



Vorschläge der Länder
zur
Reform
des
österreichischen Gesundheitswesens

4. März 2011

Präambel

Österreich verfügt über ein ausgezeichnetes und von den Menschen akzeptiertes und geschätztes Gesundheitssystem. Viele hochqualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten exzellente Arbeit. Die Entwicklungen des medizinischen Fortschritts und die hohe Qualität unseres Gesundheitssystems führen zu einer ständig steigenden Lebenserwartung. Unser vorrangiges Ziel in der Gesundheitspolitik muss daher vor allem die Ermöglichung eines langen Lebens bei guter gesundheitlicher Verfassung und hoher Lebensqualität sein. Dies setzt jedoch einen nachhaltigen Ausbau der Prävention voraus.

Herz-Kreislaufkrankungen stellen die führenden Todesursachen in den Industrieländern dar. 2009 wurden in Österreich rund 43 Prozent der Sterbefälle durch Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems verursacht. Darum muss der Schwerpunkt vor allem auch in der Vorsorge von derartigen Erkrankungen liegen. Alleine durch adäquate Ernährung und Bewegung können mehr als 50 Prozent dieser Erkrankungen verhindert werden.

Österreich muss weg von einer reinen Reparaturmedizin hin zum Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung. Heute wird österreichweit 1,9 Prozent des Gesundheitsbudgets für die Prävention aufgewendet. Dabei kommt ihr die allergrößte Bedeutung zu. Eine richtige Vorsorgearbeit beginnt schon im Kinder- und Jugendalter. Dort bestehen die größten Chancen einer Verhaltensänderung. Wir müssen aber in allen Altersbereichen – vom Kind bis zum älteren Menschen – und in allen wichtigen Lebensbereichen gesundheitsfördernde Maßnahmen setzen, mit dem Ziel, die Eigenverantwortung der Menschen für ihre Gesundheit und Lebensqualität zu stärken. Dies beginnt in Österreich bei Gesundheitsförderungsangeboten im Kindergarten- und Schulbereich und verläuft über das flächendeckende Netzwerk 'Gesunde Gemeinde' bis hin zur betrieblichen Gesundheitspartnerschaft.

Das österreichische Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Die steigenden Kosten des medizinischen Fortschritts, die demographische Entwicklung sowie die Zunahme chronischer Krankheiten erfordern eine nachhaltige Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Zudem muss die hochwertige

Spitzenmedizin weiterhin allen Bürgerinnen und Bürgern zugänglich sein und dauerhaft finanzierbar bleiben. Entwicklungen wie in anderen Ländern, wie zum Beispiel in England, wo die Leistungen des Gesundheitssystems nicht mehr allen Menschen uneingeschränkt zugänglich sind, müssen verhindert werden.

Ein föderal organisiertes Gesundheitswesen ist kein Hemmschuh für sinnvolle Reformen, sondern ermöglicht eine kostengünstige und qualitativ hochwertige wohnortnahe Versorgung.

Werden regionale Gegebenheiten zu wenig berücksichtigt, kann dies zu höheren Kosten führen. Das trifft insbesondere auf den Bereich der Strukturqualitätskriterien zu.

Die Patientin bzw. der Patient muss im Mittelpunkt stehen. Es gibt einen gesellschaftlichen Konsens über eine optimale medizinische Versorgung der Bevölkerung. Eine Planung und Vollziehung nahe an den Bürgerinnen und Bürgern ergibt daher die besten und effizientesten Lösungen. So müssen wir sowohl bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als auch im Spitalsbereich darauf achten, die flächendeckende, hochqualitative Versorgung so zu gestalten, dass sie auch mittel- und langfristig für den Bund, die Sozialversicherungsträger, die Gemeinden und für die Länder finanzierbar bleibt.

Die Bundesländer begrüßen daher und fordern ein, dass ein offener und konstruktiver Reformdialog über das Gesundheitswesen geführt wird und legen dazu Lösungsansätze vor.

Die Ausgangslage

Mangel an Planung, Steuerung und Finanzierung

Aufgrund einer fehlenden gemeinsamen Planung, Steuerung und Finanzierung des niedergelassenen, ambulanten und stationären Bereichs kommt es zu sektoralen Schnittstellenproblemen, insbesondere zu Doppelgleisigkeiten im Leistungsgeschehen. Das "Hin- und Herschieben von Patientinnen und Patienten" verursacht nicht nur unnötige Kosten, sondern muss vor allem im Sinne einer raschen und qualitativen Versorgung der Patientinnen und Patienten vermieden werden.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben derzeit keinen Anreiz, Spitalsambulanzen entlastende Maßnahmen wie zum Beispiel die Gründung fachübergreifender Zusammenschlüsse oder erweiterte Öffnungszeiten, insbesondere an Tagesrandzeiten, zu forcieren. Die medizinischen Leistungen werden daher nicht immer dort erbracht, wo sie für das öffentliche Gesundheitssystem und den Patientinnen und Patienten am effizientesten und effektivsten geleistet werden können. Österreich liegt mit einem Ausgabenanteil von ca. 40 Prozent für die stationäre Versorgung im europäischen Spitzenfeld.

Diskrepanz von Kompetenz und Verantwortung

Die Finanzierungsverantwortung der Länder und Sozialversicherungsträger deckt sich nicht mit ihrer Aufgaben- und Ausgabenverantwortung. Die jährlichen Kostensteigerungen im laufenden Betrieb der Krankenhäuser einschließlich der Mehrkosten des medizinischen Fortschrittes gehen nahezu ausschließlich zu Lasten der Länder und Gemeinden.

Weitgehend fehlende PatientInnensteuerung

Die Koordinierung und Steuerung der für die Patientinnen und Patienten notwendigen Behandlungen ist verbesserungswürdig. Durch eine enge, von den Patientinnen und Patienten als willkommene Dienstleistung wahrgenommene

Begleitung während des gesamten Behandlungsverlaufes können überflüssige Konsultationen von Fachärzten und Fachärztinnen vermieden werden.

Anzustreben ist eine bessere Vernetzung intramuraler und extramuraler Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter, um unnötige und teure Wege für die Patientinnen und Patienten zu verhindern.

Zu hohe Dichte an Akutbetten

Die hohe Dichte an Akutbetten führt zu einer angebotsinduzierten Nachfrage und zu einer im internationalen Vergleich deutlich überhöhten stationären Krankenhaushäufigkeit. Viele Behandlungen, die in anderen Ländern tagesklinisch oder ambulant erbracht werden, sind in Österreich mit teuren und für die Patientinnen und Patienten vermeidbaren stationären Spitalsaufenthalten verbunden, so zum Beispiel bei Kataraktoperationen.

Fehlende Leistungsdokumentation

Im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich gibt es eine unzureichende bzw. keine einheitliche Leistungsdokumentation und keine Diagnosencodierung. Es fehlen daher valide und sektorenübergreifende Daten als Entscheidungsgrundlage für die Frage, welche konkreten Leistungen für die Patientinnen und Patienten in welchem Versorgungsbereich effizient und effektiv erbracht werden können.

Uneinheitliche Parameter zur Qualitätsmessung

Zudem fehlen einheitliche Daten als Grundvoraussetzung für die Messung und Optimierung der Prozess- und Ergebnisqualität.

Mehrbedarf an Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal

Verschiedene Studien und Berichte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich weisen insbesondere aufgrund demographischer Entwicklungen auf einen möglichen drohenden Mehrbedarf an ärztlichem und nichtärztlichem Personal im Gesundheitswesen hin. Ohne wirksame Gegenmaßnahmen könnte diese Entwicklung die Versorgung der Bevölkerung mit den notwendigen Gesundheitsleistungen gefährden.

Ziele einer Neuordnung des Gesundheitswesens

Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung auf allen Ebenen

Prävention und Gesundheitsförderung auf allen Ebenen haben oberste Priorität. Ziel muss eine Bewusstseinsänderung in den Köpfen der Menschen sein. Das richtige Gewicht, vernünftige Ernährung, ausreichend Bewegung, der Lebensstil, das alles spielt eine große Rolle.

Jede und jeder von uns in der Gesellschaft kann und muss aber für ihr bzw. sein Wohlbefinden auch selbst sehr viel beitragen. Es geht hier nicht nur um die Frage, lang leben, alt werden, es geht vor allem um Lebensqualität im Alter. Wir wollen, dass die Leute alt werden, wir wollen aber auch, dass sie gesund alt werden. Und daher ist der Schwerpunkt Prävention und gezielte Gesundheitsförderung der einzig richtige Ansatz. Zusätzlich sollten Überlegungen zur Schaffung von Anreizsystemen für die Bevölkerung angestellt werden

Programme zur besseren Behandlung von Zivilisationskrankheiten

Durch einheitliche Behandlungsprozesse und Strategien sollen vor allem bei den häufigsten "Zivilisationskrankheiten" wie Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Adipositas etc. die Behandlungserfolge für die Patientinnen und Patienten verbessert und "leere Kilometer" vermieden werden (z. B. durch den Einsatz von Disease-Management-Programme).

Zusammenlegung von Planung, Steuerung und Finanzierung

Durch eine gemeinsame Planung, Steuerung und Finanzierung über alle Sektoren des Gesundheitswesens können mittel- bis längerfristig bestehende Parallelstrukturen aufgelöst und Schnittstellenprobleme verhindert werden. Die Planungen sollen vor allem auf eine optimierte Behandlungsqualität und nicht auf bloße Strukturqualität gerichtet sein.

Abgestufte Leistungserbringung

Die Leistungen sollen in jenem Sektor erbracht werden, in dem dies qualitätsgesichert am kostengünstigsten möglich ist. Es gilt die Hypothese: "ambulant vor stationär".

Bündelung der fachärztlichen Versorgung

Die fachärztliche Versorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich muss so aufeinander abgestimmt werden, dass eine wirksame gegenseitige Entlastung und Unterstützung eintritt. Unterversorgungen an den Tagesrandzeiten und Wochenenden sind zu vermeiden. Daher ist eine Bündelung der fachärztlichen Versorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich unter Vermeidung von Doppelstrukturen besonders wichtig.

Versorgungsstruktur: wohnortnahe und bedarfsgerecht

Die Leistungsanbieterinnen und -anbieter im Gesundheitssystem sollen so auf einander abgestimmt sein, dass eine bestmögliche Versorgung nach definierten Kriterien wie zum Beispiel Erreichbarkeit und Behandlungsqualität etc. gewährleistet ist. So sollen abgestufte, wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen aufgebaut werden.

Optimale Versorgung mit Arzt- und Pflegepersonal

Weiterhin muss den Menschen eine optimale Versorgung des Gesundheits- und Krankenversorgungssystems mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im ärztlichen und pflegerischen Bereich garantiert werden. Durch entsprechende Planung und das Setzen von Maßnahmen auf unterschiedlichen Gebieten, beispielsweise im Bereich der Ausbildung oder der Tätigkeitsbereiche der Gesundheitsberufe, kann eine adäquate Versorgung auch in Zukunft gewährleistet werden.

Erforderliche Maßnahmen

- **Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung**

Die Vermeidung von Krankheiten durch sinnvolle präventive Maßnahmen und ein gesundheitsbewusstes Verhalten muss in der Gesundheitspolitik höchste Priorität haben. Daher muss die Prävention und Gesundheitsförderung auf allen Ebenen und auf Grundlage von wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen (evidenzbasiert) kontinuierlich verbessert werden.

- **Planung, Steuerung und Finanzierung**

Die Länder bekennen sich zu einer einvernehmlich festzulegenden fixierten Rahmenplanung auf Bundesebene; diese ist in Teilbereichen ausbaufähig und auch ausbauwürdig. Das bedeutet bundesweite überregionale Vorgaben für Planung, Steuerung und Finanzierung, die im Rahmen von weiterentwickelten Gesundheitsplattformen partnerschaftlich zwischen Land und Sozialversicherung sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich verbindlich regional umgesetzt werden.

Die Landesgesundheitsplattformen sollen zu zentralen Planungs-, Steuerungs- und Finanzierungsgremien auf Landesebene weiterentwickelt werden in denen unter Einbindung aller Systempartner partnerschaftlich rechtsverbindliche Entscheidungen getroffen werden.

Auf Landesebene soll ein Topf aus Mitteln des Bundes, der Länder und Gemeinden und der Sozialversicherung gespeist werden, wobei eine Zuordnung der Mittel der bundesweiten Versicherungsträger auf die Länder erforderlich ist.

Der jährlich steigende Mittelbedarf und die daraus resultierenden jährlich steigenden Abgänge der Krankenanstalten sind von den Systempartnern Bund, Land, Gemeinden und Sozialversicherung nach einem im vorhinein zu vereinbarenden Schlüssel partnerschaftlich zu tragen (Aufhebung der Deckelung der Beiträge der Sozialversicherung und des Bundes).

Dabei ist von besonderer Bedeutung:

- Definition des jeweiligen Versorgungsauftrags
- bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Spital und niedergelassenem Bereich
- Abstimmungsmechanismus für teure und innovative Medikamente
- interdisziplinäre Aufnahmeeinheiten an der Nahtstelle stationär/ambulant

- **Stärkung der Versorgungswirksamkeit des niedergelassenen Bereichs**

- Schaffung von integrierten Versorgungsmodellen
- Stärkung der Rolle der Hausärztin bzw. des Hausarztes

- **Stärkung der Prozess- und Ergebnisqualität**

Der Bund soll für den intra- und extramuralen Bereich einheitliche Standards für die Dokumentation und Erfassung von Prozess- und Ergebnisqualität vorgeben. Für die Vergleichbarkeit der medizinischen Leistungen ist eine adäquate Messung der medizinischen Prozess- und Ergebnisqualität erforderlich.

- **Einheitliche Leistungs- und Diagnosedokumentation**

Die Arbeiten zum Projekt "Katalog ambulanter Leistungen" sind mit dem Ziel fortzusetzen, eine einheitliche und valide Datenbasis für die Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten ambulanten Bereichs zu ermöglichen.

Darüber hinaus sind die Arbeiten zur Schaffung von Grundlagen zur Modellentwicklung einer Finanzierung im ambulanten Bereich auf Basis der bestehenden Dokumentation und der Bewertungsrelation zum Katalog ambulanter Leistungen zu beginnen.