

TASKFORCE GESUNDHEIT NEU DENKEN!

DIE TASKFORCE STELLT SICH VOR

Die Taskforce “Gesundheit neu denken” hat es sich zur Aufgabe gemacht, brennende Fragen der österreichischen Gesundheitsversorgung zu diskutieren und Lösungen für ein zunehmend in Kritik geratenes System zu erarbeiten, das grundlegende Reformen dringend nötig hat.

Die Taskforce setzt sich aus einer Reihe ausgewiesener Expertinnen und Experten für das Gesundheitssystem zusammen:

Gerald **Bachinger**, Sprecher der Patientenanwälte

Thomas **Czypionka**, Institut für Höhere Studien

Martin **Gleitsmann**, Wirtschaftskammer Österreich

Michael **Heinisch**, Vinzenz Gruppe

Eva **Hörtl**, Gesundheitszentrum Erste Group

Georg **Paucek**, MEDICON medical consulting

Bernhard **Rupp**, Arbeiterkammer Niederösterreich

Das Spektrum der bearbeiteten Themen ist dabei breit aufgestellt – die Gesundheitsexperten diskutierten u.a.: Welche konkreten Reformen braucht das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren? Welche Strukturen müssen aufgebrochen werden, um Fortschritte zu erzielen? Woran scheitert Innovation in Österreich? Wie kann der Zugang zur Versorgung verbessert und gesichert werden? Wie kann die Bevölkerung besser für Gesundheit sensibilisiert werden?

Bei einer Diskussion allein sollte es jedoch nicht bleiben: Entstanden ist ein klares öffentliches Bekenntnis mit konkreten Handlungsempfehlungen gegen den problematischen Reformstillstand in unserem Gesundheitssystem, der trotz mehrfacher Reformbemühungen in den letzten Jahren entstanden ist. Die Mitglieder der Taskforce bekennen sich zu diesem gemeinsam erstellten Manifest mit dem Appell, die Empfehlungen aufzugreifen und in die Tat umzusetzen.

Ideen gibt es genug – jetzt muss der Mut zur Veränderung aufgebracht werden!

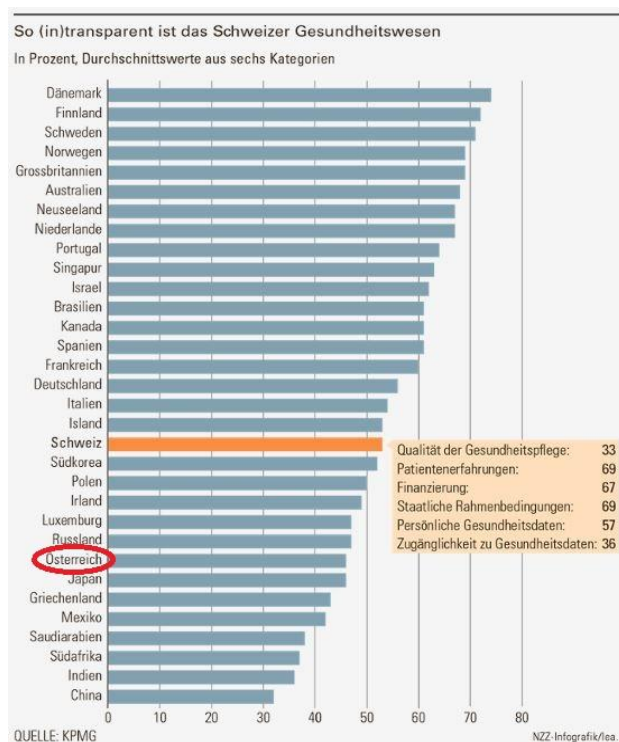
MANIFEST: GESUNDHEIT NEU DENKEN!

PRÄAMBEL

Gesundheit geht uns alle an.

Zunehmend zeichnet sich ab, dass eine adäquate, zeitnahe und hochqualitative medizinische Versorgung für alle nicht mehr dauerhaft gewährleistet ist. Das österreichische Gesundheitssystem ist teuer, auch im internationalen Vergleich: Im Jahr 2015 betrug die laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich **35,077 Mrd. Euro** oder **10,2% des (BIP)**.¹ Dazu kommen noch Ausgaben für krankheitsbedingte Frühpensionen. Mit der hohen Ärztedichten und den meisten Spitalsbetten im Akutbereich laut OECD Health Statistics liegt Österreich europaweit an der Spitze. Dennoch steigt laut OECD in Österreich die Zahl der gesunden Lebensjahre nicht im gleichen Ausmaß wie die Lebenserwartung an. Wir werden älter, aber dabei nicht gesünder: Ein 65-jähriger Österreicher hat im Alter von 65 nur noch 9,4 gesunde Lebensjahre vor sich - im europäischen Vergleich kein gutes Zeugnis!²

Auch in Sachen Transparenz ist Österreich kein Vorzeigeschüler. Die Beratungsfirma KPMG hat in einer aktuellen Studie verglichen, wie transparent der Bereich Gesundheit in 32 Ländern ist. Für die Schweiz ist die Platzierung in der unteren Hälfte bereits Anlass zur Besorgnis, man spricht dort bereits von einer „Dunkelkammer im Gesundheitswesen“. Österreich ist aber mit seinem Ergebnis noch weit schlechter positioniert, als die Schweiz:

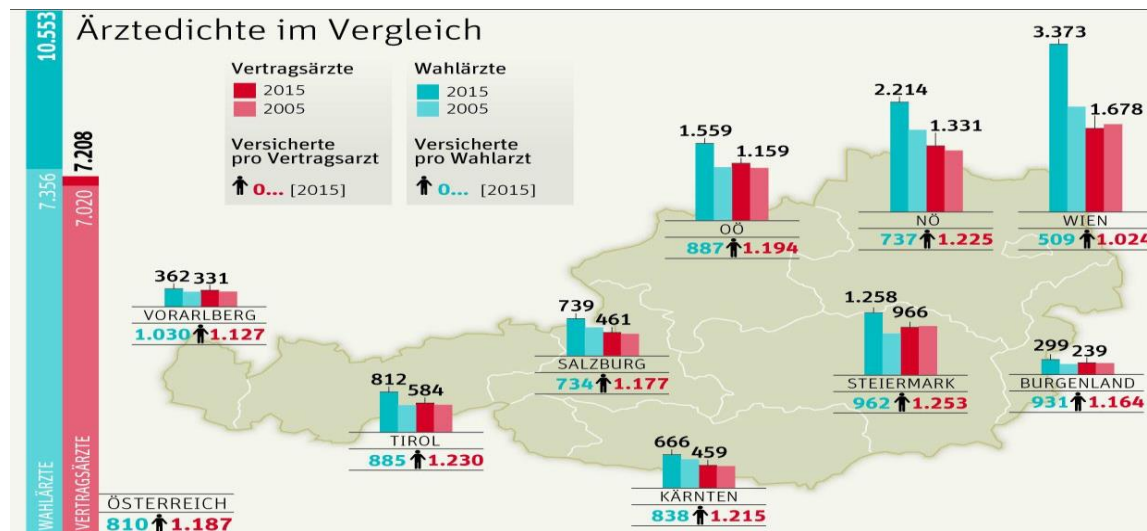


Transparenz ist dabei die Grundvoraussetzung für Verbesserungen!

¹ Überblick - Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA), http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html
² OECD Health at a glance 2016

Die größten Befürchtungen der Österreicherinnen und Österreicher in Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem sind, dass die persönlichen Ausgaben für Gesundheit steigen werden (79%) und es zu einer Zunahme von Wartezeiten kommen kann (71%)³. Hier ist eine dramatische Entwicklung zu beobachten: 3 Monate Wartezeit auf ein psychiatrisches Erstgespräch ist keine Seltenheit.⁴ Im Burgenland müssen Patienten oft bis zu acht Monate auf einen OP Termin für Hüft-Endoprothese warten.⁵ In St Pölten beträgt die durchschnittliche Wartezeit für eine Katarakt OP 329 Tage, in Wien liegt die Wartezeit für diesen Eingriff bei 135 Tagen.⁶

Die Angst, dass das öffentliche Gesundheitssystem nicht mehr die ausreichende Versorgung garantiert, spiegelt sich auch bei den Zahlen der privaten Krankenversicherungen wieder: Wahlärztinnen- und Ärzte stehen hoch im Kurs (seit 2005 um 43% gestiegen!) während die Anzahl der Kassenärztinnen- und Ärzte nur geringfügig zunimmt bzw. stagniert.



Beim Gesundheitsverhalten der Bevölkerung besteht noch erhebliches Verbesserungspotential: Pro Person liegt der jährliche Alkoholkonsum bei 12,3 Liter reinem Alkohol.⁷ Im europäischen Vergleich verzeichnet Österreich nach Litauen und Belgien mit 27,3% den drittgrößten Anteil an aktiven Rauchern (Personen, die täglich rauchen!).⁸

Auch bei der Impfbereitschaft rangieren wir im letzten Drittel der Vergleichsgruppe:

³ Bevölkerungsbefragung HV 2016 <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.632983&version=1472130861>

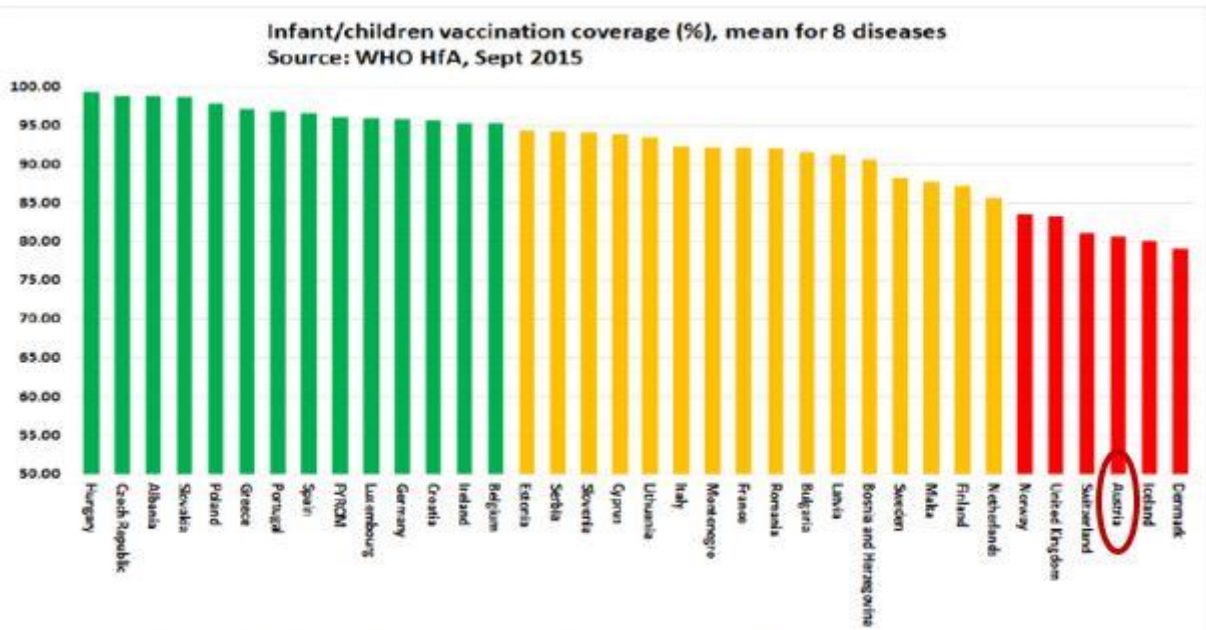
⁴ Prim.a Dr.in Christa Rados bei der PK zur Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie link: <http://www.medmix.at/grosse-maengel-versorgung-psychischen-krankheiten/>

⁵ <https://www.barmherzige-brueder.at/site/eisenstadt/medizinpflege/opwarteliste> Stand 1.10.2017

⁶ <http://www.wienkav.at/kav/gd/ZeigeText.asp?ID=49994>

⁷ Health at a glance 2017 <http://www.oecd.org/austria/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-AUSTRIA.pdf>

⁸ Health at a glance 2017 <http://www.oecd.org/austria/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-AUSTRIA.pdf>



Sources of data: WHO HfA database, September 2015. National vaccination registries. National healthcare agencies. CUTS data.

Auch die Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit ist ein wichtiger Faktor, hier muss ein Kulturwandel hin zum verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheit angestrebt werden. Zur Wahrnehmung dieser Verantwortung braucht es aber eine notwendige Befähigung der Bevölkerung und Unterstützung beim Erwerb der entsprechenden Gesundheitskompetenz.

Das österreichische Gesundheitssystem ist an vielen Ecken und Enden ineffizient. Was bisher durch viel Geld im System kaschiert werden konnte, wird durch die demografische Entwicklung bereits im nächsten Jahrzehnt zutage treten. Ein Druck von unten muss entstehen, um ein Bewusstsein für die Herausforderungen im Gesundheitssystem in der Bevölkerung zu schaffen.

*„Patienten müssen zu Betroffenen gemacht werden“
Gerald Bachinger, Sprecher der Patientenanwälte*

Wichtige Wahrheiten und womöglich unangenehme Forderungen können in der politischen Realität nicht immer angesprochen werden. Ehrlichkeit, Klarheit und Objektivität sind daher die Grundpfeiler dieses Manifests. Nur so kann eine konstruktive und evolutionäre Entwicklung beginnen.

Die Gesundheit der Bevölkerung kann jedoch nur durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern wirksam und nachhaltig gefördert werden. Das Thema Gesundheit muss daher im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in sämtlichen Sektoren mitgedacht werden, damit sich letztendlich ein positiver Effekt für die Gesundheit in der Bevölkerung einstellen kann.

Die Taskforce „Gesundheit neu denken“ verschreibt sich daher dem Grundsatz von „Health in all policies“ und stellt über sämtliche Überlegungen das Bewusstsein, dass viele Faktoren aus

unterschiedlichen Lebenswelten (Umwelt, Bildung, Verkehr, Arbeit,...) die Gesundheit beeinflussen. Sämtliche dieser Faktoren müssen berücksichtigt werden, wenn eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik betrieben werden soll.

5 HANDLUNGSFELDER

In folgenden 5 Handlungsfeldern sehen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Taskforce dringenden Handlungsbedarf. Die Handlungsfelder stellen keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern verstehen sich als ersten Anstoß für konkrete Maßnahmen.

Für jede Maßnahme bzw. Investition, die im Österreichischen Gesundheitswesen stattfinden soll, wird vorgeschlagen, einen verpflichtenden **PDCA (Plan-Do-Check-Act)** - Zyklus vorzusehen. Die Wirkung einer Maßnahme muss messbar sein, um für die Zukunft zu lernen und neue Strategien und Maßnahmen kontinuierlich weiterzuentwickeln.

I.) KOMPETENZ IM GESUNDHEITSBEREICH STÄRKEN

Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz („health literacy“) haben Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und relevante Informationen zu verstehen und die richtigen Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Dies wirkt sich internationalen Untersuchungen zufolge negativ auf die Gesundheit, das Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie auf die Nutzung des Gesundheitssystems aus. Die Gesundheitskompetenz ist damit eine wichtige Determinante der Gesundheit, die wesentlich dazu beiträgt, gesundheitsrelevante Entscheidungen reflektiert treffen zu können.

Im internationalen Vergleich ist Österreich in diesem Bereich schlecht aufgestellt: Die Mehrheit der Bevölkerung ist weniger gesundheitskompetent als der Durchschnitt der anderen Mitgliedsländer!⁹ Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist daher auch als Gesundheitsziel im Rahmen der Gesundheitsreform verankert worden.

Der Weg zum verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit setzt eine starke Gesundheitskompetenz voraus. Im Zeitalter der Digitalisierung stehen zwar viele Informationen auf Knopfdruck zur Verfügung – dennoch wird es zunehmend schwieriger für die Patientinnen und Patienten, die relevanten Informationen herauszufiltern und zu verarbeiten. Deshalb muss Gesundheitskompetenz neu gedacht werden:

✓ **Niederschweligen Zugang zu Informationen sicherstellen:**

Informationen müssen zielgruppengerecht aufbereitet werden: Lesbarkeit, Benutzerfreundlichkeit von Texten, Angeboten, Rücksichtnahme auf sprachliche Barrieren sind dabei ein wichtiger Schritt. Generell sollten unterschiedliche Modi verwendet werden, um die Kommunikation gesundheitsrelevanter Informationen für möglichst viele Zielgruppen sicherzustellen.

⁹ Prof. Pelikan, J.; Mag. Röthlin, F.; Bakk. Ganahl, K.; 2012, Gesundheitskompetenz in Österreich im internationalen Vergleich

Beispiel: Projekt MiMi (MigrantInnen für MigrantInnen) der Volkshilfe: Bei dieser Initiative werden sozial engagierte MigrantInnen in einem spezifisch konzipierten Lehrgang kostenlos zu GesundheitslotsInnen ausgebildet mit dem Ziel, das Bewusstsein für Eigenverantwortung für die Gesundheit und für Maßnahmen der Prävention in der Zielgruppe zu stärken.

Beispiel: Türkischsprachige Gesundheitstage durch die ARGEF (Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung): Gerade unter dem Aspekt der sozialen Integration ist es wichtig, Angebote stärker an unterschiedliche Gruppen zu adressieren. Das Projekt konzentriert sich auf die Zielgruppe MigrantInnen mit türkischsprachiger Herkunft mit dem Ziel, MigrantInnen adäquat und bewusst anzusprechen sowie Betroffene angemessen zu unterstützen.

✓ **Gesamtgesellschaftliche Strategien entwickeln, um Gesundheitskompetenz im Sinne eines Kulturwandels flächendeckend zu verankern:**

Gesundheitskompetenz muss früh beginnen: Bereits in den Kindergärten bzw. in den Schulen muss im Rahmen von Pflichtlehrveranstaltungen sichergestellt werden, dass Kindern ein Grundverständnis für Gesundheit und gesunde Lebensführung mitgegeben wird:

Beispiel: Tägliche Turnstunde einführen, Freude an Bewegung vermitteln

Beispiel: Gesundheitsrelevante Themen in den Lehrplan miteinbeziehen und praktisch vermitteln

Beispiel: Kantine/Schulküche/Verpflegung für Schülerinnen und Schüler gesund gestalten und Kinder auch mitkochen lassen

Ebenso darf die Unterstützung der Eltern in Gesundheitsfragen nicht mit dem Auslaufen vom Mutter-Kind Pass enden: Familien müssen weiterhin sensibilisiert - und darin bestärkt werden, ihren Kindern Gesundheitsbewusstsein zu vermitteln, z.B. mit Einführung eines „**Eltern-Kind**“-**Passes**.

BEST PRACTICE: JAPAN'S SCHOOL LUNCH PROGRAMM

Schülerinnen und Schüler kochen im Rahmen dieses landesweiten Programmes ihr Mittagessen selbst. Das gemeinsame Kochen und Essen in der Klasse ist dabei Teil des Lehrplans und wird dementsprechende auch als Lernprozess verstanden („food and nutrition education“). Ziel des Programmes ist es, möglichst früh gesunde Essgewohnheiten zu etablieren.

Fachkompetenz der Akteure

Fachkräfte im Gesundheitswesen sind der zentrale Motor für Reformen, die aus dem System heraus entstehen können. Hochkompetentes und motiviertes Fachpersonal für die immer größer werdenden Anforderungen im Gesundheitswesen zu finden, wird zunehmend schwieriger – insbesondere im ländlichen Raum.

Für die Zukunft gilt daher:

✓ **Exzellente Ausbildung ermöglichen - neue Wege gehen**

Gerade für ländliche Regionen ist es oft schwierig, exzellent ausgebildete Fachkräfte zu gewinnen. Ausbildungsnetzwerke wären ein gangbarer Weg, um die Ausbildungsdichte zu verbessern.

Auch E-Learning muss Einzug in die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe finden, damit ständige Weiterbildung auf hohem Niveau ermöglicht wird.

✓ **Fachkräfte für Gesundheitskompetenz sensibilisieren und schulen**

Fachkräfte müssen selbst in der Lage sein, mit Patientinnen und Patienten richtig zu kommunizieren.

Beispiel Irland:

Broschüre mit Tipps zur einfachen Kommunikation mit Patientinnen und Patienten (Fachjargon einfach erklären, Teach-Back Methode erklären,...) entwickeln

✓ **Attraktive Rahmenbedingungen und leistungsorientierte Honorierung der Gesundheitsberufe forcieren**

Das Feld der Gesundheitsberufe ist groß: Neben Ärztinnen und Ärzten leisten viele Professionalisten täglich einen wertvollen Beitrag zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung, zB Pflegerinnen und Pfleger, Logopädinnen und Logopäden, Pharmazeutinnen und Pharmazeuten. Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsberufe müssen generell verbessert werden (Work-Life-Balance, gesteigerte Wertschätzung z.B. des Pflegeberufes, neu definierte Kompetenzbereiche etc.), damit auch langfristig der Nachwuchs im Gesundheitsbereich sichergestellt ist und die Versorgung der Patienten optimiert werden kann.

✓ **Kompetenzen im Gesundheitssystem neu verteilen**

Neue Gesundheitsberufe mit neuen Kompetenzen (z.B.: Fortbildung für Pflegeassistenten) verlangen nach einer Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitssystem. Einige Bereiche, die derzeit ausschließlich vom (Fach)Arzt übernommen werden, könnten ebenso von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern oder andere Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Logopäden,...) wahrgenommen werden. Auch Pharmazeutinnen und Pharmazeuten sollten als hochqualifizierte Fachkräfte in Zukunft weitergehende Beratungsfunktionen in der medizinischen Betreuung übernehmen. Sie spielen bereits jetzt eine wichtige Rolle im Bereich der medizinischen Basisversorgung und sollten als hochspezialisierte Fachkräfte stärker in die Gesundheitsversorgung eingebunden werden.

In einem WHO-Bericht¹⁰ aus dem Jahr 2015 wurden 40 europäische Länder auf deren Primärversorgung und deren Berufsgruppen näher untersucht. Daraus zeigt sich, dass in 17 von 40 europäischen Ländern Pflegekräfte im Primärversorgungssetting tätig sind.¹¹

Beispiel: Advanced Nursing Practitioners in Finnland: Der Aufgabenbereich der Advanced Nursing Practitioners hat sich aufgrund des in Finnland herrschenden Hausärztemangels entwickelt. Advanced Nursing Practitioners übernehmen z.B. Untersuchung von Patienten mit akuten Gesundheitsproblemen, Beratung hinsichtlich der medizinischen Belange, Prävention und Verlaufskontrolle bei chronischen

¹⁰ Kringos D, Wienke B, Allen H, Richard S. Building primary care in a changing Europe: Case studies. World Health Organization; 2015. URL: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/building-primary-care-in-a-changing-europe-case-studies>

¹¹ Alle Angaben basieren aus dem MUG Projektbericht *Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis: Internationale Tätigkeitsprofile und Evidenzlage*; 2016. URL: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.631038&version=1464598270>

Erkrankungen, insbesondere bei Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes mellitus aber auch (eingeschränkte!) Verschreibung von Medikamenten.

Beispiel: General Practice Nurses (GPN) in Großbritannien: GPN sind die Pflegekräfte in Hausarztpraxen. Seit 2001 wurde in Großbritannien ein Kompetenzkatalog für die GPN entwickelt. Innerhalb dieser Berufsgruppe gibt es verschiedene Kompetenzstufen (Level 5 - Level 8). Genau geregelt ist die Verschreibungskompetenz der Pflegekräfte. Ab Level 6, dem Senior Level, dürfen Medikamente verschrieben werden. Außerdem dürfen alle Registered Nurses (Pflegefachkräfte) und Registered Midwives (Hebammen) Medikamente verschreiben.

Beispiel Niederlande: Bei der Versorgung gebrechlicher älterer Patienten kommen in den Niederlanden die „**Zorggroepen**“ (**Versorgungsgruppen**) zum Einsatz. Die Krankenversicherungen kaufen pauschale, gebündelte Leistungen für Patient(inn)en mit ausgewählten chronischen Krankheitsbildern (z. B. COPD, Diabetes etc.) von diesen Versorgungsgruppen ein. Das zentrale Element dieser Versorgungsgruppen ist das Zusammenwirken von Fachpflegekräften und Hausarzt(inn)en¹².

Die Beispiele zeigen, dass die stärkere Einbindung von unterschiedlichen Gesundheitsberufen in vielen Ländern bereits häufig gelebte Praxis ist und bewirkt, dass sich Ärzte wieder verstärkt auf höher qualifizierte Tätigkeiten konzentrieren können.

Die Attraktivierung anderer Gesundheitsberufe und eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit werden daher eine wesentliche Rolle dabei spielen, eine medizinische Versorgung mit dem Maximalnutzen für Patientinnen und Patienten zu garantieren.

II.) QUALITÄT IM GESUNDHEITSSYSTEM SICHERN UND VERBESSERN

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch die zersplitterte Kompetenzlage schwerfällig, komplex und überreguliert. Ein gewisses Regelwerk für eine sichere und qualitätsgesicherte medizinische Versorgung ist sinnvoll und notwendig- die herrschende Regeldichte ist jedoch zu hoch und letztendlich hemmt eine Überregelung auch die Selbstverantwortung. Überbordende Normierungen sind dabei auch ein Kostentreiber: Allein im Bauwesen gibt es über 530 Ö-Normen; die Spezialvorschriften für Krankenhäuser kommen ergänzend dazu. Wer eine „Kleinigkeit“, wie beispielsweise einen Feuerlöscher anbringen will, hat dabei nicht weniger als 15 unterschiedliche Vorschriften zu beachten ¹³

BEST PRACTICE:

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Dieses deutsche Institut prüft Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen für Patientinnen und Patienten. Über die Vorteile und Nachteile von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren wird mittels wissenschaftlicher Berichte und allgemein verständlicher Gesundheitsinformationen informiert (www.iqtig.org)

¹² IHS Health System Watch II/2017

¹³ TRVB 119, 120, 121, 122, 124, 128, Arbeitsstättenverordnung, ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, Ö-Norm F1050 und EN3 sowie 1869, Versandbehälterverordnung, Verordnung BGGl 301/1990, ÖVE E32, RL 92/58 EWG

Einerseits wird Qualitätssicherung im stationären Bereich hochgehalten, andererseits wird durch Überregulierung und unlesbare bzw. handhabbare Anweisungen eine sinnvolle Qualitätskontrolle erschwert. Im niedergelassenen Bereich findet generell kaum Dokumentation bzw. Qualitätssicherung statt.

Grundsätzlich müssen die konkreten Ergebnisse des gesundheitspolitischen Handelns zielgerichtet und laufend überprüft werden, hin zu einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik:

✓ **Evidenzbasierte Gesundheitspolitik betreiben**

Das Ziel muss es sein, Ergebnisqualitätskriterien zu definieren, die empirisch nachweisbar sind um im nächsten Schritt dementsprechende politische Entscheidungen treffen zu können. Das Geschehen am Patienten muss dokumentiert werden und Grundlage für Entscheidungsprozesse sein.

A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators)

A-IQI ist ein Instrument zur bundesweit einheitlichen Messung von Ergebnisqualität aus LKF-Daten. Das A-IQI Instrument ist damit ein erster Schritt in die richtige Richtung. Gefordert wird die Verfeinerung und der Ausbau des A-IQI Systems für Krankenanstalten und die verpflichtende nachhaltige Verquickung mit den "hauseigenen Qualitätsmanagement-Maßnahmen" in den Spitälern. Dieses erfolgreiche System muss in der Folge auch für den Bereich der niedergelassen ÄrztInnen (O-IQI) und sonstige freiberuflichen DienstleisterInnen in adaptierter Form umgesetzt werden. Letztendlich muss die Ergebnisqualität auch mit einer differenzierten Abgeltung von Dienstleistungen korrelieren („pay for performance“ bzw. „pay for quality“ bzw. „value based payment“).

✓ **Gesundheitsdatenpool schaffen bzw. vorhandene Daten auswerten → Bedarfserhebung vorantreiben**

Die österreichischen Zahler und Leistungserbringer verfügen prinzipiell über viele Daten – dennoch werden zu wenige Erkenntnisse für die Gesundheit daraus gewonnen. Ziel ist daher eine systematische Auswertung der vorhandenen Daten im Hinblick auf eine stärkere Versorgungsforschung, bzw diese Daten auch der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen, wie dies in den nordischen Staaten, England oder den Niederlanden der Fall ist. Letztendlich profitiert auch die öffentliche Hand von den gewonnenen Erkenntnissen, da sie die Entscheidungsgrundlagen verbessern.

✓ **Qualitätssicherung im Gesundheitswesen mittels geeigneter Indikatoren**

Obwohl die Qualität der Versorgung der wichtigste Parameter für die Bevölkerung ist, erfolgt in Österreich die Messung von Qualität nicht auf

internationalem Niveau. Ergebnisqualität (was kommt heraus?) wird nur in Spitälern und nur mit Hilfe von Routinedaten erhoben. Patient-Reported Outcomes werden nicht systematisch erhoben. Im extramuralen Bereich geschieht vor allem die Messung von Strukturqualität (liegt überhaupt die notwendige Infrastruktur vor?). Prozessqualitätsindikatoren (Wird richtig diagnostiziert und behandelt?) wird generell nicht systematisch untersucht.

✓ **Interne Transparenz: Qualitätsvergleich innerhalb des Krankenhauses?**

Qualitätssteigernd könnten sich auch interne Prozesse auswirken, die die Qualität in unterschiedlichen Abteilungen messen, vergleichen und intern transparent machen.

Dieser Vorschlag ist jedoch differenziert zu betrachten: Ein interner Vergleich kann einerseits Motor für das medizinische Personal sein, die eigenen Leistungen zu verbessern bzw. helfen, strukturelle Fehler zu erkennen. Andererseits entsteht die Gefahr, dass Fehler verschleiert werden und letztendlich das gewünschte Ziel nach mehr Qualität nicht erreicht wird.

✓ **Externe Transparenz: Mehr Orientierungshilfe für den Patienten im Gesundheitssystem**

Patientinnen und Patienten haben im Gesundheitssystem oft Schwierigkeiten, den richtigen Ansprechpartner für ihre Probleme zu finden. Hier muss unser System entsprechend aufrüsten und Patientennavigation anbieten: Der orientierungslose bzw. „rotierende Patient“ ist nämlich nicht nur Leidtragender, sondern auch ein teurer Kostenfaktor im Gesundheitssystem. Mit Gesundheitsberatung 1450 wurde ein erster wichtiger Schritt in Richtung Orientierungshilfe für Patientinnen und Patienten geschaffen.

BEST PRACTICE

Die Weiße Liste

Das deutsche Qualitätsportal hilft bei der Suche nach einem passenden Arzt oder Krankenhaus.

Die Informationen sind leicht verständlich, gratis und werbefrei.
(www.weisse-liste.de)

Umso wichtiger ist es, dass weitere Tools zur Verfügung stehen, die Patientinnen und Patienten kompetent und zuverlässig bei der Orientierung im Gesundheitssystem unterstützen.

Beispiel:

Gütesiegel für Krankenhäuser, die vorgegebene herausragende Kriterien erfüllen: Eine

Vergleichsmöglichkeit verschiedener Krankenhäuser ist für die Patientinnen und Patienten ein praktisches Service, um die bestmögliche Versorgung zu wählen. Gleichzeitig wäre es eine Antriebsfeder für Qualitätssteigerung. Dabei muss berücksichtigt werden: Alle Krankenhäuser haben zwingend eine adäquate Versorgung zu gewährleisten und die entsprechenden Standards zu erfüllen – die Verantwortung der Auswahl darf nicht alleine auf den

Patienten abgewälzt werden. Dafür ist eine Grundqualitätssicherung notwendig. Ein Gütesiegel könnte jedoch besonders herausragende Leistungen in der Versorgung honorieren und nach außen sichtbar machen.

Ausschlaggebend ist bei Orientierungshilfen die Qualität der Informationen und die Benutzerfreundlichkeit: Der Krankenhauskompass ist beispielsweise keine taugliche Entscheidungshilfe, da die zur Verfügung gestellten Daten keine Aussagekraft bezüglich der qualitativen Arbeit des Krankenhauses haben.

✓ **Leistungsharmonisierung bei den Krankenversicherungsträgern**

Die Sozialversicherung stößt langsam aber sicher auf ein Akzeptanz Problem, wenn es um die unterschiedlichen Leistungskataloge der einzelnen Krankenversicherungsträger geht: Je nach Bundesland und Diagnose kommen unterschiedliche Deckelungen zum Tragen. Ob Kontaktlinsen, Impfungen oder Zahnarzt: Trotz gleicher Beitragssätze gibt es bei den Krankenkassen eklatante Leistungsunterschiede. Die Sozialversicherungsträger haben im Rahmen ihrer rechtlichen Stellung als Selbstverwaltungskörper prinzipiell das Recht, das Leistungsangebot bzw. die Erstattung von Leistungen selbständig zu gestalten. Dennoch ist unter der Berücksichtigung des Gleichheitssatzes nicht einzusehen, dass der gleichen Leistung (Beitragszahlung) nicht die gleiche Leistung des Krankenversicherungsträgers gegenübersteht.

Beispiel: Wer als ASVG Versicherter eine (kostspielige!) Beinprothese benötigt, bekommt derzeit von der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse Kostenersatz bis zur 20ig fachen Höchstbeitragsgrundlage. Bei der Wiener Kasse ist die gleiche Leistung bereits mit der dreifachen Höchstbeitragsgrundlage gedeckelt.

Die aktuelle Entwicklung der schrittweisen Anpassung von Leistungen in der Sozialversicherung ist grundsätzlich begrüßenswert. Bisher wurde in 18 Bereichen (zB Zeckenimpfung, Ultraschall, Rollstuhl,...) der Grundsatz „gleiche Leistung für gleiches Geld“ in den Gebietskrankenkassen umgesetzt. Insgesamt wurden die Leistungen dabei ausschließlich nach oben hin angeglichen ohne eine Gegenfinanzierung zu veranlassen. Die Angleichung ist grundsätzlich ein Schritt in die richtige Richtung, da die teils eklatanten Leistungsunterschiede der Krankenversicherungsträger – je nach Region - sowohl intransparent als auch durch die gleiche Beitragshöhe sachlich nicht gerechtfertigt sind. Aber auch eine nachhaltige Finanzierbarkeit muss im Auge behalten werden, wenn die Leistungskataloge harmonisiert werden.

Zusammengefasst braucht es eine Sichtung der einzelnen Leistungen, Hinterfragen, ob deren Angebot auf dem letzten Stand der Wissenschaft sind und letztlich Erstellung eines modernisierten und einheitlichen Kataloges, wobei Aufkommensneutralität anzustreben ist.

✓ **Wartezeiten: Versorgungsauftrag der Kassen**

Patientinnen und Patienten müssen immer länger auf oftmals dringende Untersuchungen, Eingriffe oder Beratungsgespräche warten. Die Fehlentwicklung betrifft unterschiedliche medizinische Bereiche und Diagnosen: Egal ob Katarakt, Hüftendoprothese oder psychiatrische Betreuung – die Patientinnen und Patienten müssen warten. Besonders brisant ist die Entwicklung bei den psychischen Erkrankungen. Obwohl seit Jahren klar ist, dass die psychischen Diagnosen zunehmen (70% der Rehageldbezieher haben eine psychische Diagnose!) werden die Ressourcen nicht entsprechend dem neuen Bedarf angeglichen. Kapazitäten müssen neu gestaltet werden, damit zu lange Wartezeiten verringert werden können. Lässt man die Patienten mit ihren gesundheitlichen Problemen im Stich, entstehen letztendlich nicht nur vermeidbare langwierige Leiden – durch die Versäumnisse kommt es auch volkswirtschaftlich zu hohen Folgekosten. Setzt eine Behandlung zu spät an, dauert die Rehabilitation umso länger und die Betroffenen finden noch später ins Erwerbsleben zurück. Dieser Entwicklung muss entgegengetreten werden: Ressourcen müssen sinnvoll und dem neuen Bedarf entsprechend verändert werden. Künstliche Kontingente bzw. Rationierungen lassen Wartezeiten entstehen, die letztendlich der Patient bezahlen muss.

III.) FOKUS CHRONISCHE ERKRANKUNGEN: VERSORGUNG STÄRKEN UND SICHERSTELLEN

Die Behandlung von chronisch Kranken stellt eine große und immer wichtiger werdende Aufgabe für das Gesundheitssystem dar. In den letzten Jahrzehnten kam es zu einer starken Verschiebung von akuten zu Zivilisationskrankheiten. 50 bis 80% der weltweiten Gesundheitsausgaben betreffen mittlerweile chronische Krankheiten.¹⁴ Mehr als ein Drittel der über 15-jährigen befragten Personen in Österreich

¹⁴ European Commission Public Health (2014): Chronic Disease Summit (3.– 4. April 2014)

(2,6 Mio. Personen) gab an, eine chronische Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben (1,2 Mio. Männer, 1,4 Mio. Frauen).¹⁵

In Österreich steigt zwar Lebenserwartung an - bei den gesunden Lebensjahren hinken wir im internationalen Vergleich jedoch sehr stark hinterher.¹⁶ Die Früherkennung von (chronischen) Erkrankungen und eine professionelle Versorgung sind damit äußerst drängende Themen für unser Gesundheitssystem. Demografische Veränderungen, höhere Lebenserwartung, veränderte Lebensgewohnheiten, verbessertes Krankheitsmanagement, generell bessere Behandlungsmethoden und eine genauere Kenntnis der Faktoren, die gesundheitliche Probleme und Krankheiten verursachen, führen dazu, dass Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr zwangsläufig aus dem Erwerbsleben ausscheiden müssen. Ganz im Gegenteil: Neue Behandlungsmethoden, innovative Medikamente, ambulante Rehabilitation und technische Unterstützung werden in Zukunft ermöglichen, dass trotz (chronischer) gesundheitlicher Beeinträchtigung eine Teilnahme am Erwerbsleben weiterhin stattfinden kann und auch muss. Gerade um die dringend benötigten Fachkräfte im Erwerbsleben zu halten, müssen alle Anstrengungen unternommen werden, um eine Integration von chronisch Erkrankten im Erwerbsalltag zu ermöglichen.

Durch eine zielgerichtete multidisziplinäre, mit dem Patienten gestaltete Behandlung, welche Über- und Unterversorgung vermeidet, kann die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessert- und eine selbstbestimmte Teilnahme der Patienten am Sozial- und Erwerbsleben ermöglicht werden. Davon profitieren alle!

✓ **Disease Management Programme (DMPs) umsetzen**

Bereits mit der Gesundheitsreform 2005 wurde mit der Etablierung von DMPs begonnen - im Gegensatz zu den Erfahrungen anderer Länder gibt es in Österreich geringe Einschreiberaten und die Umsetzung verläuft mangelhaft. International ist die Idee bereits wesentlich besser etabliert. Beispiele aus Deutschland, den Niederlanden und Frankreich sowie die internationale Fachliteratur zeigen Implementierungsmöglichkeiten und damit Verbesserungspotenziale auf.¹⁷

✓ **Schnittstelle Gesundheitswesen – Arbeitsmarkt: Prozesse klar definieren**

Um Wachstum zu sichern, ist es entscheidend, einen inklusiven Arbeitsmarkt anzustreben, also sicherzustellen, dass nicht nur völlig gesunde Arbeitnehmer am Erwerbsleben teilnehmen können. Die hohe Anzahl an krankheitsbedingten Frühpensionierungen (52.115 Erstanträge 2016, - davon 16.358 bewilligt), eine niedrige Rate an in den Arbeitsmarkt integrierbaren Reha-geldbeziehern, eine im OECD-Vergleich sehr niedrige Erwerbsquote psychisch erkrankter Personen zeigt, dass hier starker Aufholbedarf liegt. Gerade vor der enormen Herausforderung von längerem Arbeiten und der Zunahme an chronischen Erkrankungen ist es entscheidend, Prozesse zu definieren, die die Zusammenarbeit der zahlreichen Player aus Gesundheitssystem und Arbeitsmarkt so koordiniert, dass Gesundheit auch aus der Perspektive des Erhalts der Erwerbsfähigkeit gesehen wird.

¹⁵ Vgl.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html

¹⁶ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics/de

¹⁷ HIS Health System Watch 2011: Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2: Was kann Österreich bei der Umsetzung noch lernen?

Die wesentlichen Herausforderungen sind daher **wann**, **wie** und **wer** reagiert, wenn Arbeitnehmer erkranken.

Menschen im Erwerbsleben zu halten ist deutlich effektiver als arbeitslose Menschen ins Erwerbsleben zu integrieren. Dies betrifft in besonderem Ausmaß Menschen mit einer chronischen Erkrankung, deren Chance einer Rückkehr und Reintegration in den Arbeitsprozess mit der Dauer des Krankenstandes sukzessive abnimmt.

Eine Professionalisierung, Qualitätssicherung und einheitliche Steuerung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wäre notwendig, auch, um Gelder effizienter einzusetzen. In Deutschland trat etwa 2015 das Präventionsgesetz in Kraft, das die Grundlagen für eine stärkere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung regelt.

Frühzeitiges Reagieren ist auch eine Herausforderung für das Gesundheitssystem: Obwohl etwa psychische Erkrankungen der häufigste Grund für Berufsunfähigkeit ist (fast 40% der bewilligten Fälle) und der mit Abstand häufigste Grund für Rehabilitationsgeld (fast 70% der Fälle) gibt es noch immer Engpässe in der Therapie (Psychotherapie), die Wartezeit für eine psychiatrische Rehabilitation beträgt nach wie vor ca. 6 Monate.

Das im Juli 2017 in Kraft getretene Wiedereingliederungsteilzeitgesetz bildet nun erstmals ab, dass die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit eine fließende ist und nicht nur völlig gesunde Menschen auch arbeitsfähig sein können. Die Abstimmung der Prozesse, ganz konkret wieder die Schnittstelle zwischen Gesundheitssystem und Arbeitsplatz, ist allerdings noch holprig. Dass etwa eine Wiedereingliederungsvereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer IM Krankenstand vereinbart werden sollte, verkennt die Realität, und schränkt damit die Flexibilität und Anwendbarkeit für Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein.

Wir haben in Österreich ein beträchtliches Spannungsfeld einer im europäischen Vergleich überdurchschnittlichen Seniorität in der kollektivvertraglichen Entlohnung und der Tatsache, dass ältere Arbeitnehmer eine deutlich höhere Prävalenz an chronischen Erkrankungen aufweisen. Eine „Teilpension“ wäre ein möglicher Ausweg aus dem „alles oder nichts“-Prinzip, das sehr oft in einer BU-Pension mündet. Ein nicht unbeträchtlicher Teil chronisch erkrankter Menschen wünscht sich einen Zugang zum Erwerbsleben – in einer ihrer Krankheit angemessenen Form. Sich diesem Wunsch nach Teilhabe so konsequent zu entziehen, ist unverständlich und prolongiert die unhaltbare These, dass nur ganz gesunde Menschen Zugang zur Erwerbsarbeit haben können.

IV.) RAHMENBEDINGUNGEN FÜR INNOVATION SCHAFFEN

Überregulierung hemmt die Innovation in Österreich. Ein „Ausprobieren“ wird durch starre Regelungen im Keim erstickt. Fragt man Gründerinnen und Gründer, ist die Mehrheit überzeugt, dass in Österreich auch eine „Kultur des Scheiterns“ fehlt, dass es sich beim „Scheitern“ sogar um ein Tabuthema handelt. Dass Österreich keine optimalen Rahmenbedingungen für Innovation hat, wird auch vom jährlich erhobenen Global Innovation Index bestätigt: Von 25 untersuchten Ländern erreicht nur den 20. Platz (2015: 18. Rang!).¹⁸

¹⁸ <https://www.globalinnovationindex.org/analysis-economy>

„Kleine Schritte mit Hand und Fuß“
Bernhard Rupp, Arbeiterkammer Niederösterreich

Um frischen Wind in die Innovationsforschung für das Gesundheitssystem zu bringen braucht es Freiräume für Testregionen und Pilotprojekte sowie ein Innovationsbudget, das innovativen Ideen den Start erleichtert:

✓ **„Experimentierparagrafen“ schaffen**

Experimente brauchen Freiräume. Für innovative Forschungsmodelle, die dem Gesundheitssystem zu Gute kommen, soll eine Gesetzesbestimmung entstehen, wonach bestimmte Regulierungen/Normungen für die Testphase außer Kraft gesetzt werden können.

✓ **Kooperation mit der Wissenschaft unterstützen**

Ein regelmäßiger Austausch und Wissenstransfer von Forschung und Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen sind eine wichtige Basis für eine qualitativ hochwertige Weiterentwicklung des Systems. Initiativen, die den regen und unkomplizierten Austausch zwischen Wissenschaft und Stakeholdern der Gesundheitssystems fördern, müssen unterstützt werden.

✓ **Innovationsbudget**

Innovation kostet – eine lebendige Forschung verlangt eine entsprechende Finanzierung. Ein zweckgebundenes Innovationsbudget ist daher ein Schritt in die richtige Richtung.

BEST PRACTICE

Forschung und Sozialversicherung in Kooperation

In OÖ wird besonders stark mit der Forschung zusammengearbeitet: Regelmäßig findet zwischen der GKK OÖ und der Universität Linz ein Dialog statt. So können neue Erkenntnisse direkt verwertet werden.

Innovationsfond Deutschland

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erhielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, neue Versorgungsformen. Dafür hat die Bundesregierung einen Innovationsfond aufgelegt, dessen Fördersumme jährlich mit 300 Mio. Euro dotiert ist.

V.) PROZESSE UND SCHNITTSTELLEN KOORDINIEREN

Die Reform des Gesundheitswesens in Österreich scheitert seit vielen Jahren an den immer gleichen Problemen, die sich aus dem System heraus nicht- oder nur schwierig ändern lassen. Mehrmals hat der Rechnungshof, so auch in seinem Bericht 2017, darauf hingewiesen, dass strukturverändernde Reformen notwendig sind, um die Finanzierungslandschaft im Gesundheitssystem transparent und effizient zu gestalten

In Österreich sind die Kompetenzen im Gesundheitssystem auf eine Vielzahl von Akteuren (mehr als 60!) auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene aufgeteilt. Die Gesundheitsreform 2013 hätte schon für mehr Effizienz, Klarheit und Struktur im Gesundheitssystem sorgen sollen. Doch die zersplitterte

Kompetenzlage blieb weiterhin unverändert: Die Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung klappt auseinander. Von einer gemeinsamen Finanzierung aus einer Hand ist man weit entfernt. Für die Landesgesundheitsfonds fehlen einheitliche Vorschriften über Form und Gliederung der Jahresabschlüsse- der Rechnungshof hat daher auch die mangelnde Transparenz bei der Finanzierung mehrfach kritisiert. In den Ländern Burgenland und Salzburg waren trotz gleicher rechtlicher Grundlage Unterschiede bei der Finanzierung der Landesgesundheitsfonds festzustellen.

Unterm Strich steht fest: Wir haben zwar ein sehr teures Gesundheitssystem, aber schon lange nicht mehr die besten Ergebnisse. Input und Output im System müssen dringend angeglichen werden:

✓ **Finanzierung und Steuerung aus einer Hand**

Eine Finanzierung und eine zielgerichtete Steuerung aus einer Hand sind nötig, um Ordnung in das zerklüftete und schwerfällige System zu bringen und um die vorhandenen Mittel für alle nachhaltig und wirksam einzusetzen. Die Finanzierung muss bundesweit transparent gestaltet sein, sodass eine klare Verantwortung der Kostenentwicklung verankert wird. Dafür braucht es eine verantwortliche Stelle, welche die Kompetenzen in einer Hand vereinigt. Nur so können auch Kontrolle und Konsequenzen für (Fehl) Entwicklungen im Gesundheitssystem sichergestellt werden. Zahler und Anbieter sollen sich darauf verlassen können, dass für gleiche Leistung gleiche Preise bezahlt werden- so wird Ineffizienz transparent!

✓ **Das Zusammenspiel „Niedergelassener Bereich – stationärer Bereich“ strategisch sinnvoll koordinieren**

Ein Überangebot an Spitälern bzw. Spitalsbetten sowie attraktive Öffnungszeiten bewirken, dass die Patientinnen und Patienten oft lieber in die Spitalsambulanz gehen als zum Hausarzt. Dieser unreflektierte „Konsum“ an Gesundheitsdienstleistungen wird dadurch begünstigt, dass das Angebot im stationären Bereich vorhanden ist und gleichzeitig der niedergelassene Bereich nicht entsprechend ausgebaut wird. Eine Stärkung des niedergelassenen Bereichs ist dringend nötig aber nicht allein die Lösung für das zugrundeliegende Problem: Es gibt derzeit keine abgestimmte Strategie, wie niedergelassener und stationärer Bereich zusammenwirken können und sollen. Genau hier liegt der Handlungsbedarf: Abgestimmt auf die regionalen Erfordernisse müssen Lösungen geschaffen werden, die der medizinischen Versorgung im Sinne des „best point of service“ gerecht werden. Dafür braucht es eine Gesamtstrategie, wie die Patientinnen und Patienten sinnvoll im intra- und extramuralen Bereich versorgt werden.

Weitere Quellen:

Ludwig Boltzmann Institut: Health Promotion Research: Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Österreich - im internationalen Vergleich

HV Bevölkerungsbefragung 2016

Health at a glance 2016

Statistik Austria

IHS Health System Watch 2011: Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2: Was kann Österreich bei der Umsetzung noch lernen?

European Commission Public Health (2014): Chronic Disease Summit (3. – 4. April 2014)

Lukas Stärker: Zu den Pflichten der GKKs

Impressum:

Verantwortlich für Inhalt:

Dr. Gerald **Bachinger**, Sprecher der Patientenanwälte
Dr. Thomas **Czypionka**, Institut für Höhere Studien
Dr. Martin **Gleitsmann**, Wirtschaftskammer Österreich
Dr. Michael **Heinisch**, Vinzenz Gruppe
Dr. Eva **Höttl**, Gesundheitszentrum Erste Group
Dr. Georg **Paucek**, MEDICON medical consulting
Dr. Bernhard **Rupp**, Arbeiterkammer Niederösterreich

Kontakt für Rückfragen:

Mag. Bianca Fadler
Wirtschaftskammer Österreich
Wiedner Hauptstraße 63, 1045 Wien
T +43 (0)5 90 900-3714
E bianca.fadler@wko.at