

## VOM SOZIALSTAATLICHEN GESUNDHEITSSYSTEM ZUR MEHR-KLASSEN-MEDIZIN – DER BEITRAG DER FPÖ

Das österreichische Gesundheitssystem war die längste Zeit primär sozialstaatlich organisiert: Jede erwerbstätige Person zahlt in eine gemeinschaftliche Krankenkasse ein und daraus werden die Behandlungen finanziert. Unabhängig von der persönlichen Einkommenslage bekommen alle die Therapie, die sie brauchen. Das Gesundheitssystem wurde in sozialpartnerschaftlicher Selbstverwaltung administriert, die Stimmverteilung entsprach jener der Versicherten (in den Gebietskrankenkassen dominierte die Arbeitnehmer:innenvertretung).

Dieses Modell wurde in den letzten 25 Jahren verändert, insbesondere unter FPÖVP-Regierungen. So wurde 2019 die Arbeitnehmer:innenvertretung durch die Krankenkassen“reform“ unter einer freiheitlichen Sozialministerin entmachtet (die Unternehmer:innenvertretung bekam 50% der Stimmrechte). Darüber hinaus stieg (auch) in Österreich die Ungleichheit im Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Das gilt insbesondere für psychische Erkrankungen.

### MASSIVER ANSTIEG DER SOZIALEN UNGLEICHHEIT IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Eine Vielzahl von Symptomen belegen: Seit den 1970er Jahren hängt der Zugang zu medizinischer Versorgung immer mehr auch von der wirtschaftlichen Lage der Bedürftigen ab, zusätzlich auch von ihrem Wohnort:

- Die Wartezeiten auf einen Termin bei Kassen-Ärzt:innen werden immer länger, immer mehr Menschen gehen zu einem:r Wahlärzt:in. Dafür sind freilich 100 bis 200 € zu zahlen und nicht einmal die Hälfte wird von der Krankenkasse refundiert.
- Selbst bei großen Schmerzen, muss man auf eine Hüft- oder Knieoperation bis zu einem Jahr warten, wer 10.000 € bis 15.000 € zahlen kann, kommt „privat“ viel rascher dran.
- Zahnersatz – von Kronen bis zu Implantaten – zahlt die Kasse nicht (immer schon). Davon sind besonders ältere Menschen betroffen, deren Pension dafür zu gering ist.
- Die regionale Versorgung mit ärztlichen Praxen, Ambulanzen und Krankenhäusern ist sehr ungleich, gut in den Großstädten, schlecht bis sehr schlecht am Land.
- All diese Missstände treffen Kinder, Jugendliche und Ältere am meisten: Sie sind vielen Erkrankungen besonders stark ausgesetzt, denn sie haben weniger Einkommen.
- Am markantesten sind diese Unzulänglichkeiten bei jenen Krankheiten ausgeprägt, die sich langfristig am stärksten verbreitet haben, nämlich psychische Erkrankungen.

Die systemische Hauptursache für den Trend zu einer Mehr-Klassen-Medizin besteht in einem fundamentalen Wechsel in der Gesellschaftspolitik: Bis in die 1970er Jahre dominierte die Soziale Marktwirtschaft auf Basis der keynesianischen Wirtschaftstheorie mit den Hauptzielen: Vollbeschäftigung, Ausbau des Sozialstaats, Verbesserung der Infrastruktur, Förderung der Realwirtschaft, Regulierung der Finanzmärkte („Realkapitalismus“). Bei krisenfreiem Wirtschaftswachstum konnte all dies realisiert werden.



Seither dominiert der Neoliberalismus: Vorrang für Marktkonkurrenz, Gewinnstreben, Eigenverantwortung, Privatisierung, Rückbau des Sozialstaats sowie Deregulierung der Finanzmärkte. Das Profitstreben verlagerte sich von der Real- zur Finanzwirtschaft („Finanzkapitalismus“), das Wirtschaftswachstum sank, Arbeitslosigkeit, atypische Beschäftigung und Staatsverschuldung stiegen. Zusätzlich erhöhte Sparpolitik, Finanzkrisen und die Covid-19-Pandemie Unsicherheit und Ungleichheit.

Das Gesundheitssystem wurde von diesen Entwicklungen massiv betroffen, und zwar über unterschiedliche „Kanäle“:

- Die Krankenkassen werden hauptsächlich aus der Lohnsumme finanziert, diese ist aber langsamer gewachsen als die Gewinne. Auch die Zunahme atypischer Jobs und eine kapitalintensivere Produktion schmäleren die Finanzierungsbasis der Krankenkassen.
- Investitionen in Gesundheitseinrichtungen wurden in Zeiten der Sparpolitik unterlassen, auch wurden nicht genügend zusätzliche Kassenstellen geschaffen (der ÖVP-Kanzler Schüssel sprach gern von den „kranken Kassen“ – und trug selbst dazu bei).
- So weitete sich die Diskrepanz zwischen dem Behandlungsbedarf und dem Angebot aus, die Wartezeiten für nicht akut nötige Operationen stiegen ebenso wie jene in den Wartezimmern der Ambulatorien.
- Immer mehr Menschen schlossen eine private Zusatzversicherung ab und immer mehr Fachärzt:innen fanden eine Wahlärzt:innenpraxis attraktiver als eine Kassenstelle,
- Beides stärkte den Trend zur Behandlung durch Wahlärzt:innen. Doch die meisten Personen können sich diese nicht leisten, zumal nur ein Bruchteil der Privathonorare von den Krankenkassen vergütet wird.
- Die Privatisierung von Rehabilitationsanstalten und Pflegeheimen verstärkte den Trend zu einer Mehr-Klassen-Medizin.
- Statt die Pflege zuhause sozialstaatlich zu organisieren, wurde sie seit den 1990er Jahren privatwirtschaftlich an 24-Stunden-Pflegerinnen aus Osteuropa „ausgelagert“. Um sozialrechtliche Regelungen auszuhebeln, werden diese Frauen als (Schein)Selbständige registriert.

Ein treffendes Beispiel für die „Neoliberalisierung“ des Gesundheitssystems stellt die Geschichte der Vamed dar, des größten Gesundheitskonzerns Österreichs. Sie wurde 1982 von der Voest Alpine gegründet, um den Bau des AKH in Wien fertig zu stellen. Bis 1996 war die Vamed zu 100% im Staatsbesitz (via ÖIAG, heute ÖBAG). Dann wurde sie zu 77% an den deutschen Gesundheitskonzern Fresenius verkauft, die ÖIAG behielt nur 13%. Derzeit wird sie „filetiert“. In Schritt 1 verkaufte die ÖBAG ihren 13%-Anteil an Fresenius. Und Fresenius verkauft die Vamed-Bereiche „Thermen“ sowie den AKH-Betrieb an die beiden Baukonzerne (!) Strabag und Porr.

Der Reha-Bereich der Vamed mit 17 Einrichtungen in Österreich geht zu 67% an den französischen Private-Equity-Fund PAI Partners. Dieser hatte nach „Heuschrecken-Art“ schon die französische Pflegeheimkette „Domus Vi“ gekauft, den Profit zu Lasten des Personals und der Betreuungsqualität gesteigert, und die Kette drei Jahre später um das Vierfache (!) des Kaufpreises weiter verscherbelt. Zu den nun von diesem Investmentfonds dominierten österreichischen Einrichtungen gehören das renommierte Anton-Proksch-Institut für Suchttherapie sowie verschiedene Reha-Zentren. Die Beschäftigten fürchten nun, dass sie und ihre Patientinnen und Patienten ein ähnliches Schicksal erleiden wie jene von „Domus Vi“.



## NOTSTAND IN DER BEHANDLUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

Angststörungen, Depressionen oder Sucht haben in den letzten Jahrzehnten stärker zugenommen als somatische Krankheiten. Dazu haben auch gesellschaftliche Entwicklungen beigetragen, insbesondere der Übergang von der Sozialen Marktwirtschaft mit stetigem Wachstum, anhaltender Vollbeschäftigung und Ausbau des Sozialstaats zum neoliberalen Modell, begleitet von steigender Arbeitslosigkeit, Sparpolitik sowie sinkendem Vertrauen in die soziale Sicherheit und generell in die Politik. Überdies förderte der wachsende Einfluss der neoliberalen „Grundwerte“ wie Eigennutz, Leistungsstärke, Selbstoptimierung und Konkurrenzfähigkeit den Prozess der Vereinzelung und erhöhte den Leistungsdruck.

Unter diesen Bedingungen wuchsen Unsicherheit und Zukunftsangst, die Ungleichheit bei Einkommen, Vermögen, Bildungs- und Entfaltungschancen nahm zu und damit auch Verbitterung, Angst und Wut einer wachsenden Zahl von Menschen. All diese Entwicklungen trugen zum langfristigen Anstieg psychischer Erkrankungen bei (und auch zum Aufstieg des Rechtspopulismus).

Gleichzeitig verbesserte sich die Versorgung psychischer Erkrankungen seit den 1970er-Jahren nachhaltig – davor war sie nahezu katastrophal gewesen (geschlossene Anstalten, Gitterbetten, nahezu keine Psychotherapie). Psychiatriereform und Psychotherapiegesetz trugen wesentlich zur besseren Versorgung psychisch kranker Menschen bei. Dennoch konnte das Therapieangebot mit dem steigenden Bedarf nicht Schritt halten.

Auch deshalb setzte sich das „Wahlarztprinzip“ als erstes in der Psychotherapie durch: Sie muss meist von den Patient:innen bezahlt werden, die Krankenkasse refundiert nur etwa ein Drittel. Je ärmer eine Person ist, desto weniger kann sich diese Person eine Therapie leisten.

Dazu eine Studie über Bedarf und Angebot an Psychotherapie in Österreich: „Somit können derzeit von rund 980.000 psychisch (...) erkrankten und zur Psychotherapie motivierbaren Personen 34,6% psychotherapeutisch versorgt werden.“ (<https://oeagg.at/wp-content/uploads/2023/02/Endvers-Dossier-Psychotherapiegesetz-NEU-03022023-1.pdf>, S. 19). Im Klartext: Fast zwei Drittel aller Erkrankten werden nicht behandelt. Bei körperlichen Erkrankungen wäre das undenkbar, etwa, dass zwei Drittel aller an Krebs Erkrankten überhaupt keine Behandlung bekommen – im Fall seelischer Erkrankungen ist dies Realität.

Auch die regionale Ungleichheit in der Versorgung ist groß: Zwei Drittel der Gesamtbevölkerung leben in Gemeinden mit weniger als 10.000 Einwohnern, allerdings nur ein Drittel aller Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

## ORGANISATORISCHE UND FINANZIERUNGSTECHNISCHE PROBLEME

Diese Probleme haben sich über Jahrzehnte entwickelt, sind zum Teil ein österreichisches Spezifikum und weitgehend unabhängig von Ideologien und Parteipolitik. Sie sollen hier nur ergänzend erwähnt werden.

Österreich weist – im internationalen Vergleich – überdurchschnittlich viele Krankenhausbetten auf. Neben den hohen Kosten medizinischer Leistungen im Krankenhaus, ist auch die inhaltliche Orientierung an den Arbeitsweisen des Krankenhauses nicht wünschenswert (z.B. das Übergewicht der Apparatedizin).

Dazu kommt das Problem der Finanzierung: Die Leistungen niedergelassener Ärzt:innen werden überwiegend von den Krankenkassen bezahlt, die Kosten der Krankenhäuser nur zum geringeren Teil. Daraus resultiert ein Interessenswiderspruch, der eine optimale Versorgungssteuerung verhindert. Eine weitere Hürde ist die föderale Struktur: die Organisations- und Finanzierungsverantwortung liegt bei den Bundesländern, während der Bund nur eine geringe Steuerungskompetenz hat.



Die Covid19-Pandemie hat viele dieser Probleme deutlicher werden lassen. Besonders eklatant war und ist das Fehlen eines österreichweiten Epidemieplans, denn er verhindert ein umfassendes Notfallmanagement.

## BEITRÄGE DER POLITIK ZUR LAGE DES GESUNDHEITSSYSTEMS IN ÖSTERREICH

Alle größeren Parteien in Österreich tragen Mitverantwortung für die Verschlechterungen im Gesundheitssystem. Die größten Beiträge leisteten aber die FPÖVP-Regierungen:

- Einführung der Ambulanzgebühren für Spitalsbesuche im Jahr 2000 unter dem FPÖ-Gesundheits-Staatssekretär Reinhart Waneck (ohne ärztliche Überweisung lagen sie bei 250 Schilling und mussten wegen eines Urteils des Verfassungsgerichtshofs 2003 wieder abgeschafft werden).
- Viel klüger wäre es gewesen, die Primärversorgungszentren weiter auszubauen.
- Unter der freiheitlichen Sozialministerin Hartinger-Klein wird die Abteilung für öffentliche Gesundheit aufgelöst, daher gab es bei Ausbruch von der Covid19 keinen Pandemieplan.
- Hartinger-Klein setzte sich für die Förderung des privaten Sektors im Gesundheitswesen ein – zulasten des öffentlichen Sektors.
- 2019 beschloss die türkis-blaue Regierung die Krankenkassen“reform“, doch statt einer Einsparung von 1,05 Milliarden Euro entstanden Zusatzkosten von 250 Mill. €. Und heute nennt Hartinger-Klein das Ganze „einen Marketing-Gag“ .....
- Der tatsächliche Hauptzweck dieser „Reform“ wurde erreicht: Einschränkung der Selbstverwaltung und Entmachtung der Arbeitnehmer:innenvertretung.
- Die von den Unternehmen finanzierte Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) sollte sogar aufgelöst werden – das scheiterte lediglich an der Auflösung der Regierung infolge des Ibiza-Skandals.
- Viel schädlicher für unser Gesundheitssystem als diese Maßnahmen war das **Nichts-Tun** gegen Fehlentwicklungen, die spätestens seit den 1990er Jahren klar erkennbar waren:
- Die psychiatrische und psychotherapeutische Unterversorgung, besonders von Kindern und alten Menschen, zusammen mit einem viel zu geringen Kostenersatz.
- Der Mangel an Kassenstellen und Primärversorgungszentren im niedergelassenen Bereich.
- Die immer längeren Wartezeiten in Ordinationen und Ambulatorien sowie auf nicht akut nötige Operationen.
- Der Trend zu Wahlärzt:innen und zu privat finanzierten Operationen.
- Die unzureichende Finanzierung der Krankenkassen auf Basis der Lohnsumme.
- Die finanzielle und organisatorische Zersplitterung des Gesundheitssystems.

In ihrem Zusammenwirken haben diese Entwicklungen den solidarischen Charakter des Gesundheitssystems geschwächt und den Weg zu einer Mehr-Klassen-Medizin geebnet.

## RÜCKWEG ZU EINEM UMFASSEND SOZIALSTAATLICHEN GESUNDHEITSSYSTEM

Eine Voraussetzung dafür ist die Einsicht: Gesundheitsdienstleistungen sollten nicht durch private Unternehmen erstellt werden, denn Konkurrenz funktioniert hier nicht („Wir operieren am billigsten!“). Außerdem können private Betreiber:innen wichtiger Gesundheitseinrichtungen die Politik erpressen (so könnte der künftige Eigentümer des Anton Proksch Instituts mit seiner Schließung drohen, wenn ihm der Staat nicht mehr zahlt). Überdies werden private Investor:innen versuchen, den



Gewinn auch durch Senkung von (Lohn)Kosten zu steigern, was bei Gesundheitsdienstleistungen immer (auch) die Qualität der Behandlung verschlechtert,

Generell erfordert eine stetige Verbesserung des Gesundheitssystems Koordination, Planung, einen langen Zeithorizont und Nachhaltigkeit – Leitlinien, welche den Prinzipien von Marktkonkurrenz diametral widersprechen.

Ziel einer echten Gesundheitsreform müsste die umfassende (Wieder)Eingliederung des Gesundheitswesens in die Kompetenz des Sozialstaats sein. Dazu braucht es eine solidarische Finanzierung in Gestalt einer Wertschöpfungsabgabe, sodass auch die Unternehmensgewinne und die Vermögenseinkommen zur Finanzierung beitragen.

Damit ließen sich die notwendigen Ausgaben für Kassenstellen, insbesondere für Psychotherapeut:innen, für Primärversorgungszentren und für Investitionen im Spitalsbereich finanzieren.