Solche Dinge kommen vor. Leider.

Schenk:

Ich sehe, weil Sie das vorher angesprochen haben noch, wo gibt es sozusagen Lücken? Ich glaube, dass wir jetzt sagen, es gibt die Krankenversicherung, wo man was machen kann, es ist ja gar nicht so schwer, da etwas zu machen. Es gibt auch mehrere Sektoren, wo man investieren muss, wo glaube ich einfach systemische Lücken sind. Das eine ist die Pflege. Das betrifft auch Menschen, die wenig Geld haben. Da hat Österreich traditionell noch keine gute Balance gefunden zwischen dem Sozial- und Gesundheitssystem, dem Cure- und Caresystem. Deswegen funktioniert das auch irgendwie nicht. Weil, solange die Leute im Gesundheitssystem sind, werden sie ausreichend gepflegt, das Geld ist da. Werden sie entlassen, gibt es

kein Geld mehr, weil diese Verbindung zwischen Gesundheit und Sozialsystem noch keine Traditionen hat. Das Zweite was fehlt, was ich schon angesprochen habe, sind die Menschen mit psychischen Problemen und Beeinträchtigungen. Da scheint es mir auch eine massive Unterversorgung zu geben. Gerade am Land, was Notschlafstellen, was die Versorgung betrifft. Auch in der Rehabilitation haben wir ja lange gekämpft, dass es nicht nur auf der physischen Seite, sondern auf der psychischen Seite keine gibt. Und den dritten Bereich würde ich sehen, vielleicht überraschend für Sie, aber das ist etwas, was ganz wichtig ist, gerade für Jugendliche in der Armutsbekämpfung, ist die Zeit des Wochenbettes. Also mir fällt das auf und allen unseren Familienhelferinnen und Familienhelfern, dass es eine massive Unterversorgung gibt in der Zeit der Geburt, gerade bei Teenageschwangerschaften. Oder bei Mädchen oder Familien, die müssen nicht Teenager sein, die wenig Geld haben. Wo es auch ziemlich stressig ist, gerade nach der Geburt mit aller Prävention der Wochenbettdepression. Daher haben wir einen Gesundheitsberuf, nämlich die Hebammen. Und ich glaube, dass sozusagen in die Hebammenversorgung vor der Geburt investiert wird, da gibt es viele Kurse, aber dann seltsamerweise nachher nicht. Also mir scheint das auch, jetzt so auf die Schnelle gesagt, ein drittes Feld in dem man investieren müsste.

Fuchs:

Danke schön. Ich würde sagen, jetzt sollten wir zu den hard facts kommen, was die Gesundheitsreform betrifft. Herr Rümmele, wer macht eigentlich die Gesundheitsreform? Die Generalfrage heißt: Kann das Gesundheitssystem wie ein Unternehmen saniert werden?

Rümmele:

Jetzt könnte ich es mir einfach machen und kurz antworten: Nein. Ich werde diese Nein versuchen ein bisschen zu erklären und zu begründen. Ich würde ganz gerne drei Fragen noch anschauen, gerade bei der Frage Gesundheitsreform und Sanierung von Gesundheitssystem, das impliziert prinzipiell einmal einen Reformbedarf und die Notwendigkeit, dass da etwas saniert wird und würde ganz gerne einfach einmal die Frage stellen: „Wie finanzieren wir überhaupt das Gesundheitswesen?“ Und wie geht es diesem Gesundheitswesen überhaupt, als erste Frage. Und die zweite Frage ist: „Was brauchen wir eigentlich für ein System?“

Und ich glaube die dritte zentrale Frage ist dann die - und das ist ein bisschen in manchen Sachen schon angeschnitten worden: „Wer macht dann tatsächlich die Arbeit in dem Gesundheitssystem? Und wie geht es denen?“ Ich glaube das sind die drei Themenfelder, die wirklich die zentralen sind. Und wenn man sich die Frage stellt: „Wie finanzieren wir das System bzw. wo liegt denn dieser vermeintliche Reformbedarf?“ Wir hören ja immer von einem großen Anstieg im Gesundheitswesen, wir hören davon, dass die Krankenkassen angeblich kurz vor der Pleite stehen. Dann schaffen sie es wieder ein bisschen und wir haben dann die Diskussion später wieder. Wir hören, dass die Spitäler unfinanzierbar sind und hören irgendwie seit Jahren, dass dieses System kurz vor dem Kollabieren steht. Und als Grund wird uns immer wieder genannt, es gibt eine Kostenexplosion und die Kosten steigen so dramatisch in den verschiedensten Bereichen. Wenn man sich das genau anschaut, dann stimmt das so nicht. Also wir haben keinen dramatischen Kostenanstieg im Gesundheitswesen. Die Gesundheitsausgaben sind eigentlich in den letzten zehn Jahren relativ konstant bei zehn Prozent des Bruttoinlandproduktes geblieben. Das heißt, in absoluten Zahlen wird es natürlich mehr, aber es wird anteilmäßig an der gesamten Wirtschaftsleistung nicht mehr sondern es bleibt dieser Anteil konstant. Dann ist natürlich die Frage, woher kommt jetzt diese Diskussion, dass die Krankenkassen dann doch pleite gehen? Und ich glaube, da werden zwei Dinge immer vermischt: Das eine ist quasi eben dieser Kostenanstieg und das andere ist der Anstieg des Defizits. Und das sind natürlich zwei ganz unterschiedliche Dinge. Das Defizit der Krankenversicherungen steigt und das hat weniger mit den Ausgaben als viel mehr mit den Einnahmen zu tun. Weil die Einnahmen nicht in dem Ausmaß wachsen wie die Ausgaben. Hintergrund ist der: Die Einnahmen in der Krankenversicherung hängen primär zusammen mit den Löhnen und Gehältern, sind Abgaben auf Löhne und Gehälter. Und die so genannte Lohnquote, also das ist der Anteil der Löhne und Gehälter am gesamten Volkseinkommen, dieser Anteil ist in den vergangenen Jahren sehr stark gesunken. Es ist ein bisschen angeschnitten worden - wir haben einen großen Anstieg an prekär Beschäftigten und da wird natürlich dann einfach auch weniger ins System gezahlt. Das nächste ist die steigende Arbeitslosigkeit. Auch da fließt weniger ins System. Den Krankenkassen bricht sukzessive die Einnahmenbasis weg. Und das ist eigentlich das Hauptproblem. Und wenn man dann über die Finanzierbarkeit redet, dann muss man dann natürlich auch darüber reden, wie ließe sich diese

Einnahmenbasis stabilisieren? Das ist so ein Mythos, der in der Diskussion aber immer kommt - dieser Kostenanstieg und die Pleite. Der zweite Mythos, der dann auch sehr schnell kommt, das sind die Alten. Wo es heißt, dass die demographische Entwicklung Schuld ist, weil wenn wir älter werden und immer mehr ältere Menschen haben, deswegen wird das System über kurz oder lang kollabieren. Das stimmt so auch nicht, zumindest nicht in der Dramatik in der es uns dargestellt wird, weil die Situation ja auch die ist, dass mit dem Anstieg der Lebenserwartung wir ja auch gesunde Jahre gewinnen und nicht nur kranke Jahre. Und auch das relativiert dann das System wieder. Da kommen wir dann aber nochmals darauf zurück. Es gibt natürlich noch sehr viele Mythen, die im Gesundheitswesen und in Reformdiskussionen immer wieder transportiert werden. Wettbewerb wirke. Dann frage ich mich immer, warum die Gesundheitssysteme mit dem höchsten Wettbewerbsanteil, beispielsweise das amerikanische, das Schweizer oder das Deutsche, ausgerechnet die Systeme sind, die die teuersten Systeme sind? Das lässt sich erklären, das Gesundheitswesen ist angebotsinduziert, das heißt, was angeboten wird, wird auch nachgefragt. Und je mehr Sie da an Wettbewerb liberalisieren in dem System, umso mehr forciert das auch die Ausgaben. Aber was haben diese Mythen für Ziele? Woher kommt das eigentlich? Und das sind meiner Meinung nach zwei grundsätzliche Ziele, die von denen, die diese Mythen transportieren und ich komme dann noch darauf zu sprechen, wer das ist. Was haben die für Ziele, was verfolgen die für Ziele? Und das eine Ziel ist, bestehende Systeme schlecht zu reden und schlecht zu machen mit dem Ziel, auch die öffentliche Hand da möglichst rauszudrängen. Gesundheitssysteme sind sehr intransparente Systeme. Und die öffentliche Hand hat im Prinzip neben der Finanzierungsaufgabe auch die Aufgabe das zu kontrollieren und da hin zu schauen, was eigentlich mit dem vielen Geld in dem System passiert. Und wir reden da doch von 28 Milliarden Euro allein in Österreich. Und wenn man diese Kontrolle ein bisschen zurückdrängt, dann lässt sich natürlich mit diesen 28 Milliarden auch sehr viel wirtschaften und sehr viel machen. Und das zweite Ziel ist, mehr Geld ins System zu bringen. Und das wollen im Grunde alle Akteure, die im Gesundheitswesen sind, weil sich dann natürlich auch entsprechend mehr verdienen lässt, wenn man es jetzt salopp formuliert. Und deswegen, meiner Meinung nach, haben wir auch keine groben, wirklich grundsätzlichen Reformen in den vergangenen Jahren oder Jahrzehnten im Gesundheitswesen gesehen. Die Problembereiche sind

alle bekannt. Sie haben es auch angeschnitten. Krankenhauslastigkeit auf der einen Seite. Das sind Themen, die seit Jahren diskutiert werden. Das sind Themen, die seit Jahren auf dem Tisch liegen. Ich habe Profil-Covers aus den 70er Jahren gefunden, die könnte man heute auch publizieren, würde niemandem auffallen, von den Titeln über die Finanzierung der Spitäler oder so. Und ich glaube, dass das deswegen nicht passiert, weil alle Akteure eigentlich kein Interesse daran haben, dass sich wirklich grundsätzlich etwas ändert. Weil sie sich im System eigentlich ganz gut eingerichtet haben und weil es natürlich ein riesiger Wirtschaftsfaktor auch ist. Das ist das Thema Finanzierung. Ich glaube es gibt ein paar Möglichkeiten, wie man hier gegensteuern kann. Das eine ist sicher die Einnahmenbasis, indem man die verbreitert. Es ist auch immer wieder in Diskussion andere Einkommensarten, wie Gewinne, Finanzerträge, Kapitalerträge usw. entsprechend ins System einzubeziehen. Das Zweite ist natürlich, dass es im Gesundheitswesen - wie in jedem anderen Bereich auch - ein gewisses Maß an Ineffizienzen gibt. Ich war 15 Jahre lang jetzt Wirtschaftsjournalist. Wenn Sie mit Unternehmen reden, da ist immer die Frage: Unternehmen sanieren impliziert immer, dass alle Unternehmer super wirtschaften. Nun frage ich mich, warum wir ein Konkursgericht haben? Also offensichtlich gibt es Unternehmen, die auch schlecht wirtschaften. Unternehmen als solches heißt noch nicht, meiner Meinung nach, dass es auch super ist. Aber Ineffizienzen gibt es in allen Unternehmen und gibt es auch im Gesundheitswesen. Und wenn man mit Unternehmensberatern redet, dann sagen die: Die Ineffizienzen sind im Schnitt - egal wo - und selbst bei gut organisierten Unternehmen, fünf bis zehn Prozent. Wenn wir im Gesundheitswesen fünf bis zehn Prozent finden, dann reden wir von 1,4 bis 2,8 Milliarden Euro. Einfach aufgrund des riesigen Volumens. Und ich kann Ihnen auch ein konkretes Beispiel bringen, wo sehr viel Geld liegt. Das ist bisher auch angeschnitten worden. Das ist das Thema Polypragmasie, zum Beispiel. Vor allem bei alten Menschen. Da gibt es auch Untersuchungen. Sie kennen das aus der Praxis. Wenn Sie Familienmitglieder haben, dass die einfach sehr viele verschiedene Medikamente nehmen, wo es dann darum geht, Wechselwirkungen abzubauen oder das eine Medikament dann genommen wird, um die Wechselwirkungen des anderen zu lösen. Und da sagen Expertinnen, Experten, die haben sich das genauer angeschaut, bei alten und hoch betagten Menschen, dass da wirklich mindestens 30 Prozent an Arzneimitteln definitiv zu viel sind. Das sind 30 Prozent. Wenn man das jetzt umrechnet, diese 30 Prozent, und die rausnehmen würde und sagt, das hilft den

Menschen dann ja sogar. Wenn das wirklich unnötig gegebene Medikamente oder sinnlos gegebene Medikamente sind, dann hilft es den Menschen, wenn sie sie nicht kriegen oder wenn sie bessere kriegen. Dann reden wir hier von einem Volumen von 800.000 Millionen Euro - ohne jemandem zu schaden, im Gegenteil. Also das sind so Ineffizienzen. Da kann man natürlich viele Beispiele finden. Aber da reden wir noch nicht darüber, wie man das als Unternehmen saniert. Und weil ich jetzt das Thema Alter angeschnitten habe, mache ich dann auch den Schlussbogen, komme ich dann auch zu den zwei anderen Fragen, die wir meiner Meinung nach dann auch diskutieren sollten in dem Zusammenhang, nämlich: Was brauchen wir für ein System und wer macht die Arbeit in dem Bereich? Das Thema alte Menschen ist ein zentrales Thema, wenn wir über das Gesundheitswesen reden. Und zwar einfach deswegen, weil die Situation die ist, dass im Gesundheitswesen, aber eigentlich in vielen anderen Bereichen auch, 80 Prozent der Gesundheitsausgaben werden von 20 Prozent der Menschen verursacht oder entfallen auf 20 Prozent der Menschen. Und diese 20 Prozent der Menschen sind eben alte und chronisch kranke Menschen. Das liegt in der Natur der Sache, dass einfach im Alter der Reparaturbedarf steigt. Das war immer schon so und wird auch immer so sein. Wir wissen, dass in den letzten Lebenswochen, Lebensmonaten die Gesundheitsausgaben exponentiell steigen. Das ist aber nicht das Finanzierungsproblem. Das ließe sich steuern, weil deswegen haben wir ja auch soziale Sicherungssysteme, damit die diesen dramatischen Anstieg dann abfedern. Ich glaube, die Frage ist eher ein Organisationsproblem in dem Bereich. Nämlich, wer versorgt dann die Menschen? Und da hatten wir ja vor ein paar Jahren schon die Diskussion mit der Pflege und mit den Pflegekräften. Und ich glaube, das wird eine der Herausforderungen der Zukunft sein. Einerseits einfach hier die Organisation in der Pflege, wer sie macht und wie man das entsprechend auch organisiert, dass das funktioniert. Derzeit passiert noch sehr, sehr viel im privaten Familienbereich. Und das muss man sich auch dann einmal anschauen, was heißt das eigentlich? Im Prinzip haben wir zwei Generationen im Alter schon. Wir haben eine Generation 60+ und wir haben die zweite Generation 80+. Und wir haben in den meisten Fällen die Situation, dass die Generation 80+ von der Generation 60+ gepflegt wird, nämlich von den Kindern. Und die sind natürlich im Prinzip auch schon extrem belastet durch diese Situationen. Und das Zweite ist die Basisversorgung durch die Hausärzte. Und da bin ich dann beim Thema, weil auch dort haben wir nämlich ein demographisches Problem. Und das

demographische Problem bei den Hausärzten heißt: 45 Prozent aller niedergelassenen Allgemeinmediziner in Österreich, 45 Prozent sind älter als 55 Jahre. Das heißt, in den kommenden zehn Jahren wird ungefähr die Hälfte der Allgemeinmediziner in Pension gehen in Österreich. Und wir diskutieren immer darüber, und wir hören dann von den Gesundheitsökonomern immer, die Hausärzte sollen Gatekeeper werden, wir wollen das möglichst nah versorgen. Dann frage ich mich, wie wir das machen wollen, wenn in zehn Jahren ungefähr die Hälfte der Versorgung in dem Bereich weg brechen wird. Das heißt, wenn es uns jetzt in den nächsten zehn Jahren nicht gelingt, hier diese Lücke zu schließen und entsprechend auszubilden, dann wird es ein Problem geben und die Ausbildung in dem Bereich funktioniert - glaube ich - momentan überhaupt nicht. Wenn ich höre, ist die Situation die, dass aufgrund eines Kollektivvertrags, der jetzt eingeführt worden ist und einer fehlenden öffentlichen Finanzierung, die sogenannten Lehrpraxen eigentlich momentan eher zurückgehen. Weil Hausärzte, die das bisher gemacht haben, zunehmend sagen, sie können es nicht mehr finanzieren. Dann haben wir da, glaube ich, ein strukturelles Problem. Und das ist das strukturelle Problem, über das wir diskutieren sollten in dem Zusammenhang, meiner Meinung nach.

Fuchs:

Vielen Dank. Das strukturelle Problem bedrückt uns sehr. Es liegt sicher an der Emphasisierung dieses Berufs. Also wir hatten an der medizinischen Universität Wien vor vielen Jahren einen Professor Hahn zu Gast aus Memphis, Tennessee. Der Gouverneur von Tennessee, war der Meinung, seine ganze Bevölkerung sollte medizinisch gut versorgt werden und ist an den Direktor der Abteilung für Family-Medicine herangetreten mit dem Auftrag, er soll eine MHO machen, also eine Gesamtversorgungsorganisation für alle Leute in Tennessee. Und er ist zur Universität gegangen, zum Dekan, zum Rektor gegangen, und hat gesagt, wenn ihr nicht innerhalb von zwei Jahren mindestens ein Drittel der Medizinstudenten in Family-Medicine spezialisiert, dann kürzt er die Gehälter aller Professoren um die Hälfte. Und so hat er es wirklich geschafft. Die haben wirklich ein Idealbild den Studenten präsentiert, was für ein Beruf der Allgemeinmediziner sein kann. Und so haben sie es geschafft. So haben sie tatsächlich eine Allgemeinversorgung in Tennessee geschafft. Also es liegt - glaube ich - in Österreich ganz besonders an einer Emphasisierung eines hierarchischen Medizinsystems, wo der

Allgemeinmediziner ganz unten erscheint, also der Patient ist vielleicht noch darunter, aber der Allgemeinmediziner ist schon ganz unten. Und es gehört eigentlich eine Hierarchieumkehr. Also man muss wirklich den Patienten nach ganz oben stellen und schauen, was braucht der Patient und wie könnte das geschehen?

Rümmele:

Also wir haben, zusammen mit dem Andreas Feiertag, der ein Journalistenkollege von mir ist, der lange beim Standard war, ein Buch geschrieben, jetzt im Herbst, das sich nennt: „Zukunft Gesundheit: So retten wir unser soziales System“. Womit ich ein bisschen Eigenwerbung machen darf. Und wir haben uns ein bisschen angeschaut, wie machen das andere Länder und wie lösen andere Länder genau dieses Problem in dem Bereich? Und die Idee ist einfach auch die Finanzierung zu ändern, grundsätzlich zu ändern. Wir haben ja derzeit eine Finanzierung im Gesundheitswesen, die eigentlich darauf hinzielt, möglichst Menge zu produzieren. Das heißt, wir zahlen Menge, wir honorieren Menge und damit wird natürlich auch Menge produziert. Menge heißt möglichst viele Arzneimittelverschreibungen, möglichst viele Patienten in möglichst kurzer Zeit behandeln. Dann lässt sich quasi das eigene Einkommen entsprechend maximieren. Es ist egal für welchen Akteur man sich das jetzt anschaut im Gesundheitswesen, das gilt für alle. Und es gibt aber Länder, die das geändert haben, die andere Strukturen haben, die zum Beispiel die Situation haben, dass sie nach Zeit zahlen. Das heißt, die fixe Honorierungssysteme haben, in Skandinavien zum Beispiel ist das der Fall. Die sagen: Jetzt gerade im niedergelassenen Bereich - ein Arzt oder eine Ärztin müssen sich 30 Minuten oder 45 Minuten Zeit nehmen für den Patienten. Sie kriegen dafür ein Fixhonorar. Es gibt dann noch variable Komponenten dabei, aber in Wirklichkeit kriegen die quasi ein fixes Honorar oder ein fixes Gehalt. Und alle Patienten wissen, wenn sie jetzt zum Arzt oder zur Ärztin gehen, dass die sich 30 Minuten Zeit nehmen müssen. Und wir wissen, eines der Hauptprobleme im Arzt-Patienten-Verhältnis ist der Faktor Zeit. Beide klagen darüber, dass zu wenig Zeit ist und beide haben dann dadurch auch einen Stress. Die einen versuchen in möglichst kurzer Zeit möglichst viel an Informationen zu kriegen, das sind die Ärzte. Ich weiß nicht - wie viele Sekunden dauert es, bis ein Arzt einem Patienten zum ersten Mal ins Wort fällt? Ich glaube im Durchschnitt 20. Also das ist das eine und das andere ist der Patient, der hat den gleichen Stress, weil er versucht, möglichst viel an Information in kurzer Zeit

irgendwie rüberzubringen. Und das funktioniert nicht. Und dann gibt es halt irgendwie als Trost entsprechend Medikamente oder so.

Fuchs:

Genau. Es ist die Fixierung auf die Medikamente. Also das ist ja eigentlich eine schlimme Sache, dass nur noch über Medikamente gesprochen wird und über Medikamentenkosten, aber kaum noch über nicht medikamentöse Therapien. Physiotherapien werden eingeschränkt. Ich versuche immer wieder bei Schmerzpatienten, 20 Prozent der Bevölkerung in Österreich sind Schmerzpatienten, ich versuche immer wieder das Tens-Gerät zu verschreiben, Transcutane Elektroneurostimulation, das Gerät kostet 150 Euro, was wirklich kein Haus ist und die Patienten können sich zu Hause die Schmerzen behandeln. Sie brauchen dann weniger Medikamente. Gespräche, Ernährungsberatungsgespräche. Ich schenke es meinen Patienten. Ich habe eine Ernährungswissenschaftlerin, die macht das auf meine Kosten. Weil ich es nicht mit ansehen kann, dass ich da die Statine verschreibe und eigentlich brauchen die Patienten mehr Information.

Rümmele:

Wenn ich Sie unterbrechen darf. Ich würde jetzt gar nicht so ins Detail gehen, sondern ich bleibe ganz allgemein beim hauptzentralen Thema, weil ich vorher das Thema Polypragmasie angesprochen habe und gesagt habe, 80 Prozent der Ausgaben entfallen auf 20 Prozent der Menschen, das sind Alte und chronisch Kranke. Ich sage immer, es hat mir bisher noch keiner die Zahlen beigebracht, aber ich werde jetzt einmal versuchen, das zu recherchieren. Ich möchte wissen, wie hoch ist der Anteil an Psychopharmaka bei alten Menschen?

Fuchs:

Sehr hoch.

Rümmele:

Und die kriegen die nicht, weil sie sie brauchen, sondern weil sie einsam sind. Egal, ob jetzt die Medikamente gut sind oder nicht, da will ich jetzt gar nicht darüber diskutieren, das ist ein anderes Thema. Sondern das Thema ist: Kriegen die die, weil

sie einsam sind und weil die Gesellschaft nicht in der Lage ist, da anders zu helfen? Das ist ein zentrales Thema, das in dem Zusammenhang gestellt werden soll.

Fuchs:

Das liegt gewiss an der Vollbeschäftigung. Weil die Österreicher so fleißig arbeiten, haben sie keine Zeit zu Hause zu sein. Wir haben kurdische Freunde, die sagen: Geht man in ein Haus, klopft man an, es ist immer jemand da. Man kriegt auch einen Tee. Die haben diese Probleme nicht. Aber gerade weil die Wirtschaft so unglaublich boomt, auch wenn jetzt ein Einbruch ist und eine Wirtschaftskrise ist, aber sie boomt ja doch. Gerade deswegen haben wir dann diese sozialen Probleme der Einsamkeit.

Rümmele:

Ich würde es jetzt gar nicht so explizit auf die Familie nur abwälzen, und quasi mit der Frage: Ist Zeit oder nicht? Wir haben es lange genug auf die Familie abgewälzt und haben geglaubt es funktioniert und wird immer noch suggeriert, dass alte Menschen möglichst zu Hause bleiben können. Ich glaube es gibt sehr, sehr viel an kreativen, an guten, an interessanten Modellen, an neuen Wohnformen, an neuen Betreuungskonzepten. Wir müssen nicht diese Polarisierung haben zwischen einerseits Familie, wo dann in vielen Fällen einerseits entweder der Partner oder die Kinder, ich glaube in einem überwiegenden Anteil sind es dann jeweils die Frauen, die Versorgung machen auf der einen Seite, oder auf der anderen Seite Pflegeheim. Ich glaube dazwischen gibt es eine große Bandbreite an verschiedenen Möglichkeiten über generationenübergreifendes Wohnen usw. die wir noch viel zu wenig nutzen und die wir auch viel zu wenig diskutieren.

Fuchs:

Die Nachbarschaft, ja. Die Freundschaften. Also die Menschen sind sicherlich in ihrer Mehrheit, also gerade auch durch die Arbeitsbezüge, durch das Lernen und Arbeiten aus den Familien herausgewachsen und haben diese Gestaltungsmöglichkeiten genutzt so lange sie eben gesund sind. Aber was ist, wenn sie krank sind? Dann braucht es Strukturen, die einspringen.

Darf ich ganz kurz zwei Dinge sagen: Erstens einmal, wir werden dieses Thema in diesen kommenden zwei Abenden noch behandeln. Frage Psychopharmaka. Die

Frau Mag. Anditsch vom SMZ-Ost, Pharmakologin ihres Zeichens, die dort diese Frage behandelt. Es schwingt immer dieser Vorwurf mit, die Ärzte sind zu schnell mit den Medikamenten. Sie haben sich auch bezogen auf diese Salzburger Studie, zu viele Medikamente. Aus dieser Studie kommt heraus, es wurde beobachtet, wie ist die Aufnahmethherapie, wie ist die Entlassungstherapie? Die Entlassungstherapie ist plus 0,7 Medikamente. Also diese Studie hat nicht gezeigt, die Leute haben zu viele Medikamente, sie haben bei der Entlassung noch um 0,7 statistisch gesehen mehr gehabt, allerdings andere. Das Problem ist, wir praktischen Ärzte, und auch das wird am zweiten Abend behandelt, geben jedes Medikament mit gutem Grund. Jedes Medikament für sich hat eine harte Indikation und es gibt aber keine Studien, was die miteinander machen. Das ist ein eigenes Problem. Das wird extra behandelt. Wenn ich jetzt etwas einfordern darf als Veranstalter? Ich sage immer, die Wirtschaftsreform hat eine Vielzahl an Arbeitslosen hervorgebracht, der Menschen, die aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden wurden und die den Preis dafür zahlen, dass es manchen Betrieben wieder besser geht. Haben wir zu befürchten, dass im Gesundheitssystem eine Vielzahl von Menschen minder versorgt wird, damit es dem System wieder besser geht? Das ist die Frage an Sie. Und die Frage an den Herrn Mag. Schenk: Die e-card wäre eine Chance gewesen, die Beschämung hintanzuhalten. Die große Zahl der Menschen, die zwischen Arbeitsamt und Sozialversicherung im Meldewesen momentan nicht erfasst sind und die zum Arbeitsverlust dazu noch beschämt werden, wenn sie drei Tage später die Karte stecken, weil es ihnen nicht gut geht und die Ordinationshilfe sagt, Sie sind ja nicht versichert. Die e-card hätte als soziales Instrument die Chance gehabt, diese Beschämung hintanzuhalten. Sie ist aber kein soziales Instrument, sondern sie ist ein bürokratisch organisatorisches Instrument und die Bürokraten haben größtes Interesse daran, tagesgenau zu wissen, wie der Status von wem gerade ist. Und wenn ich das jetzt, und das bitte nicht als unhöflich aufzunehmen, wenn ich Sie bitten darf, in dieser Richtung Stellung zu nehmen. Weil wir die anderen Fragen noch extra behandeln. Also wirklich die Frage: Droht eine Gruppe Minderversorgter? Droht eine Zweidrittelgesellschaft der Wohlversorgten? Droht die Solidarität der Politik mit den 80 Prozent Gesunden und eine Missachtung der 20 Prozent, die 80 Prozent der Ressourcen verbrauchen, die Kostenverursacher sind, genauso wie ihre Ärzte? Oder besinnt sich dieses reiche Land darauf, dass man auch etwas erwirtschaften kann um sozial aktiv zu sein?

Rümmele:

Es ist mir auch ein großes Anliegen das Thema. Und ich habe vorher das Buch erwähnt. Und das Buch hat ja auch den Untertitel: So retten wir unser soziales System, nicht unser Sozialsystem, sondern unser soziales System. Und das setzt eigentlich genau dort an und knüpft auch an das an, was der Martin Schenk gesagt hat. Ich glaube, wir haben schon in der Diskussion einen sehr starken Trend zu einer Entsolidarisierung - gerade im Sozial- und im Gesundheitsbereich. Und ich mache jetzt mal einen Test hier, weil in dem Zusammenhang schwingt immer das Argument der Eigenverantwortung mit. Wer ist denn der Meinung, dass Eigenverantwortung jetzt im Hinblick auf Gesundheit wichtig ist? Bitte einfach einmal um Handzeichen. Wer ist der Meinung, dass Menschen die rauchen, wenn sie krank werden selber verantwortlich sind für ihre Krankheit? Wer ist der Meinung, dass Menschen, die stark übergewichtig sind verantwortlich sind für ihre Krankheit? Ich sage jetzt provokant: Sehen Sie, es wirkt was Martin Schenk vorher gesagt hat. Alle diese Komponenten, gerade das Thema Nikotinkonsum einerseits aber auch das Thema Übergewicht haben eine ganz starke soziale Komponente in allen Untersuchungen. Und das zentrale Thema ist meiner Meinung und da knüpfe ich auch an das an, was von der WHO kommt: Eigenverantwortung ist schon was Wichtiges, aber wir müssen zuerst einmal die Rahmenbedingungen schaffen, die das überhaupt einmal ermöglichen, dass man für sich selber und für die eigene Gesundheit Verantwortung übernehmen kann. Und das ist nicht der Fall. Wenn wir die Situation mit Einkommensspreizungen haben, wenn wir die Situation mit sozialer Ungerechtigkeit haben. Das ist nicht der Fall und es ist vorher ja auch, ich habe mir das aufgeschrieben, es war so ein schöner Satz auch, da haben wir die Ressourcen, die Belastungen zu bewältigen. Das ist das zentrale Thema dabei. Und die Tendenz geht da ganz klar in Richtung Entsolidarisierung in dem Bereich. Und die Gefahr ist natürlich, dass wir irgendwann einmal das System haben, dass wir sagen, wir versichern keine Raucher mehr, oder wir versichern keine Dicken mehr. Das ist jetzt nicht erfunden, sondern das ist eine Kampagne, die in Deutschland auch gefahren worden ist von Krankenkassen, um auf diese Problematik aufmerksam zu machen.

Fuchs:

Aber wenn es von Krankenkassen gefahren wird, dann sind ja die ökonomischen Interessen ganz im Vordergrund. Dann geht es ja nicht nur um Versorgungsinteressen. Das was Sie durch Ihren Test jetzt festgestellt haben, ist, dass die Menschen grundsätzlich die Selbstverantwortung emphatisieren. Aber Menschen die rauchen oder auch zu viel essen, oder andere Verhaltensweisen an den Tag legen, die nicht gesund sind, die brauchen die ärztliche Unterstützung gerade in diesem Punkt, dass sie ermutigt werden, dass man ihnen zeigt, wie sie ihre Gesundheit verbessern können und wie sie ihre Gesundheit schützen können. Das heißt, sie brauchen Zugang zu solchen Beratungsgesprächen, die ihnen die Übernahme der Selbstverantwortung effektiv ermöglichen. Und hier ist sogar der Gang zum Arzt, das man hinget, dass man einen Termin macht, das man ein Gespräch haben will, dass man eine Gesundenuntersuchung haben will, ist schon ein Akt der Selbstverantwortung, selbst wenn man raucht oder wenn man zu dick ist oder was immer. Die Einsicht, ich brauche Hilfe und ich nehme sie jetzt in Anspruch, fällt natürlich gebildeten Menschen, wohlhabenden Menschen nicht allzu schwer. Die holen sich einfach, was sie glauben, was sie brauchen. Und da kommen wir wieder zum Herrn Mag. Schenk. Hier sind einfach die Hürden für sozial bedürftige Menschen bei weitem höher und zwar auch deswegen, weil die Einstellung sozial bedürftigen Menschen gegenüber Personen aus dem Gesundheitswesen oder aus den Personen der Krankenkassen, aus den Personen des Sozialamtes, aus den Personen der Pensionsversicherung, also wenn ich denke wie die Prozesse verlaufen zur Erkennung einer Invalidenpension. Bei einer analphabetischen Putzfrau oder bei einer Bürokräft. Ja, es ist schon ein Unterschied zu bemerken, was da alles geschieht, wenn es z. B. um Invalidenpension geht. Also hier treffen sich zwei große Probleme. Ein schlechtes Selbstwertgefühl und geringere soziale Fähigkeiten sich zu behaupten. Auf der anderen Seite aber wesentlich mehr Repression, wesentlich mehr Zurückdrängen von Ansprüchen. Also es wird sozusagen die Bittstellergeschichte aktiviert. Gehe ich irgendwo hin und will was, na das kriege ich doch natürlich. Aber geht vielleicht eine sozial deklassierte Person irgendwo hin und möchte etwas haben, was sie braucht, dann gibt es oftmals wesentlich mehr Schwierigkeiten. Und da glaube ich, haben eben auch die Ärzte eine große Aufgabe, hier Ermutigung zu stiften und zu sagen, das finde ich ungerecht, wenn Sie das, was Sie rechtmäßig beanspruchen können jetzt nicht bekommen. Z. B. Eine Rezeptgebührenbefreiung oder was es auch immer ist. Wenn

dann die Anträge schwierig gemacht werden, das Antragsprinzip schwierig gemacht wird, sodass es für die Menschen, die es brauchen, eine unüberwindbare Hürde wird. Und ich glaube das hängt sehr viel mit Politik zusammen. Wollen wir das jetzt, dass die Menschen gleichberechtigte Bürger sind, oder wollen wir einfach nur Ansprüche abwehren, weil es uns zu teuer ist?

Rümmele:

Da kann ich anschließen mit dem, was ich vorher gesagt habe. Jedenfalls ist es vernünftig oder hilfreich, zu investieren und zu stärken bei Patienten, bei allen, bei uns allen und natürlich bei Leuten die es besonders schwer haben, diese drei Dinge: Freundschaft, Selbstwirksamkeit und Anerkennung. Respektverlust zu vermeiden. Das impliziert alle Systeme und alle Bedingungen, die die Beschämung, die Ohnmacht und die Einsamkeit provozieren, und gerade sind es Institutionen, da gibt es viele Studien dazu. Unter dem Titel „Orte der Beschämung“ werden eigentlich immer fünf große Systeme, in den OECD Ländern gibt es diese Studien, aufgezählt. Und das ist das Sozialamt, das ist das Arbeitmarkservice, das ist die Schule und das Gesundheitssystem auch. Aber natürlich immer nur bestimmte Erfahrungen im Gesundheitssystem. Auch nicht die Schule als Ganzes. Aber sozusagen an diesen vier Orten, wird empirisch Beschämung sehr stark nachgewiesen. Und ich würde sagen prinzipiell ist es am vernünftigsten und am besten, Gesundheit zu fördern in gesundheitsfördernden Verhältnissen. Man kann gesundheitsförderndes Verhalten am besten fördern innerhalb von gesundheitsfördernden Verhältnissen. Das ist sozusagen immer gut, wenn beides zusammen kommt. Wenn man quasi nicht nur verhaltensversessen und verhältnisvergessen ist, sondern indem man sich beides immer überlegt. Wie kann man das Verhalten von Menschen verändern? Und wie kann man auch Verhältnisse verändern und umgekehrt? Zu Ihrer Frage noch, die will ich nicht vergessen, die sehr wichtig ist, nämlich dahinter steht ja auch das Interesse, wie kann der Zugang zum Gesundheitssektor so gemacht werden, dass es eben sozusagen so niedrige Barrieren wie möglich gibt? Und die e-card wäre natürlich ein Instrument, dem man in der Sozialwissenschaft unter universelles System abhandeln würde, also kein System, das bestimmte Gruppen mit bestimmten Ausweisen oder mit bestimmten Pickern versieht, sondern sagt, alle haben das gleiche Emblem, den gleichen Schlüssel zum Schloss sozusagen. Wir haben das Problem, wie ich es sehe, jetzt noch immer in der Sozialhilfe, werden wir sehen ob sich das ändert, dass

ungefähr 20 bis 25.000 Menschen einen eigenen Schlüssel haben, nämlich diesen Krankenhilfeschein und keine e-card. Was jetzt wieder für die Betroffenen selbst natürlich wieder diesen Unterschied ausweist. Sie kommen mit dem Krankenhilfeschein und nicht mit dem was alle haben. Das wird aber wahrscheinlich, so es im Rahmen der Reform der Sozialhilfe die jetzt bis September kommt, soll das System aufgelöst werden und auch diese Leute, diese 20.000 mit einer e-card versorgt werden. Das war die Frage zur e-card. War noch was Drittes? Nein, glaube ich nicht.

Fuchs:

Ja, da möchte ich wieder zurückkommen zur Gesundheitsförderung. Also wenn wir uns überlegen, wie können wir den Menschen besser helfen ihre Selbstverantwortung wahrzunehmen. Das gibt es dieses Modell des Patient Empowerment. Das wurde emphatisiert auch als gesundheitsökonomisches Tool. Dass man sagt, wenn die Menschen besser informiert sind, wie sie ihre Gesundheit schützen können, und wie sie ihre Gesundheit verbessern können, mehr selber dazu beitragen können, dann könnte das auch Spareffekte im Gesundheitswesen haben. Denkt man eigentlich in Österreich so weit?

Schenk:

Da kann ich vielleicht etwas dazu sagen. Da muss man differenzieren. Da gibt es widersprüchliche Studien dazu. Da gibt es meiner Meinung nach, wenn ich jetzt alles was ich so überblicke in der Public-Health-Forschung, geht es eher in die entgegengesetzte Richtung, dass Information die gesundheitliche Ungleichheit eher erhöht. Warum? Weil sie natürlich auf einer bestimmten Bildungsressource aufbaut. Das heißt, die Information, die sich nur über das kognitive System der Beratung, der Flyer, wird eher in die Mittelschichten gehen. Das höre ich auch von den Reformen in Deutschland sehr stark, die haben ja auch sehr viele Gesundheitsfördermaßnahmen, die auch sehr stark auf das kognitive System der Menschen abgestellt war, das auch eher in die Mittelschichten, also Matura plus, sozusagen gezielt hat. Während es alle anderen gesellschaftlichen und sozialen Schichten nicht erreichen konnten. Ich glaube, wenn wir mit Gesundheitsförderung jetzt im Sinne von Aufklärung, was ein aufklärerischer Impetus ist, an alle herankommen wollen, müssen wir eher den Setting-Ansatz wählen. Der Setting-Ansatz geht davon aus, dass wir uns an

bestehende soziale Orte, wo Menschen sind und wo sie schon verwoben sind und wo sie schon ihre Alltagshandlungen setzen, dass wir in diese Orte gehen und quasi die Gesundheitsförderung in diese Orte einbauen. Das heißt, wo sie sind, im Krankenhaus, im öffentlichen Verkehrsmittel, in der Schule, am Arbeitsplatz und am Fußballplatz, wäre z. B. ganz gut für Männer. Männergesundheit ist für bestimmte Gruppen am Fußballplatz nicht schlecht. Da gibt es ganz interessante Projekte. Autowerkstätte. Wir versuchen das sehr stark, um an Frauen heranzukommen. Und Kinder über die Kindergärten, die Diakonie hat viele Kindergärten. Wir koppeln. Es gibt viele Versuche, jetzt sozusagen Gesundheitsförderung mit dem Kindergarten zu koppeln. Warum? Weil die Eltern so und so die Kinder abholen und die Hemmschwelle natürlich, wenn da gleich daneben das Türschild ist mit dem Arzt oder der Ärztin oder einem Gesundheitsangebot, dass um 40 Prozent die Inanspruchnahme steigt, weil da kommt man halt eine halbe Stunde früher, oder so. Also solche Initiativen halte ich für wirkungsvoller.

Rümmele:

Ich glaube, man muss in dem Zusammenhang schon eben auch die Verhältnisse sehen. Jetzt gerade wenn man auch über das Thema Bildung diskutiert. Wir haben die Situation, das wissen wir, dass unser Bildungssystem im Grunde nicht durchlässig ist, sondern dass das Bildungsniveau nach wie vor vererbt ist. Das ist, was man immer wieder auch jetzt in den letzten Monaten diskutiert haben. Und ich glaube, das ist auch eines der Hauptprobleme, was Martin Schenk gesagt. Natürlich können wir Informationen liefern, aber die Frage ist: Wie können wir das Bildungsniveau auch insgesamt heben? Und ich bringe dann immer das Beispiel: Alleinerzieher oder Alleinerzieherinnen, vor allem, die in prekären Beschäftigungsverhältnissen und in prekären Wohnsituationen sind und irgendwo - was weiß ich - an der Südosttangente oder am Gürtel wohnen und zwei Kinder haben, die würden sich schon auch ganz gerne mit biologischen Lebensmitteln ernähren und die würden sich vielleicht auch ganz gerne im Grünen bewegen usw. Die wissen das vielleicht auch. Ich glaube sogar, dass die meisten davon wissen. Nur das geht sich irgendwie nicht aus. Und wenn man dann dagegenhält und sagt und ich habe das immer diskutiert, das ist auch bei Buchpräsentationen quer durch Österreich, egal wo sie hinkommen, fragen Sie sich einmal, in welchen Gegenden die Villenvierteln sind, die sogenannten Villenvierteln sind. Keines ist an einer stark

befahrenen Straße. Die sind alle im Grünen. Ja klar. Natürlich ist es da leichter dann raus zu gehen in die Natur und frische Luft zu kriegen und durchzuatmen. Jetzt in Ballungszentren. Und ich glaube da spielen schon auch die Rahmenbedingungen eine zentrale Rolle und man darf nicht den Fehler machen, das dann einfach abzuschieben und zu sagen, na ja, würdet Ihr Euch halt entsprechend mehr bewegen, dann geht das eh.

Schenk:

Das ist sehr kompliziert. Mit der Ernährung, Sie haben das sicher mitverfolgt. Das sind wirklich ganz schwierige Geschichten, wie man da reinkommt, weil man da ganz stark kulturell denken muss. Also die ganze Geschichte mit, Sie kennen es wahrscheinlich in England, wie heißt der Koch?

Rümmele:

Jamie Oliver

Schenk:

Genau, mit seinem Versuch quasi, ich glaube in England weit in öffentlichen Schulen gesundes Essen einzuführen, was damit alles ambitioniert war und das hat sicher auch super geschmeckt, weil kochen kann er. Aber das Problem war, kulturell ist etwas passiert, dass die Jugendlichen das irrsinnig uncool gefunden haben, total uncool, diese Biozeug und Essen und so und heimlich, das war der Akt des Widerstandes sozusagen des pubertären, das McDonalds-Zeug in die Schule zu schmuggeln. Es hat sich sozusagen der Coolness-Faktor völlig umgedreht, mit einem guten Ansatz, einfach weil man kulturell nicht sensibel war. Man hat nicht gespürt, das können die Unternehmen mit den Marken besser. Und da sollte man etwas lernen. Wie Nike das macht. Oder wie die großen Unternehmen sozusagen kulturell da hineinfahren. Das kann man sich durchaus anschauen. Also wie man gute Ernährung schmackhaft und cool machen kann, das ist eine Aufgabe.

Rümmele:

Das war ja der Trick von der Tabakindustrie, dass sie draufgeschrieben haben, nur für Erwachsene. Und damit entsprechend jetzt gerade bei der Jugend dieses Protestverhalten geweckt hat. Ich glaube, was spannend wäre und was ein

Experiment in dem Zusammenhang wäre, einfach hinzugehen und zu sagen, machen wir Werbeverbot für Fastfood. Ja, machen wir Werbeverbot für Fastfood. Wir haben ein Werbeverbot für Tabak, warum können wir es nicht auch für Fastfood machen. Ich glaube, allein die Diskussion darüber, allein die öffentliche Diskussion darüber, ob es das geben soll oder nicht würde durchaus auch bildungsmäßig etwas bewirken. Da muss man es noch nicht einmal einführen. Rein einmal darüber diskutieren.

Fuchs:

Möglicherweise spießt es sich gerade an diesen Verbotsabsichten. Also dass die Menschen wie gesagt rebellisch werden, wenn man denen etwas verbieten will.

Schenk:

Wir verbieten ja nur die Werbung.

Fuchs:

Wie macht man es ihnen denn schmackhaft? Und da denke ich mir, dass das Patient- Empowerment-Modell bedeutet ja nicht nur Information, sondern Ermutigung. Ermutigung, sein Recht wahr zu nehmen. Ich sage zum Beispiel meinen jüngeren Patienten, die ich für arbeitsfähig halte, wo das AMS aber sie zur Pensionsversicherung schickt, damit sie eine Invalidenpension bekommen: „Ich an Ihrer Stelle würde mir das überlegen, ob ich das mache. Weil man wird auf das Abstellgleis geschoben und man verliert eine Menge seines Lebenseinkommens, wenn man das mit sich machen lässt.“ Tatsache ist, es gibt eine Statistik, dass meine jüngeren Patienten in einem höheren Maße sich bemühen um Arbeit, als der Gemeinde-Wien-Durchschnitt bei einer bestimmten Patientengruppe. Das heißt, die ärztliche Ermutigung, ist ein Faktor.

Schenk:

Das ist ein ganz interessanter Gedanke, den Sie da anschneiden, weil da gibt es ganz viel aus der Arbeitsmarktforschung. Wir haben da selber Projekte gemacht, dass gerade ganz schwierige Gruppen, die multiple Probleme haben, also Schulden, Kinderbetreuung, und dann gibt es ein gesundheitliches Problem und so, dass da lange versucht wurde, immer wieder die ganzen klassischen Arbeitsmarktprojekte,

Arbeitsmarktmaßnahmen und Kurse und Kurse und Kurse und damit nur Drehtüreffekte erzeugt. Die Leute sind vom Kurs dann wieder direkt in die Arbeitslosigkeit. Als der Versuch aber war an anderen Dimensionen des Menschseins anzusetzen, nämlich z. B. die sozialen Beziehungen zu stärken, in Netzwerke zu investieren oder die Gesundheitssachen sich anzuschauen, hat plötzlich sozusagen als quasi unabsichtlicher Nebeneffekt plötzlich bewirkt, dass 30 Prozent mehr Leute einen Job am Arbeitsmarkt gefunden haben als vorher mit den Maßnahmen, die nur auf den Arbeitsmarkt sich bezogen haben. Das finde ich interessant. Also quasi das Ansetzen an anderen menschlichen Dimensionen hat offensichtlich Ressourcen gebracht, die wo anders wirksam sind. Das ist, wenn Sie es nachlesen wollen, das ist das Projekt der Caritas, „IRIDA“ heißt das. Das ist ein Projekt, das ein EQUAL-Projekt war und die das sehr schön auch empirisch belegt haben, diesen Effekt. Also das würde für Sie sprechen.

Fuchs:

Ich sage Ihnen auch, wissen Sie, wie Sie da einen gescheiterten Kurs kriegen beim AMS? Die haben jetzt Geld. Sie gehen hin zum WIFI oder BFI und schauen den Katalog an und suchen sich was aus. Und wenn Sie das wirklich machen wollen, dann legen Sie ihnen den Kostenvoranschlag auf den Tisch und wahrscheinlich werden Sie es kriegen. Und die machen das auch und die kriegen das dann auch. Aber wenn man hinget und sich versorgen lässt, dann kriegt man wirklich nur einen Schmarren. Dann ist es furchtbar, dann kriegt man irgendwelche sinnlosen Sachen da vom AMS, irgendwelche Kurse, wo man nur gemartert wird, weil es total fad ist. Es ist ja manchmal wirklich eine Frechheit, was manche Subunternehmer da anbieten, z. B. Ostereierbemalen oder solche Blödsheiten. Da werden die Arbeitslosen eigentlich nur sekkiert, nur vielleicht daran gehindert, dass Sie auf irgendeine Baustelle gehen. Also wir müssen schön langsam an die Schlussrunde denken. Wie kann man es denn jetzt besser machen? Welche Vorschläge haben Sie wie es gemacht werden soll?

Rümmele:

Also ich muss da noch einmal nachhaken. Ich sehe schon eine große Gefahr darin so quasi hinzugehen und zu sagen: wenn es nicht funktioniert, oder wenn es Probleme gibt, dann sind die Leute selber Schuld, weil sie könnten eh ein bisschen

mehr machen und sie müssten nur nachfragen. Das halte ich für problematisch, weil eben viele diese Möglichkeiten nicht haben. Und ich glaube, wir sollten uns das schon ansehen. Ein sozialer Zusammenhalt und ein solidarischer Zusammenhalt heißt, dass wir unterstützen und nicht einfach nur sagen, die und die Möglichkeiten gibt es. Und da geht es darum, dass man sich - und da komme ich jetzt zur Beantwortung der Frage - auch Zeit nimmt und ernsthaft dann mit den Themen auseinandersetzt. Und ich weiß, dass Sie das tun. Und ich weiß, dass gerade viele auch im niederschweligen Bereich das tun. Das kommt noch dazu - mit einem sehr großen, persönlichen Einsatz auch. Der nämlich vom System entsprechend auch nicht honoriert wird. Und wo wir gerade im Gesundheits- und Sozialbereich zunehmend bei den Beschäftigten dort auch zunehmend steigende Burn out Zahlen haben. Weil die einfach auch gezwungen sind, möglichst schnell Ergebnisse zu bringen und gleichzeitig aber in dem Widerspruch sind, dass sie den Menschen wirklich helfen wollen und dass sie die Zeit nicht honoriert kriegen, die sie aufwenden. Und da glaube ich schon, dass das Konzept und das ist ja durchaus ein Konzept das in verschiedenen Ländern funktioniert, und das auch in Ländern funktioniert, die keine höheren Gesundheitsausgaben als Österreich haben. Das ist ja sehr spannend. Also das Beispiel, das ich vorher skizziert habe, dass wir sagen, dann zahlen wir im niedergelassenen Bereich tatsächlich nach Zeit, die man sich nimmt, damit man auch die Zeit hat, sich die Probleme wirklich anzuhören und Lösungen zu suchen und zu schauen, was sind da jetzt wirklich die Themen und unterstützen kann. Und wahrscheinlich allein die Zeit, die man sich nimmt, auch schon ein Gesundheitsfaktor dann ist. Das heißt natürlich auch durchaus mehr Personal. Das heißt auch mehr niedergelassene Ärzte und Ärztinnen. Die gibt es auch tatsächlich in skandinavischen Ländern. Interessanter Weise haben die trotzdem keine höheren Gesundheitsausgaben. Also irgendwo ist das eine Investition in einen Bereich, wo es dann halt mehr kostet, aber auf der anderen Seite führt es offensichtlich dazu, dass es auch Kosten reduziert. Und nämlich ein Bereich, den ich rausgegriffen habe, wo es Kosten reduziert, ist natürlich der mit den Arzneimitteln. Wo ich schon glaube, dass es entsprechende Auswirkungen hat. Aber eben auch, dass man sich, wir uns alle, und da muss ich jetzt gar nicht drüber diskutieren, welche sozialen Schichten oder wir uns alle entsprechend wahrgenommen fühlen. Und warum wechseln die ihren Arzt im niedergelassenen Bereich? Weil sie unzufrieden sind mit ihm. Weil er sie falsch behandelt. Weil er ihnen irgendwelche

falschen Medikamente gibt. Oder weil er keine Zeit hat für sie. Und vielleicht irgendwie patzig ist, weil er keine Zeit hat oder so. Die Hauptkomponenten sind die Zeitkomponenten, weil das andere können wir nicht beurteilen. Sofern wir medizinische Laien sind, können wir nicht beurteilen, ob ein Arzt uns jetzt gut behandelt hat oder nicht. Weil das ist der Hauptfaktor. Der entscheidet über die Sympathie und die Sympathie resultiert vor allem daraus, ob sich jemand Zeit nimmt oder nicht. Und ich denke, gerade Zeit ist in der ganzen Diskussion und in der ganzen Entwicklung, die wir momentan haben, etwas sehr Wertvolles. Und vielleicht könnten wir auch durchaus versuchen, das anders zu finanzieren.

Schenk:

Genau. Ja. Was wäre wichtig? Zum einen glaube ich, dass es auch in Österreich so etwas bräuchte oder dass es vernünftig wäre so etwas zu machen, eine Art großen integrierten Aktionsplan von Gesundheit und sozialer Ungleichheit. Das ist etwas, was in einigen europäischen Ländern, in acht gezählt, in acht europäischen Ländern bereits passiert, kommt sehr stark aus der Public-Health-Bewegung auch. Die finnische EU-Präsidentschaft hat dieses Thema sehr stark forciert mit ihrem Slogan: Health in all Policies. Also die Idee, dass man quasi alle anderen Politikfelder, das heißt auch alle anderen Ministerien und jetzt nicht direkt Gesundheitsministerien, und wir wissen ja, nach der Grafik, die ich Ihnen auch gezeigt habe, dass fast 70 - 80 Prozent der Gesundheit sozusagen Störungen oder das was krank macht, nicht im Gesundheitssystem, sondern ganz wo anders erzeugt werden. Und dass wir uns dort sozusagen was anschauen sollten. Das gilt auch für die Nichtversicherung. Das wäre jetzt schon eine Frage der Gesundheitsversorgung, also einer dieser vier Faktoren. Da ist es dasselbe. Da müssen sich auch Ministerien zusammensetzen, was offensichtlich ganz, ganz schwer ist. Nämlich das Wirtschafts-, das Sozial- und das Gesundheitsministerium, was ich jetzt schon seit Monaten versuche zu erreichen. Und einfach einmal die Lücken zu durchforsten. Es sind nicht so viele. Ich kann sie ungefähr aufzählen, fünf, sechs in der Nichtversicherung, zu durchforsten und Lösungsvorschläge zu machen. Wie das dann politisch weitergeht ist eine andere Frage, aber zumindest einmal diesen Akt zu leisten. Und als drittes glaube ich, sollte man experimentieren, jetzt auf dieser Ebene der Dienstleistungen, des Setting-Ansatzes, der auch auf Seiten der Ärzte passiert, dass sie auch mit den Gemeinschaftspraxen, ich weiß nicht wie Sie dazu stehen. Aber all das sind

sozusagen Dinge, glaube ich, die zumindest für uns, für die Leute, die wir betreuen, wichtig sein können, multiprofessionelle Teams, Settings, die in die Lebenswirklichkeiten der Menschen rein gehen, die auch Gesundheitsförderung machen in den Lebenswirklichkeiten der Leute. Also ich glaube, all diese drei, wenn man bei diesen drei Dingen einmal ansetzt, würde man einiges des hohen Erkrankungsrisikos minimieren. Und auch die Lebenserwartung von Leuten, die es schwer haben, erhöhen.

Fuchs:

Ja. Danke. Ich wollte übrigens im Jahr 1985 eine Gruppenpraxis gründen. Es war leider verboten. Und ich glaube, auch hier wäre eigentlich ein liberaler Ansatz der richtige gewesen, dass man sagt, wenn ein Bedarf da ist, dann lasst doch die Ärzte das einmal machen, so wie es in fast allen Ländern der Welt auch der Fall war. Aber man hat es uns leider verboten und wir konnten es nicht machen. Und auch heute ist ja noch immer wieder dieses Thema: Was dürfen wir da eigentlich? Eine offene Gesellschaft ist da, aber die ist überhaupt nicht attraktiv für die Ärzte, weil man mit seinem Privatvermögen für die Gebarung des Compagnon haften muss. Also das kann man schwer machen. Die Gesellschaft für beschränkte Haftung für Ärzte steht in Diskussion. Die wird einmal genannt und dann wird sie wieder zurückgenommen. Also das ist eine mühsame Sache. Aber Sie können sicher sein, dass wir das machen wollen. Und dass wir noch immer gebunden sind, gefesselt sind. Also das Axiom besteht ja darin: Einerseits verlangt man mehr Ordinationszeiten von den Ärzten, andererseits möchte man nicht, dass das Leistungsangebot ausgeweitet wird, weil es nämlich dann der Krankenkasse wieder mehr kosten könnte. Also in diesem Dilemma sind sie sozusagen seit 30 Jahren eingefroren, die Entscheidungsträger.

Schenk:

Weil wir immer nur Menge finanzieren. Sie bringen es ja selber. Sie sagen ja, dass man dann das Leistungsangebot ausweitet, damit man die Möglichkeit hat, das zu finanzieren. Da macht man wieder mehr Menge anstatt dass man einfach hinget und in der Finanzierung komplett anders organisiert.

Fuchs:

Also es ist wirklich sehr lehrreich zu sehen, wie Einstellungen, sowohl von Ärzten als auch von Patienten, als auch von Administratoren und von Politikern hier einen großen Einfluss haben auf die tägliche Versorgung. Und auch auf wirtschaftliche Entscheidungen. Also worüber wird jetzt diskutiert? Welche Einsparungen könnte man machen? Und so weiter. Das heißt, es geht eigentlich darum, dass wir gemeinsam Einstellungen entwickeln, die passen. Die also den Armen oder armutsbedrohten Menschen gerecht werden, aber natürlich allen anderen auch. Und wenn wir das so fokussieren könnten, würden wir vielleicht einen neuen Aspekt in diese Debatte um die Gesundheitsreform einbringen können.