



So retten wir unser Gesundheitssystem!

Kurzfassung des Gesundheitsprogramms der KPÖ Steiermark



Robert Krotzer

KPÖ-Stadtrat für Gesundheit
und Pflege in Graz

Claudia Klimt-Weithaler

KPÖ-Klubobfrau im
steirischen Landtag

Vorwort

„Lieber reich und gesund als arm und krank“, sagt der Volksmund. Er bringt damit das grundlegende Problem unseres Gesundheitswesens auf den Punkt: Wer es sich leisten kann, eine Zusatzversicherung oder einen Wahlarzt zu bezahlen, hat eine hervorragende medizinische Versorgung, während Normalversicherte oft Monate auf einen Operationstermin oder eine Untersuchung bei der Fachärztin warten müssen.

Die KPÖ Steiermark hat das Gesundheitswesen genau unter die Lupe genommen. Wir zeigen auf, was gut läuft, aber auch wo die Probleme liegen. Und wir machen konkrete Lösungsvorschläge.

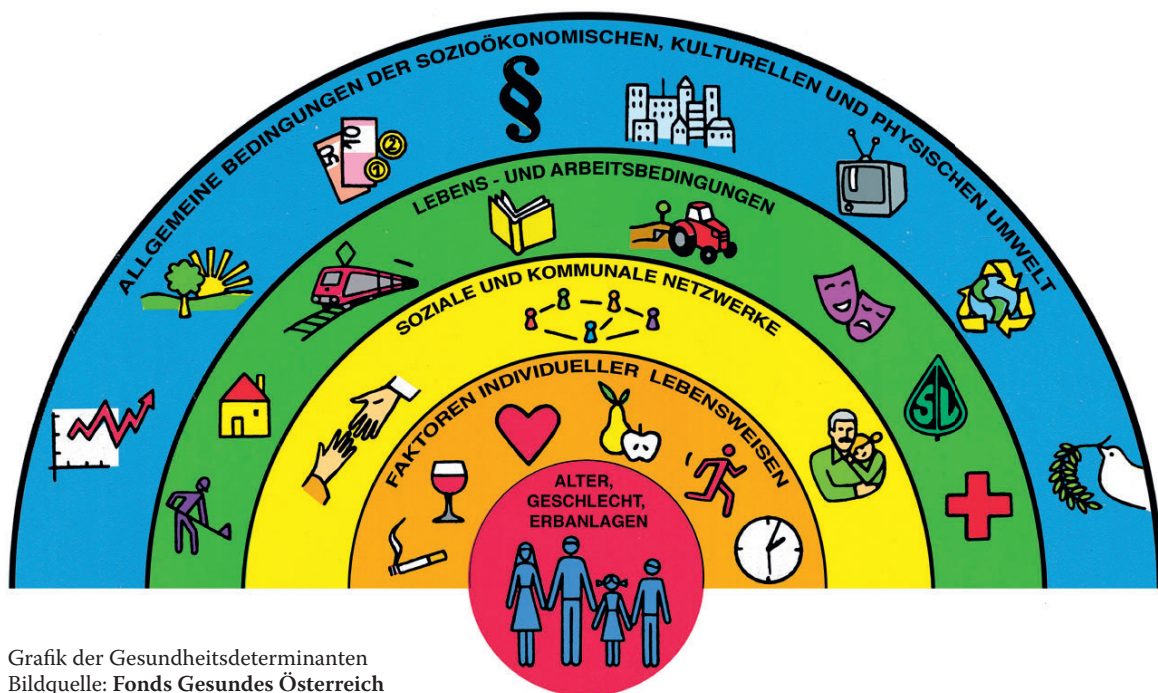
Wichtig wird in Zukunft vor allem eines sein: Die arbeitenden Menschen müssen solidarisch zusammenhalten! Denn nur gemeinsam kann es gelingen, weitere Verschlechterungen abzuwehren und echte Verbesserungen zu erreichen.

Diese Broschüre fasst die wesentlichen Gesundheitsthemen und die damit verbundenen Forderungen der KPÖ Steiermark zusammen. Aus Platzgründen wird in der Regel auf Quellenangaben verzichtet. Diese finden Sie in der Langfassung unter folgender Adresse:
www.kpoe-steiermark.at/gesundheitspapier.phtml

Den Menschen in seiner Gesamtheit betrachten

Gesundheit ist laut Weltgesundheitsorganisation „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“

Daher muss die Medizin den Menschen und sein gesamtes Umfeld betrachten. Gesundheitspolitik ist gleichzeitig Umweltpolitik, Sozialpolitik und der Kampf um eine menschengerechte Arbeitswelt.



Grafik der Gesundheitsdeterminanten
Bildquelle: Fonds Gesundes Österreich

Die Gesundheitskosten sind nicht explodiert

Viele Milliarden Euro fließen jährlich in unser Gesundheitssystem. Von diesen Ausgaben kommen aber nur rund drei Viertel von der öffentlichen Hand. Rund ein Viertel der Ausgaben sind private Gesundheitsausgaben wie Selbstbehalte oder private Versicherungen.

Die laufenden Gesundheitskosten (ohne Langzeitpflege) sind in den letzten Jahren nicht massiv gestiegen. Machten sie im Jahr 2000 8,0 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) aus, so waren es 2010 8,6 Prozent und 2015 8,8 Prozent des BIP.

Österreich ist eines der reichsten Länder der Welt. Gleichzeitig sind wir Schlusslicht bei der Vermögensbesteuerung. Arbeit wird hoch, Kapital immer geringer besteuert. Diese Milliarden fehlen in der Staatskasse. Deshalb werden die öffentlichen Leistungen verringert und Krankenhäuser geschlossen.

Welches Gesundheitssystem brauchen wir?

Es ist legitim über Veränderungen im Gesundheitssystem nachzudenken. Es darf jedoch nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung kommen. Ziel jeder Reform muss eine Verbesserung für die Bevölkerung sein.

Ein funktionierendes Gesundheitssystem, das allen Menschen eines Landes, unabhängig von ihrem sozialen Status und Einkommen, Zugang zu hochwertiger medizinischer Versorgung garantiert, ist eine Errungenschaft, deren Wert gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Die Schaffung und Erhaltung eines solchen Gesundheitssystems ist Kernaufgabe des Staates.

Das Gesundheitssystem im Überblick

Plus und Minus des österreichischen Gesundheitssystems

Das österreichische Gesundheitssystem hat viele positive Seiten:

- + Das Recht auf eine zweite medizinische Meinung und den direkten Zugang zu Fachärzten.
- + Durch die Krankenversicherung ist ein Großteil der Leistungen abgedeckt.
- + 99 Prozent der ÖsterreicherInnen sind kranken- und unfallversichert und können das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen.
- + 95 Prozent der Kinder haben die wichtigsten Impfungen erhalten.
- + Österreichische ÄrztInnen sind eher zurückhaltend bei der Verschreibung von Antibiotika.
- + Bei Schlaganfällen gibt es eine gute Erfolgsrate.

Allerdings gibt es auch einiges zu kritisieren:

- Ein Viertel der Gesundheitsausgaben wird in Österreich privat bezahlt, etwa durch Selbstbehalte oder Kosten für Wahlärzte.
- Etwa 40 Prozent der Gesundheitskosten entfallen auf Krankenhäuser, von denen etwa ein Viertel in privater Hand ist.
- Arbeitsdruck, Personaleinsparungen und betriebswirtschaftliche Zwänge setzen die Beschäftigten im Gesundheitsbereich immer mehr unter Druck.

- Obwohl es zahlenmäßig viele ÄrztInnen gibt, leidet das öffentliche Gesundheitssystem unter einem Ärztemangel. Ein Grund: Zwei Drittel der Fachärzte sind Wahlärzte – Tendenz steigend.
- Viel zu lange Wartezeiten auf bestimmte (auch lebenswichtige!) Eingriffe, Behandlungen und Untersuchungen.

Dauerhafte Finanzierung des Gesundheitssystems

Gesundheitskosten

In Österreich steigen die Gesundheitskosten wie in fast allen EU-Staaten geringfügig stärker als das Bruttoinlandsprodukt. Im Verhältnis zu den gesamten Staatsausgaben sind sie seit 1998 aber um lediglich 1,8 Prozent angewachsen.

Das ist eine geringe Steigerung, wenn man bedenkt, dass in dieser Zeit die Bevölkerung von 7,7 Mio. auf 8,8 Mio. angewachsen, die Lebenserwartung deutlich gestiegen ist und sowohl die Anzahl der chronischen Erkrankungen als auch die Kosten von Langzeitbehandlungen stark zugenommen haben.

Die Gesundheitskosten sind also nicht explodiert. Was sich geändert hat, sind die politischen Rahmenbedingungen. Insbesondere die Vorgabe der EU, die Gesundheitsausgaben zwanghaft an das (schwankende) Wirtschaftswachstum anzupassen, bedroht die Versorgung.

Finanzierung

Zwei Drittel der Staatseinnahmen Österreichs beruhen auf Steuern auf den Faktor Arbeit, weitere 27 Prozent auf Steuern auf Konsum, lediglich acht Prozent auf Steuern auf Gewinne und kümmerliche vier Prozent auf Steuern auf Kapital.

Die OECD schlägt daher vor, dass Österreich seine extrem niedrige Vermögensbesteuerung anhebt. Laut Berechnungen der Gewerkschaft würde allein die Steuer auf Vermögen ab einer Größe von 500.000 Euro rund 1,5 Milliarden Euro bringen. Eine 7,5-prozentige Gesundheitsabgabe auf Zins- und Dividendeneinkünfte würde rund 700 Mio. € einbringen. Mit einer umfassenden Kapitalbesteuerung könnte ein Viertel der gesamten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben (22,4 Mill. Euro) finanziert werden.

Unsere Forderungen:

- Erbschafts-, Schenkungs- und Vermögenssteuer ab einer Höhe von 500.000 Euro
- Gesundheitsabgabe auf Zins- und Deviseneinkünfte
- Wertschöpfungsabgabe
- Konzernbesteuerung
- Einsparungen bei Subventionen für Unternehmen
- Die Finanzierung von niedergelassenem und stationärem Bereich muss aus einem öffentlichen „Topf“ erfolgen

Die Vorgaben der EU

Bindung der Gesundheitsausgaben an das BIP

Die EU schreibt Österreich vor, seine Gesundheitsausgaben mit dem (schwankenden) Bruttoinlandsprodukt zu deckeln. In der Steiermark soll daher bis 2035 jedes zweite öffentliche Spital geschlossen und die Bettenanzahl stark reduziert werden.

Doch Menschen sind in Krisenzeiten nicht weniger krank als in wirtschaftlich guten Phasen. Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung an die wirtschaftliche Entwicklung zu koppeln, ist medizinisch, politisch und volkswirtschaftlich falsch und ein Schaden für die Bevölkerung.

Mehr Privat – weniger Staat

Das heißt natürlich nicht, dass diese Spitäler nicht gebraucht werden. Die EU-Vorgaben sagen ja nur, dass sie nicht aus öffentlichen Mitteln finanziert werden sollen.

Die öffentliche Versorgung wird ausgedünnt und private Dienstleister sollen übernehmen. In der Steiermark wurde in diesem Sinn von Gesundheitslandesrat Drexler die „Plattform Gesundheitswirtschaft Steiermark“ unter Mitwirkung der Wirtschaftskammer und der Industriellenvereinigung gegründet, um „die Wachstumschancen des privaten Gesundheitsmarktes besser nutzen zu können“. Ein Kernziel dieser Plattform ist die „aktive Gestaltung der Gesundheitspolitik“. So sollen den Marktmechanismen im Gesundheitswesen Tür und Tor geöffnet werden.

Der wirkliche „Kostenvorteil“ der privaten Krankenhausbetreiber besteht vor allem in der „Rosinenpickerei“ der privaten Anbieter. Nicht zufällig sind private Spitäler meist im nahen Umfeld von öffentlichen

Einrichtungen angesiedelt. Lukrative Behandlungen werden im Sanatorium durchgeführt, heikle Fälle können rasch ins öffentliche Spital verwiesen werden. Die öffentliche Hand bleibt auf den hohen Kosten sitzen, während die privaten Anbieter einfache und lukrative Tätigkeiten durchführen – und damit satte Gewinne machen.

EU-Vorgabe „Eigenverantwortlichkeit“

Im Zusammenhang mit der zunehmenden Kommerzialisierung wird die Eigenverantwortung der PatientInnen immer mehr betont. Den PatientInnen selbst soll laut EU-Weißbuch die aktive Rolle in der Gesundheitsversorgung zukommen.

Menschen, die sich nicht selbst helfen können, die sozial benachteiligt sind, denen die persönlichen Ressourcen fehlen und die vielleicht auch noch psychisch beeinträchtigt sind, sind jedenfalls nicht in der Lage, die geforderte Eigenverantwortung wahrzunehmen. Auf der einen Seite wird durch benachteiligende Strukturen (belastende Arbeitssituation oder Arbeitslosigkeit, Lärm, Luftverschmutzung, teure und mangelhafte Wohnsituation, Teuerung bei Nahrungsmitteln etc.) das Krankheitsrisiko erhöht, auf der anderen Seite die Schuld an ungesundem Leben aber auf den Einzelnen bzw. die Einzelne abgeschoben.

Für gesundheitsförderndes Verhalten sind gesundheitsfördernde Verhältnisse notwendig. Daher erreicht man am meisten, wenn man in die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit, in Chancengleichheit im Bildungssystem, in Bekämpfung prekärer und Niedriglohn-Jobs, in gute soziale Wohnprojekte investiert. Die Betonung der Eigenverantwortung aber führt letztendlich zu einer Entsolidarisierung: Wenn der Einzelne selbst schuld ist an seiner Krankheit, warum sollte die Allgemeinheit für seine Behandlung aufkommen?

Unsere Forderungen:

- Wir brauchen keine Geschäftemacherei im Gesundheitsbereich, keine Privatisierung der Gesundheitsversorgung und keine Subventionierung von Superprofiten von Pharmaindustrie und Gesundheitskonzernen.
- Es ist Aufgabe der öffentlichen Hand, für ein funktionierendes Gesundheitssystem zu sorgen – unabhängig von der Konjunktur.
- Zur Gesundheitspolitik gehören auch Umweltpolitik, Sozial- und Wohnpolitik und der Kampf für eine menschengerechte Arbeitswelt.

Krankenkassen

In Österreich gibt es insgesamt für die Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung 22 Sozialversicherungsträger. Sie sind im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengeschlossen. Die österreichische Sozialversicherung beruht auf der Pflichtversicherung, dem Solidaritätsprinzip und der Selbstverwaltung. Der Versicherungsschutz umfasst neben allen Erwerbstätigen auch die mitversicherten Personen sowie Personen mit Leistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS).

Die selbstverwalteten Krankenkassen geraten nun vermehrt unter Druck. Die von der Bundesregierung geplante Zusammenlegung der Krankenkassen kann nicht die finanziellen Einsparungen bringen, die behauptet werden. Denn die Kassen dürfen nie mehr als drei Prozent der Beitragseinnahmen für die Verwaltung ausgeben. Das wird auch überwacht. Einsparungen könnten nur durch massive Leistungskürzungen, durch Nivellierung nach unten und durch Überwälzung auf Privatversicherungen erzielt werden.

Die Verwaltungskosten von Privatversicherungen sind mit 32 Prozent weit höher als bei den öffentlichen Kassen. Sie können aber KlientInnen mit einem niedrigeren Gesundheitsrisiko günstigere Konditionen anbieten. Statistiken zeigen, dass Menschen mit höheren Einkommen gesünder sind. Ärmere und (dadurch) gesundheitlich gefährdetere Bevölkerungsgruppen müssen dann höhere Prämien zahlen. So wird das Solidaritätsprinzip ausgehöhlt.

Gleichzeitig kommt es zur Durchsetzung der Mehrklassenmedizin auf breiter Basis.

Zweiklassenmedizin

Ursprünglich war die Unterteilung in verschiedene Klassen auf zusätzliche Hotelkomponenten im Krankenhaus beschränkt, mittlerweile hat sie sich auf sämtliche Versorgungsstrukturen ausgebreitet:

- Unterschiedliche Wartezeiten auf Untersuchungen und Behandlungen
- Zunahme von Wahlärzten
- Geringeres Leistungsspektrum für KassenpatientInnen

Menschen mit niedrigem Einkommen müssen einen weit höheren Teil für die Sozialversicherung aufwenden als Gutverdienende. Auf Kapital- und Vermögenseinkommen werden dagegen überhaupt keine Sozialversicherungsbeiträge eingehoben.

Selbstbehalte treffen niedrige Einkommen stärker und haben keine nachgewiesenen Steuerungseffekte.

Niedergelassener Bereich

Primärversorgung – Allgemeinmedizin

Die Primärversorgung – als im Idealfall die erste Ebene der medizinischen Versorgung – muss eine umfassende Versorgung am Wohnort oder Arbeitsplatz bieten. Eine gute, für alle verfügbare, Primärversorgung hat positive Effekte auf das gesamte Gesundheitssystem: Höhere Lebenserwartung, bessere Lebensqualität für chronisch Kranke, Verringerung der Überweisungen an höhere Ebenen und eine Reduktion von Spitalsaufenthalten.

Zwei Drittel der niedergelassenen Ärzte sind heute älter als 50 Jahre und werden somit in absehbarer Zeit in Pension gehen. Diese Situation, in Zusammenhang mit Zugangsbeschränkungen bei der Ausbildung und starker Abwanderung ausgebildeter ÄrztInnen in das Ausland, lässt für die zukünftige (primär)medizinische Versorgung Schlimmes befürchten.

Schon derzeit sind Landarztstellen nur schwer nachzubesetzen. Die Zahl der Wahlärzte ist stark im Steigen begriffen, die der Kassenärzte nimmt ab. Die Versorgung außerhalb der typischen Öffnungszeiten ist durchgängig schlecht, die Versorgung chronisch Kranker verbesserungswürdig, die Prävention unterbewertet.

Die Sorge um eine gute wohnortnahe Gesundheitsversorgung in Österreich ist also durchaus berechtigt.

Gesundheitsreform

Eine neue Entwicklung stellen die geplanten Gesundheitszentren bzw. Primärversorgungszentren (PVZ) dar. Durch sie sollen Spitalsambulanzen entlastet oder gänzlich überflüssig werden.

Um die Spitalsambulanzen entlasten zu können, müssten PVZ weitreichende Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten in Kassenleistung bieten und diverse Gesundheitsberufe, Kinderärzte und Fachärzte eingebunden werden. Eine gewisse Anzahl an Tagesbetten müsste vorhanden sein, zumindest kleine operative Eingriffe müssten durchgeführt werden können. Die Öffnungszeiten müssten stark ausgeweitet werden, sodass auch am Abend und am Wochenende die Versorgung gewährleistet ist.

Tatsächlich wird das Kernteam der PVZ nur aus AllgemeinmedizinerIn, DiplompflegerIn und OrdinationsassistentIn bestehen – die Ausstattung jeder gewöhnlichen Hausarztpraxis. Ein darüber hinausgehendes Angebot oder die Einbeziehung von FachärztInnen ist nicht verbindlich vorgesehen, schon gar nicht im Rahmen des Kassenvertrags. Die Öffnungszeiten liegen von Montag bis Freitag bis spätestens 19 Uhr.

Auch die ursprünglich angekündigte Zahl von 100 PVZ in der Steiermark wird nicht erreicht werden. Aktuell sind nur mehr elf PVZ in der gesamten Steiermark geplant.

Und nicht einmal für diese elf Zentren sollen zusätzliche Kassenarztstellen geschaffen, sondern nur auslaufende neu besetzt werden. Weder die Bevölkerung, noch Städte und Gemeinden haben bei der Planung und Umsetzung ein Mitbestimmungsrecht.

Diese Reform bietet daher keine Voraussetzungen dafür, auch nur auf eine Spitalsambulanz verzichten zu können, ohne Einbußen in der Versorgung zu riskieren.

Unsere Forderungen:

- In allen Regionen der Steiermark, auch am Wochenende und abends, muss die wohnortnahe allgemeinmedizinische Versorgung als Kassenleistung gegeben sein.
- Fachärzte und weitere medizinische Berufsgruppen müssen in die Gesundheitszentren eingebunden werden.

FachärztInnen

Die Wartezeiten auf Facharzttermine mit Kassentarif und CT- oder MRT-Untersuchungen sind derzeit viel zu lang. Zwei Drittel der Fachärzte sind inzwischen Wahlärzte. Eine Unterversorgung an FachärztInnen mit Kassenverträgen ist mittlerweile nicht nur im ländlichen Bereich, sondern längst auch in der Stadt zu beobachten. Vor allem an Wochenenden ist eine Versorgung durch kassenärztliche Leistungen nicht abgedeckt (z.B. bei KinderärztInnen). Und viele Kassenärzte werden in den nächsten Jahren in Pension gehen. Die fehlenden Fachärzte führen gleichzeitig zu einer erhöhten Fallzahl in den Spitalsambulanzen.

Eine Lösung könnte die Schaffung von Multiprofessionellen medizinisch-chirurgische Versorgungszentren (MVZ) darstellen, in denen neben AllgemeinmedizinerInnen auch FachärztInnen (z.B. Chirurgie, Interne, Kinder-, Augen-, Hautmedizin, Gynäkologie) und andere Berufsgruppen tätig sind. Diese könnten eine Mittelstellung zwischen der ambulanten Primärversorgung und der stationären Versorgung darstellen und tatsächlich Druck von den Spitalsambulanzen nehmen.

Selbstverständlich müssten diese Zentren durch die öffentliche Hand oder Kassen betrieben werden und unter ärztlicher Leitung stehen.

Unsere Forderungen:

- Statt immer mehr Wahlarztpraxen müssen ausreichend Kassenstellen geschaffen werden.
- FachärztInnen müssen weiterhin ohne Überweisung zugänglich bleiben.
- Die freie Arztwahl und das Recht auf eine zweite medizinische Meinung dürfen nicht eingeschränkt werden.
- Einrichtung von Multiprofessionellen medizinisch-chirurgischen Zentren als Mittelstellung zwischen hausärztlicher und stationärer Versorgung.

Ambulante psychiatrische Versorgung

In Europa leiden mindestens 27 Prozent der Erwachsenen an zumindest einer psychischen Erkrankung in einem Jahr. Erkannt und behandelt wird derzeit leider nur etwa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen. Besonders die Kassenplätze für Psychotherapie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und die regionale Versorgung müssen dringend ausgebaut werden. Die Versorgungsstruktur ist so gering, dass viele Fälle direkt in die Notfallambulanz kommen. Kinder werden leider immer noch viel zu häufig gemeinsam mit Erwachsenen stationär behandelt.

Gebraucht werden dringend mehr Plätze im sozialpsychiatrisch/therapeutisch betreuten Wohnen und ambulante Betreuung im Wohnumfeld.

Unsere Forderungen:

- Das persönliche Arzt/Therapeut-Patienten-Verhältnis muss kontinuierlich möglich sein, Kassenplätze müssen erhöht werden.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss sowohl stationär als auch ambulant mit Kassenverträgen massiv ausgebaut werden.
- Psychotherapie auf Krankenkasse und tagesklinische Behandlung müssen erweitert, sozialtherapeutische Wohnplätze und klinisch-psychiatrische Abteilungen in höherer Zahl eingerichtet werden.

Spitäler

Im Spitalsbereich soll kein Stein auf dem anderen bleiben. SPÖ und ÖVP schließen Stationen und ganze Krankenhäuser – und setzen sich über den Willen und die Proteste der Bevölkerung hinweg. Klar ist: Der Leistungs- und Versorgungsumfang geschlossener Spitäler kann und wird nicht durch die PVZ ersetzt werden.

Völlig außer Acht gelassen bleiben bei den Kürzungsplänen der Landesregierung auch weitere Aspekte: Krankenhäuser sind etwa regionale Wirtschaftsmotoren. Die Signale, die an die Menschen ausgesendet werden, sind fatal: speziell die Schließung von Geburtstationen signalisiert, dass die Region „zum Aussterben verurteilt“ ist.

Der Hintergedanke ist es, Kosten zu sparen. Schon seit 1997 wird nach dem sogenannten „leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystem“ abgerechnet. Im Zentrum steht dabei einzig die Diagnose. Schwerere Krankheiten oder Unfälle haben dabei einen höheren Punktwert und werden deshalb entsprechend höher abgolt. Nicht berücksichtigt wird dabei der individuelle Aufwand.

Ziel des Spitals muss es nach dieser Finanzierungsmethode sein, billiger zu arbeiten als der Durchschnitt. Um die Aufenthaltsdauer zu reduzieren, werden PatientInnen entlassen, obwohl es aus medizinischer Sicht besser wäre, sie noch stationär weiterzubehandeln. Das System führt auch dazu, vermehrt Operationen durchzuführen, die mehr Geld einbringen, und andere auf die lange Bank zu schieben.

Erst ab einer bestimmten Fallzahl sind die Betriebskosten zu erwirtschaften. Gefordert werden daher immer höhere Mindestmengen. Gleichzeitig sollen die Kosten gesenkt, die Betten reduziert werden. Bei der Reduktion der Kapazitäten in der Geburtsstation Graz musste man allerdings aufgrund der steigenden Fälle bereits zurückrudern, um weitere Engpässe zu vermeiden.

Medizinische Professionalität und Humanität werden zwangsläufig eingeschränkt. Arbeitsverdichtung und Intensivierung werden von den Beschäftigten in allen Krankenhäusern als größte Belastung erlebt.

Während Krankenhäuser mit Öffentlichkeitsrecht primär auf Kostensenkung durch frühe Entlassung setzen, machen Privatkliniken Profite mit „rentablen PatientInnen“ – also privat Versicherten mit gut planbaren Behandlungen, um die Bettenauslastung und damit die Einnahmen zu erhöhen.

Bestehende Mängel gibt es in der Steiermark vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Die Hälfte der notwendigen Betten fehlt, hunderte Kinder und Jugendliche werden in Österreich mangels Alternative in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht. Sie sind damit unter Erwachsenen, die schwer psychisch krank sind.

Unsere Forderungen:

- Durch Schließungen oder Zusammenlegungen von Spitälern darf die Gesundheitsversorgung im ländlichen Bereich nicht noch weiter ausgedünnt werden.
- Spitäler in der Peripherie sollen Aufgaben in der Akutpflege, Nachsorge und Remobilisation übernehmen.
- Zusätzliche Ressourcen, v.a. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, müssen geschaffen werden.
- Der „Wirtschaftsfaktor Spital“ für die Region muss berücksichtigt werden.
- Niedergelassene Ärzte müssen in den ambulanten Spitalsbereich eingebunden werden können.

Ambulanzen

Ziel vieler Reformen ist es, die Spitalsambulanzen zu „entlasten“. Generell wird beklagt, dass die Überlastung der Spitalsambulanzen v.a. durch die nicht gesteuerten Patientenströme verursacht würde.

Eine Studie hat die Anzahl der „SelbstzuweiserInnen“ im Spital untersucht, also derjenigen PatientInnen, die ohne Überweisung durch einen Arzt kommen. Das Ergebnis war, dass diese Gruppe nur 12,5 Prozent aller Ambulanzkontakte ausmacht. Das heißt, dass die überwältigende Mehrheit der PatientInnen in den Spitalsambulanzen, nämlich 87,5 Prozent, zuvor bei einem niedergelassenen Arzt war und von diesem überwiesen wurde, weil die PatientInnen dort nicht behandelbar waren.

Zudem kritisiert die steirische Patientenanwältin, dass in der Steiermark viel zu viele BewohnerInnen von Pflegeheimen wegen Bagatellen ins Spital geschickt werden, weil es in den Heimen keine ärztliche Versorgung gibt. Um dem entgegenzuwirken, gibt es in Graz in den städtischen Geriatrischen Gesundheitszentren (GGZ) den Gesundheitlichen Konsiliardienst (GeKo).

Unsere Forderungen:

- Umfassende Primärversorgung in der gesamten Steiermark mit deutlich erweitertem Leistungsspektrum bei Untersuchungen und Behandlungen auf Kassenkosten – auch in Zusammenarbeit mit Fachärzten und Kinderärzten, sowie deutlich erweiterte Öffnungszeiten samt Notdienst und Hausbesuchen.
- In Pflegeheimen muss die ärztliche Versorgung sichergestellt sein.

Die Situation der Beschäftigten

Ärztemangel

Der Arbeitsdruck in den Spitälern steigt. Jeder zweite Arzt in der Steiermark sagt, die Arbeit im Krankenhaus habe sich in den vergangenen fünf Jahren zum Schlechteren verändert. Verschiedene Faktoren, die zum Mangel an Personal geführt haben, wurden zu lange von der Politik ignoriert – etwa, dass nicht nur die PatientInnen immer älter werden, sondern auch die ÄrztInnen. Trotzdem wird an Zugangsbeschränkungen zum Medizinstudium festgehalten.

Arbeitsverdichtung und Intensivierung treffen vor allem „nicht-spezialisierte Pflegekräfte“ und Pflegehilfskräfte, eine Gruppe, die sich aufgrund des Kostendrucks in den Spitälern weiter vergrößern wird, während die spezialisierten Pflegekräfte verringert werden sollen.

Die KPÖ hält eine Ausbildungs- und Personaloffensive für unumgänglich, wenn man eine ausreichende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen will. Die Rahmenbedingungen beim Einstieg in das Berufsleben müssen so gestaltet sein, dass die AbsolventInnen in der Steiermark gehalten werden.

Unsere Forderungen:

- Die Abwanderung der Gesundheitsberufe muss durch verbindliche Strukturen, wie zum Beispiel Ausbildungsverträge, verhindert werden.
- Lockerung der Zugangsbeschränkungen, finanzielle Absicherung und Aufstockung der Studienplätze.
- Anforderungen und Verantwortungen an TurnusärztInnen müssen klar definiert werden.
- Gesundheitszentren und Facharztpraxen müssen auch Ausbildungsstellen sein.
- Die Verdienstmöglichkeiten in unterschiedlichen Fachrichtungen und im niedergelassenen und stationären Bereich müssen angeglichen werden, damit eine gleichmäßige Versorgung in allen Disziplinen gesichert ist.
- In den Mangelbereichen (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie) braucht es eine Ausbildungsoffensive an den Universitäten, den klinisch psychiatrischen Abteilungen, sowie die Schaffung und Finanzierung von zusätzlichen Kassenstellen im niedergelassenen Bereich.

Personalsituation und Mängel im Pflegebereich

Mit steigender Lebenserwartung und Fortschritten in der Medizin wächst der Bedarf an Pflegeangeboten. Gleichzeitig entwickeln sich im Bereich der Pflege eigenständige und unabhängige Berufsgruppen. Das sorgt für eine Qualitätssteigerung der Betreuung. Die arbeitsrechtlichen Errungenschaften der vergangenen Jahrzehnte dürfen jedoch nicht leichtfertig aufgegeben werden.

Personalabbau und steigende Fallzahlen bei immer kürzeren Verweildauern führen auch in der Pflege zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung. Permanenter Zeitdruck ist für viele Pflegenden bereits zur Norm geworden – das wirkt sich auf die Pflegequalität aus. Diese Entwicklungen führen dazu, dass die Pflegenden ihren ethischen Grundsätzen, die von einer Sorge für die PatientInnen und Achtsamkeit ihnen gegenüber geprägt sind, zunehmend nicht mehr gerecht werden können.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Bedeutung der Pflege neu zu bewerten und der Pflege insgesamt einen höheren Stellenwert zukommen zu lassen. Daher bedarf es einer selbstbewussten und streitbaren Vertretung der Beschäftigten und einer Beibehaltung des hohen Versorgungsniveaus im persönlichen Kontakt mit den Menschen.

Unsere Forderungen:

- Keine Verlagerung medizinischer und komplexer pflegerischer Tätigkeiten auf geringer qualifiziertes Personal.
- Ausreichende Zeitbudgets für den individuellen PatientInnenkontakt, für Übergaben und Fallkonferenzen, Sicherstellung interprofessioneller Visiten.
- Beteiligung der Pflegenden an Steuerungsprozessen und Leitungsentscheidungen im Krankenhaus.

Pharmaindustrie

Der finanzielle Aufwand der Krankenkassen für teure Medikamente ist massiv gestiegen. Von 2005 bis 2015 sind die Ausgaben für hochpreisige Medikamente (mehr als 700 Euro pro Packung) um 420 Prozent gestiegen und machen gesamt 838 Millionen Euro aus. Bei den entsprechenden Pro-Kopf-Kosten für Pharmazeutika liegt Österreich laut EHCI 2016 europaweit an sechster Stelle.

Die Kosten für pharmazeutische Produkte sind mittlerweile schon fast halb so teuer wie die gesamte stationäre Versorgung. Die fünf größten Pharmakonzerne der Welt (Novartis, Pfizer, Hoffmann-LaRoche, Sanofi, MSD) erzielten 2015 einen Umsatz von 200.000 Millionen Dollar und einen Gewinn von 50.000 Millionen Dollar. Die Pharmaanbieter, die untereinander vernetzt sind (z.B. Novartis – LaRoche), gebärden sich als Monopolisten und setzen die öffentliche Gesundheitsversorgung unter Druck.

Unsere Forderungen:

- Die milliardenschweren Pharmaunternehmen sollten zu einer Gesundheitsabgabe zur Aufrechterhaltung des medizinischen Systems verpflichtet werden. Schließlich fließt ein großer Teil der Mittel in deren Taschen.
- Die Medikamentenpreise müssen reguliert werden, um zu verhindern, dass die Abgabe auf die Preise aufgeschlagen wird.

Gemeinsam mit Beschäftigten aller Gesundheitsberufe und der Bevölkerung tritt die KPÖ Steiermark für ein sozial gerechtes und solidarisches Gesundheitswesen ein. Gesundheit ist nämlich keine Ware, sondern ein Grundrecht für alle Menschen.

Wir interessieren uns für Ihre Meinung und freuen uns, wenn Sie mit uns in Kontakt treten wollen!

So können Sie uns erreichen:



[kpoe-steiermark.at](https://www.kpoe-steiermark.at)



0316 877-5102



[/kpsteiermark](https://www.facebook.com/kpsteiermark)



[/kpsteiermark](https://www.instagram.com/kpsteiermark)



[@kpoe_steiermark](https://twitter.com/kpoe_steiermark)