

Viel Wind und wenig Substanz

Zeit, Nr. 47
27. 9. 2018

Die Umstrukturierung des Krankenversicherungssystems ist nicht mehr als eine Türschildreform. Sie ändert nichts an der Ressourcenverschwendung **VON ERNEST PICHLBAUR**

Die Opposition ist in hellen Aufruhr geraten. Die Reform des Krankenversicherungssystems, welche die Regierung um jeden Preis durchboxen will, stößt auf heftigen Widerstand. Die SPÖ will sogar den Verfassungsgerichtshof anrufen, weil angeblich das im Grundgesetz verankerte Selbstverwaltungsrecht der Kassen angetastet werde.

Das ist viel Wind für wenig Substanz. Um zu erkennen, dass die anvisierte Reform hauptsächlich Spiegelfechterei ist, muss man sich auf das labyrinthische Gesundheitswesen einlassen. Es kennt Überschriften wie Prävention, Krankenbehandlung, Reha, Pflege und Palliativversorgung. Diese haben ihre theoretische Berechtigung, sind praktisch aber nicht leicht voneinander zu unterscheiden. Wo hört etwa Krankenbehandlung auf und beginnt Reha? Ein gutes System kennt solche Abgrenzungsprobleme nicht, sondern organisiert, was für Patienten nötig ist.

Das österreichische System jedoch muss diese Unterscheidungen vornehmen, denn für alles ist jeweils ein anderer zuständig: für Primärprävention der Bund, für Sekundärprävention die Kassen, Tertiärprävention ist nicht normiert, darin den Kuren nicht unähnlich. Für diese zuständig sind für Mitversicherte die Kassen, für Werk tätige und Pensionisten die Pensionsversicherungsanstalt (PVA). Kuren dienen jedoch nicht der Pflegeprävention, weil sie sich nur an Werk tätige richten. Für Krankenbehandlung außerhalb der Spitäler, im sogenannten extramuralen Bereich, sind Kassen und Krankenfürsorgeanstalten (KFAs), intramural sind die Länder zuständig. Um Reha nach heilbarer Krankheit, für Werk tätige sowie für Pensionisten mit geminderter Erwerbsfähigkeit kümmert sich die PVA, um Alterspensionisten und Mitversicherte kümmern sich die Kassen. Zu alledem gibt es für Arbeitsunfälle, und nur für diese, die Allgemeine Unfall Versicherung (AUVA), die in entsprechenden Fällen von der Prävention bis zur Rehabilitation zuständig ist und eigene Spitäler und Reha-Zentren betreibt. Und die Pflege? Die gehört gar nicht zum Gesundheitssystem.

Die dahinterliegenden Gesetze stammen aus der Nachkriegszeit. Damals haben rote und schwarze Verhandler eine Kompetenzaufteilung beschlossen, die sich an der jeweiligen Klientel, nicht aber am Patienten orientiert. Solange die Akutversorgung wichtiger war als jene chronisch Kranker und alter Menschen, fielen Probleme weniger auf. Falls

doch, wurden Schwierigkeiten oft »verländert«, also in das Landesrecht verschoben. Für übergreifende Themen wie Prävention, die 1950 noch nicht wichtig waren, fand sich niemand, der verantwortlich wurde. Diese Bereiche blieben auf der Strecke.

Und weil es nie eine Reform gab, die diese Kompetenzzersplitterung ein fing, ist ein großer Verschiebebahnhof entstanden, der für jede Schiene ein eigenes Stellwerk samt pragmatisiertem, machtweisstem Fahrdienstleiter hat.

Zwei Bereiche harren besonders lange schon einer grundlegenden Reform. Der eine ist die Unfallversorgung. Weil es kaum mehr Arbeitsunfälle gibt, versorgen AUVA-Spitäler längst auch Freizeitunfälle und führen planbare Eingriffe wie Hüft-OPs durch. Da das aber nicht ihr Auftrag ist, muss es einen Verrechnungsweg zu jenen Kassen geben, die eigentlich zuständig wären. Umgekehrt gibt es Arbeitsunfälle, die in anderen Spitalern versorgt werden, die ihrerseits mit der AUVA verrechnen. Da für diese Verrechnungen immer nur Pauschalen

Alles bleibt, wie es war. Warum ist der Widerstand dann so heftig?

politisch verhandelt wurden, entstand ein intransparentes Quersubventionssystem.

Der andere Bereich ist die zersplitterte ambulante Akutversorgung. Im intramuralen Bereich, den Spitalsambulanzen, sind mehr als 50 Spitalsträger zuständig. Die Finanzierung war bis dato chaotisch, soll aber ab 2019 je Bundesland vereinheitlicht werden. Im extramuralen Bereich sind mehr als 20 Kassen und 15 KFAs zuständig. Die Finanzierung erfolgt über mindestens 14 Honorarkataloge, die mit zehn Ärztekammern verhandelt werden: ein völlig inhomogenes Preissystem. Wenn etwa ein Hausarzt bei einem Hausbesuch ein EKG bei einem Versicherten der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse macht, führt das zu 53 Euro Umsatz, bei einem Patienten der Steirischen Gebietskrankenkasse nur zu 13 Euro. Damit werden Patienten nicht dort versorgt, wo es sinnvoll wäre, sondern dort, wo Honorarkataloge sie hinlenken.

Um das alles zu reformieren, muss man tief in die Systemarchitektur eingreifen. Bei ihrem

Antritt gab sich die Regierung aus ÖVP und FPÖ so revolutionär, dass man ihr zutraute, den verhärteten Korporatismus aufzubrechen. Als sie vor einigen Wochen überfallsartig eine »Ausgabenbremse« durchpeitschte, mit der die Budgethoheit der Selbstverwaltung massiv beschnitten wurde, schien klar, dass eine Sozialversicherungsreform folgen werde. Ebenso klar war der politische Aufruhr, den das erzeugte.

Dann kam der erste Teil der Reform: die Neustrukturierung der AUVA. Statt einer echten Wende begnügte sich die Regierung mit einigen kosmetischen Maßnahmen. Weder ist eine Kompetenzvereinbarung vorgesehen noch eine Vereinfachung. Zweifel wurden laut an einer Sozialversicherungsreform, die jetzt, an einem »wahrlich historischen Tag«, als »größte Strukturreform der Zweiten Republik« vorgestellt wurde.

Die 21 Sozialversicherungen werden zu fünf zusammengelegt, die Verwaltung verschlankt, die Leistungskataloge innerhalb der für die Krankenversorgung zuständigen österreichweiten Kassen harmonisiert. Plakative Überschriften – doch die Details sprechen eine ganz andere Sprache.

Die neun länderweise organisierten und gemeinsam für 80 Prozent der Bevölkerung zuständigen Gebietskrankenkassen werden zu einer Österreichischen Gesundheitskasse fusioniert. Doch jedes Bundesland behält eine autonome Landesstelle, die weiter mit den regionalen Ärztekammern eigene Honorarkataloge verhandelt und das dafür nötige Budget von der Zentrale bekommen muss. Das ist keine Fusion, sondern eine Aufblähung von neun auf zehn Kassen. Zwar werden die vier kleinen Kassen auf zwei reduziert, nicht jedoch die KFAs. Am Ende gibt es nach der Reform statt der mindestens 14 nunmehr mindestens zwölf Honorarkataloge, die weiter mit zehn Ärztekammern verhandelt werden müssen.

Es ist also nicht gelungen, die Zahl der Veto spieler zu reduzieren, alles bleibt, wie es war. Warum ist der Widerstand dann so heftig?

Das liegt an den politischen Boshaftigkeiten, die eingebaut wurden. Die Zahl der Funktionäre und der hohen Verwaltungsstellen wird reduziert. Damit ist das austarrierte Gefüge der gewerkschaftlichen Erbpachten in den Kassen bedroht. Doch richtig böse wird es, wenn man das neu eingeführte Ausbildungsprofil für Funktionäre betrachtet. Entweder haben sie studiert oder müssen jahrelange interne Fort- und Ausbildungen abgeschlossen haben. Wer das nicht hat, darf kein Funktionär mehr sein – und das trifft eine ganze Reihe vor allem roter Obmänner.