

Masterplan Gesundheit

Einladung zum Dialog

Strategische Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung
des österreichischen Gesundheitswesens
aus Sicht der Sozialversicherung

November 2010

1.1 Ausgangslage

Österreich ist eines der reichsten Länder der Welt. Die **Menschen** sind mit unserem **Gesundheitssystem sehr zufrieden**. In internationalen Rankings bekommt das österreichische Gesundheitssystem gute Bewertungen, vor allem wegen der guten Zugänglichkeit für alle Bürgerinnen und Bürger.

Mit einer durchschnittlichen **Lebenserwartung von 80,4 Jahren** erreichen die Österreicherinnen und Österreicher ein hohes Lebensalter, verlieren aber mehr als 20 Jahre an Lebensqualität durch Krankheit. Damit schneiden wir im EU-Schnitt verhältnismäßig schlecht ab, dies trotz hoher Gesundheitsausgaben.

Mit **3.970 US-Dollar pro Kopf** liegt **Österreich** nach Luxemburg und den Niederlanden an dritter Stelle der verglichenen EU-Länder. Mit diesem Wert liegt Österreich auch deutlich über dem Schnitt der 21 vergleichbaren EU-Länder. Nach aktuellen Prognosen des IHS werden die Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2030 auf über 12,5 % des Bruttoinlandproduktes steigen. Kontinuierlich **steigend** sind auch die **pro-Kopf-Kosten im Bereich der Spitäler**. Legt man diese Steigerungen auf die bestehenden Finanzierungsquellen um, lässt sich erkennen, dass entweder die Abgaben- und Steuerlast dramatisch ansteigen wird oder weitere **Schuldenaufnahmen** für die laufenden Gesundheitsausgaben getätigt werden müssen. Wir haben ein sehr gutes System, im internationalen Vergleich jedoch hohe Kosten.

Die bisherigen Diskussionen rund um das österreichische Gesundheitswesen zäumen das Pferd von hinten auf. Statt über Strategien wird über Strukturen, statt über den Bedarf wird über bestehende Einrichtungen, statt über gemeinsame Ziele wird über Machtabsicherung diskutiert.

Soziodemografische Veränderungen

Wie in vielen entwickelten Ländern ist auf Grund **sinkender Geburtenraten** und **steigender Lebenserwartung** ein demografischer Alterungsprozess in Gang gekommen, sodass mit einem Sinken des Anteils der unter 20-Jährigen und einem Ansteigen des Anteils der über 65-Jährigen zu rechnen ist („doppelte Alterung“). Dadurch wird im Jahr 2020 der Anteil der über 65-Jährigen den der 0- bis 19-Jährigen übersteigen. **Fast ein Viertel** der Österreicherinnen und Österreicher **wird 2030 älter als 65 Jahre sein** und entsprechender **Gesundheitsversorgung sowie Pflege** bedürfen, die vom sinkenden Anteil der 20- bis 64-Jährigen zu finanzieren ist. Durch die Reduktion der Jungen und damit der Hauptbeitragszahlerinnen und Hauptbeitragszahler entstehen finanzielle Probleme auf der Aufkommenseite und Engpässe bei den Humanressourcen im Gesundheits- und Pflegewesen. Da diese beiden Faktoren zusammenwirken, ergibt sich wiederum die Dringlichkeit des Handelns.

Chronische Krankheiten

Eine der größten Herausforderungen ist die **ständig wachsende Zahl** jener Menschen, die an **chronischen Krankheiten** leiden und kontinuierlich mit Krankheit leben. Bisher wurden chronisch Kranke **sequenziell versorgt**. Viele der bestehenden Probleme bei der Versorgung chronisch Kranker stehen in engem Zusammenhang mit der weit verbreiteten Vorstellung der Patientinnen und Patienten als passive Empfängerinnen und Empfänger von medizinischen Leistungen.

Statt auf Krankheit, den Blick auf Gesundheit lenken

Der Fokus im österreichischen **Gesundheitswesen** liegt derzeit auf der individuellen Reparaturmedizin und nicht auf einem ganzheitlichen Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit. Das österreichische Gesundheitssystem handelt **zu wenig gesundheitsorientiert**. Die Folge ist eine hohe Zahl vermeidbarer chronischer Erkrankungen der Menschen, wie z.B. ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfall, Asthma bronchiale, etc. Die Ausgaben für Prävention betragen in Österreich lediglich 1,5 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben (EU: 2 %). Umfassende **bevölkerungsgruppenspezifische Maßnahmen fehlen** gänzlich. **Österreichweit gibt es keine einheitlichen Gesundheitsziele** an denen sich alle Akteure im Gesundheitswesen orientieren.

Kompetenzzersplitterung und einrichtungsorientierte Finanzierung

Die österreichische **Bundesverfassung** sieht eine **Trennung der Kompetenzen** im Gesundheitswesen zwischen Krankenanstalten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vor, mit negativen Folgen. Durch die Fragmentierung der medizinischen Versorgung kommt es zu Informationsverlusten an den Schnittstellen, oft aber auch zu **Über-, Unter- und Fehlversorgungen** der Patientinnen und Patienten.

Im **Spitalsbereich** sind die Kompetenzen darüber hinaus erneut geteilt. Der **Bund** ist für die **Grundsatzgesetzgebung** und die **Länder** sind für die **Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung** zuständig. Dies führt dazu, dass **jedes Bundesland andere Regelungen und Planungsgrundsätze** hat und diese unterschiedlich umsetzt.

Die Versorgung erfolgt nicht nach dem Bedarf, sondern nach den Zuständigkeiten der Akteure im Gesundheitswesen. Behandlungen werden teilweise nicht von der fachlich am besten geeigneten Leistungsebene erbracht. Dies führt zu **Qualitätseinbußen**. Patientinnen und Patienten werden zwischen Spital und niedergelassenem Bereich hin und hergeschoben. Dabei bedeutet die Behandlung auf einer nicht adäquaten Versorgungsebene meist **volkswirtschaftliche Mehrkosten**.

Mangelnde sektorenübergreifende Planung

Derzeit erfolgt die Planung im intramuralen und im extramuralen Bereich völlig getrennt. Einzelne Schritte zu einer Vernetzung blieben bisher in den Ansätzen stecken.

In Österreich wird Planung in erster Linie als Kapazitätsplanung aufgefasst. Diese erfolgt über die Systeme des ÖSG/RSG und der Stellenplanung. Die derzeitige **Rahmenplanung** ist **vergangenheitsorientiert, nicht sektorenübergreifend** und **nicht ganzheitlich** ausgerichtet. Die „Regionalen Strukturpläne Gesundheit“ sind weder umfassend noch **gesundheitspolitisch zielorientiert**. Prävention und Gesundheitsförderung fehlen gänzlich. Einzelne Versorgungsbereiche werden gar nicht berücksichtigt.

Darüber hinaus **fehlt** im Gesundheitswesen eine **ganzheitliche Finanzplanung**.

Sakrileg – „Qualitätskontrolle“

Das **österreichische Gesundheitswesen** befasst sich im internationalen Vergleich viel **zu wenig** mit dem Thema **Qualität und Evidenz**. Umfassende Qualitätsberichte fehlen ebenso, wie eine offene Fehlerkultur. International zeigt sich, dass die Zukunft im umfassenden Qualitätsmanagement und einem offenen und transparenten Umgang mit Qualitätsmängeln sowie Fehlern liegt. Die zersplitterten Strukturen erschweren zudem eine Qualitätsorientierung.

1.2 Warum erstellt die Sozialversicherung einen Masterplan?

Die **österreichische Sozialversicherung** vertritt **8,3 Millionen Österreicherinnen und Österreicher**. Diese 8,3 Millionen Menschen zahlen jährlich rund **13 Mrd. Euro Beiträge** an die Krankenversicherungsträger, damit werden rund **drei Viertel der öffentlichen Gesundheitsausgaben** bestritten (ohne Pflege). Die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler haben ein Recht darauf, dass diese Mittel effektiv und effizient werden (Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, Erhöhung der PatientInnenorientierung, Qualitätsverbesserung). Dies betrifft nicht nur die Krankenkassen, sondern alle Gesundheitseinrichtungen, die mit diesen Beiträgen finanziert werden, wie der Spitalsbereich, in dem die Sozialversicherung ein wesentlicher Financier ohne Mitspracherecht ist.

Unsere Beweggründe für den Masterplan Gesundheit

Internationale Vergleiche zeigen, dass in jenen Bereichen, in denen die Sozialversicherung die alleinige Verantwortung trägt, sorgsam mit finanziellen Mitteln umgegangen wird. Die österreichische **Sozialversicherung** hat **2009** ein **Sanierungskonzept „Gesundheit: Finanzierung sichern – Langfristige Potenziale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung“** erarbeitet. Das Maßnahmenportfolio sieht für den Zeitraum 2010 bis 2013 ein **Kostendämpfungsvolumen** von insgesamt **1,725 Mrd. Euro** vor. Die Umsetzung erfolgt durch verbindliche Zielvereinbarungen mit den Krankenversicherungsträgern. Der Sanierungspfad sieht für 2010 ein Kostendämpfungsvolumen von insgesamt 197 Mio. Euro vor. Das halbjährliche Monitoring der Finanzziele (15. März und 15. September) zeigt, dass die Krankenversicherungsträger heuer insgesamt ihre Finanzziele erreichen werden.

Die **Sozialversicherung** strebt darüber hinaus eine **ganzheitliche Reform** an, die **alle Sektoren** des Gesundheitswesens umfasst, weil die Herausforderungen an das Gesundheitswesen nur gemeinsam gemeistert werden können. Alle Financiers werden daher zu einem **Reformdialog** eingeladen, um gemeinsame Reformschritte verbindlich zu vereinbaren und umzusetzen.

1.3 Paradigmenwechsel

Unsere Vision: „Länger selbstbestimmt leben bei guter Gesundheit“

Um die Vision, ein längeres selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit, für alle Bürgerinnen und Bürger, unabhängig von ihrem Einkommen oder sozialem Status, zu erreichen, fordert die Sozialversicherung einen Paradigmenwechsel im österreichischen Gesundheitswesen. Wir verlangen die **Fokussierung auf die Bevölkerungsgesundheit** und eine **patientenorientierte Versorgung an Stelle einer Finanzierung von Institutionen**.

Reformschritte zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens müssen darauf ausgerichtet sein, **drei zentrale Ziele** des Gesundheitswesens bestmöglich zu erfüllen:

- Verbesserung der **Gesundheit** der österreichischen **Bevölkerung**
- Orientierung am **Bedarf der Bevölkerung**
- Sicherstellung einer **nachhaltigen und fairen Finanzierung**.

Das Ziel der Verbesserung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung umfasst auch die Reduktion von Ungleichheiten bei der Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung. Die Wahrung der Menschenwürde, die Vertraulichkeit beim Umgang mit medizinischen Daten und Bewusstseinsbildung der Menschen und deren Familien bezüglich ihrer Gesundheit sind wesentliche Elemente eines funktionierenden Gesundheitssystems. Die Sicherstellung einer nachhaltigen und fairen Finanzierung verhindert, dass in Österreich Menschen aufgrund von Krankheit und der damit verbundenen Kosten in existenzbedrohende finanzielle Schwierigkeiten geraten.

Die strategische Ausrichtung des Gesundheitswesens muss sich an bundesweiten Gesundheitszielen orientieren. Einige Bundesländer haben Landesgesundheitsziele, eine **gemeinsame Entwicklung von Bundesgesundheitszielen** ist jedoch noch ausständig. Gemeinsame Ziele stellen das Fundament einer nachhaltigen Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems dar.

Transparenz und Beteiligung fördert die Identifikation der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen. Transparenz unterstützt darüber hinaus ein zielorientiertes Vorgehen, weil es die Spielräume nicht effizienten Handelns einschränkt. Die Beteiligung der Betroffenen an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens kann auch durch Selbsthilfegruppen erfolgen. Wesentlich ist jedoch die Beteiligung der Menschen, die eigene Gesundheit zu fördern und bei der Krankenbehandlung eine aktive Rolle zu spielen, um den Behandlungserfolg zu beschleunigen und zu optimieren. Eine verstärkte **Qualitätsorientierung** spielt dabei eine wichtige Rolle.

Die Sozialversicherung fordert eine verstärkte **Prozessorientierung** im österreichischen Gesundheitswesen. Die Gesundheitsreform soll nicht Einrichtungsstrukturen, sondern vorrangig die Bevölkerung mit ihren Bedürfnissen in den Vordergrund stellen. Dies bedeutet, dass nicht die vertikale Betrachtung der einzelnen Sektoren (niedergelassener Bereich, Spitalsambulanzen, stationärer Bereich der Krankenhäuser, etc.), sondern die horizontale Betrachtung der Patientenkareer die dominierende Perspektive darstellt.

1.4 Kernforderungen

Der Masterplan Gesundheit will einen grundlegenden Kurswechsel anregen. Zur Erreichung der strategischen Ziele ist ein Maßnahmenbündel notwendig. Im Rahmen einer „Allianz der gesunden Vernunft“ soll ein Dialog gestartet werden, der in einer umfassenden Reform mündet. Die österreichische Sozialversicherung ruft daher alle Beteiligten nachdrücklich dazu auf, sich an einem gemeinsamen „**Gesundheitsreformdialog für Österreich**“ auf breiter Ebene zu beteiligen.

1. Entwicklung von Gesundheitszielen!

„Zielgerichtet gestalten statt anlassbezogen reagieren“

Österreich ist eines von wenigen europäischen Ländern, das keine nationalen Gesundheitsziele definiert hat. Diese Gesundheitsziele müssen die Grundlage des Handelns aller Verantwortlichen im Gesundheitswesen sein. Die Zielerreichung muss jährlich evaluiert werden und in einer verständlichen Gesundheitsberichterstattung transparent gemacht werden.

Bereits seit 2009 sieht die 15a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern die Entwicklung von österreichweiten Gesundheitszielen vor. Derzeit existieren lediglich in manchen Bundesländern einzelne Landesgesundheitsziele, mit unterschiedlicher Themensetzung, Intensität und unterschiedlichen Zeithorizonten.



Der Bund wird daher dringend aufgefordert, im Rahmen der Bundesgesundheitskommission einen Prozess zur Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen zu initiieren, die sich an den WHO-21 Grundsätzen orientieren. Für den Bereich der Sozialversicherung übernimmt der Hauptverband eine koordinierende Rolle zwischen den Trägern.



Diese Gesundheitsziele sollen Politikfeld übergreifend formuliert werden (HiAP – Health in All Policies).

2. Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung

„Mehr Gesundheit durch einen ganzheitlichen Ansatz“

Notwendig ist ein **Paradigmenwechsel** von der reinen Reparaturmedizin. Gesundheitsförderung und Prävention ist auszubauen.

Neben der Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz brauchen wir **gesunde Lebenswelten**, wie Betriebe oder Schulen sowie gesellschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen, die den Menschen in Österreich ermöglichen, gesund zu bleiben.

→ Maßnahmen müssen daher österreichweit und flächendeckend umgesetzt werden. Aktionspläne sind ressortübergreifend zu erstellen. Für den Bereich der Sozialversicherung übernimmt der Hauptverband eine koordinierende Rolle zwischen den Trägern. Der Bund hat eine an Gesundheitszielen orientierte Umsetzung im Bereich der Länder zu gewährleisten.

→ Die Politik hat gesetzliche Grundlagen zum Ausbau der Gesundheitsförderung zu schaffen.

3. Planung, Steuerung und Qualitätssicherung auf österreichischer Ebene

„Voraussetzung für eine dynamische und strategische Entwicklung des Gesundheitswesens“

Gefordert ist der Blick über den Tellerrand. Die Planung muss in Zukunft bundesweit bedarfsgerecht erfolgen. Sie darf nicht wie bisher vergangenheitsorientiert sein, sondern muss nach einem objektiv festgestellten Bedarf auf Basis epidemiologischer Daten erfolgen. Die Detailplanung kann nur dezentral und unabhängig von den Leistungsanbietern durchgeführt werden.

→ Die Rahmenplanung ist österreichweit einheitlich durchzuführen (Abschied vom derzeitigen ÖSG als Planungsgrundlage). Bund, Länder und Sozialversicherung haben eine neue Planungsgrundlage zu erarbeiten. Die Planungsgrundsätze (z.B. Planung in Versorgungszonen) sind verpflichtend zu berücksichtigen.

→ Strategische Rahmenplanung muss sich an Gesundheitszielen, an international anerkannten Grundsätzen (evidence based health policy) und am tatsächlichen Bedarf orientieren.

→ Zeitpläne und Meilensteine sind bei der Rahmenplanung festzulegen.

→ Als Instrument wird die Balanced Score Card (BSC) vorgeschlagen.

→ Ein unabhängiges Controlling zur Überprüfung des Umsetzungsstandes ist einzurichten.

→ Die Detailplanung bleibt dezentral und grundsätzlich unabhängig von den Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern.

→ Die Einhaltung der Rahmenplanungsvorgaben wird durch Anreize sichergestellt.

→ Die Politik ist gefordert, für den Bereich der niedergelassen Ärztinnen, Ärzte und der Spitalsambulanzen eine verpflichtende Diagnose-Codierung vorzusehen.

→ Der Gesetzgeber hat die Schaffung einer objektiven Datengrundlage zur Ermittlung eines evidenzbasierten Bedarfs sicherzustellen.

→ Ein gemeinsames Datawarehouse für das österreichische Gesundheitswesen ist zu schaffen.

→ Die Bedarfsplanung erfolgt in Zukunft ohne Anbieter.

- ➔ Bei kooperativen Finanzierungsmodellen ist eine allfällige Mitsprache von Leistungsanbietern vertraglich zu regeln.
- ➔ Neben der jährlichen Budgetierung ist eine mittelfristige Finanzrahmenplanung aller Sektoren zu erstellen.
- ➔ Ziel ist eine gesamthafte Finanzplanung für das Gesundheitswesen inklusive vereinbarter Konsolidierungsmaßnahmen aller Bereiche parallel zur 4-jährigen Finanzrahmenplanung des Bundes.

Die Verteilung der Mittel ist an Bedarfskriterien auszurichten. Es gilt der Grundsatz: Erst ein an gemeinsam formulierten Gesundheitszielen orientierter Bedarf löst Zahlungsströme aus.

4. Der/die selbstbestimmte eigenverantwortliche Versicherte

„Vom Lippenbekenntnis zum Lebensprinzip“

Ein modernes Gesundheitssystem setzt auf die aktive und eigenverantwortliche Mitwirkung der Versicherten. Dies braucht neben der Bereitschaft der Beteiligten auch die nötige Gesundheitskompetenz. Der Mensch ist eigenverantwortlicher Gestalter seiner persönlichen Lebenswelt.

Die Sozialversicherung setzt auf das Prinzip **„Transparenz und Beteiligung“** und fordert:

- ➔ Patientinnen und Patienten sind durch Informationen und Schulungen im Sinne von Empowerment einzubeziehen. Die Akademie des Hauptverbandes kann durch Ausbildungen für Trainer einen Beitrag leisten.
- ➔ Auf Zielgruppen und Lebenssituationen von Bevölkerungsgruppen abgestimmte Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention sind österreichweit zu implementieren.
- ➔ Versicherte sollen sich zeitnahe über die konsumierten Leistungen informieren können.
- ➔ Qualitätsberichte sind für die Bereiche der Primärversorgung, Krankenanstalten und für die eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung zu erstellen.
- ➔ Versicherte sollen zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen und Formen der integrierten Versorgung motiviert werden. Instrumente für eine verstärkte Teilnahme und das Empowerment der Patientinnen und Patienten an Modellen zur integrierten Versorgung sind zu schaffen.

Die Sozialversicherung bekennt sich zur Stärkung der Patientensicherheit und des Konsumentenschutzes.

- ➔ Das Sachleistungsprinzip ist auch im Falle eines vertragslosen Zustandes sicher zu stellen. Dies kann durch Verrechnungsübereinkommen und Nachwirkung der bestehenden Gesamtverträge erfolgen.

- ➔ Selbsthilfegruppen sind durch eine interessenunabhängige öffentliche Basisfinanzierung durch den Bund zu stärken.
- ➔ Die Kompetenzen der Patientenadvokatur sind gesetzlich um den niedergelassenen Bereich zu erweitern.
- ➔ Die Sozialversicherung wird die Zusammenarbeit mit professionellen Konsumentenschutzinstitutionen intensivieren.
- ➔ Regelmäßige Versichertenbefragungen sind durch den Hauptverband zur Erhebung der Servicequalität im Gesundheitswesen durchzuführen.

Die **Sozialversicherung** bekennt sich klar zu den neuen Kommunikationsformen und zum Einsatz der **e-health** Technologien.

- ➔ Der elektronische Gesundheitsakt muss im Interesse der Patientinnen und Patienten am Ort der Behandlung aktuelle Informationen über Vorfunde und Krankheitsverlauf verfügbar machen.
- ➔ Das Patientenrecht auf ELGA setzt eine verpflichtende Teilnahme der Gesundheitsdienstleister voraus. Patientinnen und Patienten nehmen an ELGA teil, haben aber die Möglichkeit zum opting-out.
- ➔ Die Zugangsberechtigung muss über die bestehende e-card Infrastruktur erfolgen.

5. Entwicklung strukturierter Programme zur Behandlung chronisch Kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten

„Disease Management wirkt!“

Chronische Massenerkrankungen und Patientinnen und Patienten mit schweren multiplen Krankheiten bedürfen besonderer strukturierter Betreuungsformen. Patientinnen und Patienten dürfen nicht durch fehlende Behandlungspfade und unterschiedliche Finanzierungsströme zum Spielball im System werden.

Um die Betreuung chronisch Kranker zu verbessern, sind als erster Schritt jene Diagnosen festzulegen, die prioritär einer integrierten Versorgung bedürfen. Für die Behandlung von chronischen Erkrankungen haben sich international **Disease Management Programme** bewährt. Die Sozialversicherung verfolgt das Ziel, dass bis Ende 2015 mindestens zwei Drittel der medikamentös versorgten Diabetiker im neuen Disease Management Programm eingeschrieben sind. Der Erfolg hängt in einem entscheidenden Maße davon ab, ob es gelingt, die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen als selbstverantwortliche, informierte und kompetente Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsleistungen in das Behandlungsmanagement einzubeziehen.

- ➔ Neben dem bestehenden DMP für Diabetes sind für weitere 10 Krankheitsbilder strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln. (Diesbezüglich wurden bereits Vorarbeiten in der SV geleistet.)
- ➔ Disease Management Programme müssen sektorenübergreifend entwickelt werden. Die Sozialversicherung ist dazu bereit, künftig solche Programme gemeinsam mit den Spitalsverantwortlichen zu erarbeiten.
- ➔ Für Disease Management Programme sind Behandlungspfade österreichweit durch Richtlinien vorzugeben. (Wer macht was? Wo und in welcher Reihenfolge erhält der Patient welche Leistungen?)
- ➔ Gesundheitsdienstleister, die an Disease Management Programmen teilnehmen, sind durch die Sozialversicherung zu zertifizieren.
- ➔ Die Aufgaben des Allgemeinmediziners bzw. der Allgemeinmedizinerin sind im Rahmen solcher Programme neu zu definieren.
- ➔ Der Allgemeinmediziner und die Allgemeinmedizinerin müssen im Rahmen von Disease Management Programmen die Funktion eines verantwortlichen Gesundheitskoordinators übernehmen.
- ➔ Der Allgemeinmediziner und die Allgemeinmedizinerin der Zukunft haben die Aufgabe, den Patientinnen und Patienten den optimalen Behandlungsweg verständlich und überschaubar zu machen.
- ➔ Das Bezahlungssystem muss qualitäts- und ergebnisorientierte Anreize vorsehen.
- ➔ Disease Management Programme bedürfen der Unterstützung durch nichtärztliche Gesundheitsberufe (z.B. Schulung von Patientinnen und Patienten, Unterstützung bei der Behandlungsführung)

Multimorbide Patientinnen und Patienten sind durch individuelles Krankheitsmanagement (Case-Management) zu unterstützen.

- ➔ Die Aufgaben und Ausbildung von Case-Managern und -Managerinnen sind bundesweit einheitlich und verpflichtend durch den Gesetzgeber zu definieren.
- ➔ Eine ausreichende Anzahl von sektorenübergreifend tätigen und finanzierten Case-Managern und -Managerinnen muss installiert werden.
- ➔ Die Case-Manager und -Managerinnen müssen für ein geregeltes Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM) an den Nahtstellen sorgen.

6. Neue Versorgungsstrukturen zur Verbesserung der Patientenorientierung

„Krankheit kennt keine Öffnungszeiten“

Integrierte Versorgung bedarf eines neuen ganzheitlichen Zugangs der sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert. Lediglich Gruppenpraxen gleicher Fachrichtungen sind gesundheitspolitisch zu wenig. Angebote sind zwischen allen Leistungserbringern abzustimmen und an die Patientinnen und Patienten zu kommunizieren.

Organisatorische Integration von Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern oder ganzer Versorgungsregionen (**Modellregionen**) fördern eine patientenorientierte ganzheitliche Betreuung.

- ➔ Neue Versorgungsstrukturen (interdisziplinäre Ärzte GmbHS, Kassenambulatorien, Spitalsambulanzbereiche und Institute) müssen künftig prozessorientiert ausgerichtet sein und integrierte Gesundheitsdienstleistungen anbieten. Der Transfer von Leistungen bedingt dabei auch den Transfer von finanziellen Mitteln.
- ➔ Pauschalvergütungen für umfassende Dienstleistungen und Krankheitsepisoden sind zu vereinbaren und umzusetzen.
- ➔ Öffnungszeiten müssen an den Bedarf der Patientinnen und Patienten angepasst werden. Sie sind bei der Angebotsplanung zwischen allen Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen abzustimmen und festzulegen.
- ➔ Die Ausbildung der Gesundheitsberufe ist an die Anforderungen der integrierten Versorgung anzupassen.
- ➔ Die Rolle nichtärztlicher Gesundheitsberufe muss in qualitativer und quantitativer Hinsicht verstärkt werden. Künftig sollen diese entsprechend ihrer Qualifikation auch Aufgaben wahrnehmen, die derzeit ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind. Dies ist bei der Angebotsplanung zu berücksichtigen.
- ➔ Neue Berufsbilder müssen geschaffen werden (z.B. community nurses).
- ➔ Apotheker sollen entsprechend ihrer Qualifikation mehr Aufgaben im Gesundheitswesen übernehmen (Polypharmazie).

7. Qualität messbar machen

„Wettbewerb der Besten um Qualität“

Die Sozialversicherung wird einen Wettbewerb der Gesundheitsdienstleister um Qualität initiieren. Sektorenübergreifende Parameter für Struktur, Prozess und Ergebnisqualität müssen entwickelt werden. Entscheidende Kriterien für die Qualitätsmessung sind **Objektivität und Transparenz**.

Dazu sind folgende Voraussetzungen zu schaffen:

- ➔ Sektorenübergreifende Qualitätsparameter für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind vom Bund zu erarbeiten.
- ➔ Die Evaluierung dieser Parameter erfolgt durch ein unabhängiges Qualitätsinstitut.
- ➔ Die Evaluierungsergebnisse sind durch regelmäßige Qualitätsberichterstattung offenzulegen.
- ➔ Für spezielle kassenärztliche Leistungen sind verpflichtende Ausbildungen und Fortbildungen vorzusehen.
- ➔ Absolvierte Fortbildungsmaßnahmen sind verpflichtend offenzulegen.
- ➔ Leitlinien, vor allem im Bereich chronischer Erkrankungen, sind verbindlich anzuwenden und bei Nichtanwendung zu sanktionieren.
- ➔ Zur Verbesserung der Patientensicherheit ist ein standardisiertes Risikomanagement (z. B. für operative Eingriffe) zu implementieren.
- ➔ Ein Fehlermelde- und Lernsystem ist einzuführen.
- ➔ Zur Reduktion von Medikationsfehlern und vermeidbaren Interaktionen sind das elektronische Rezept und die e-Medikation rasch einzuführen und von den Gesundheitsberufen verpflichtend anzuwenden.
- ➔ Die Ausbildung der Gesundheitsberufe ist um die Themenfelder Kommunikation, Krankheitsmanagement, Public Health und Gesundheitsökonomie zu erweitern.
- ➔ Die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten soll durch Verstärkung zeitadäquater Inhalte im Studium, Zielorientierung der Spitalsausbildung sowie durch verpflichtende Weiterbildung modernisiert werden.
- ➔ Eine verpflichtende einjährige Lehrpraxis ist zu implementieren. Lehrpraxen sind durch die Sozialversicherung zu zertifizieren. Die Sozialversicherung erhält ein Mitspracherecht bei den Ausbildungsinhalten sowie beim Einsatz und der Abgeltung der Lehrpraktikantinnen. Der Transfer von Teilen der Ausbildung in den niedergelassenen Bereich bedingt dabei auch den Transfer von finanziellen Mitteln.

8. Restrukturierung der Spitäler

„Vom traditionellen Spital zum regionalen Gesundheitszentrum“

Im Jahr 2008 standen rund 52.200 Betten im Rahmen der akutstationären Versorgung zur Verfügung. Mit einer Akutbettendichte von rd. 6,4 Akutbetten pro 1.000 Einwohner liegt Österreich über dem EU-Durchschnitt (3,6). Mit 28 Spitalsaufenthalten im Jahr pro 100 Einwohner liegt Österreich deutlich über den EU-Durchschnitt von 17 Aufenthalten. Standortschließungen stehen für die Sozialversicherung nicht zur Diskussion.

- ➔ Die Spitäler müssen durch neue Angebotsformen zu modern organisierten Gesundheitszentren weiterentwickelt werden, die auch länderübergreifend zu planen sind (Tageskliniken, Wochenkliniken, Umstrukturierung der Ambulanzbereiche in Aufnahme und Erstversorgungszentren und davon getrennte Spezialambulanzen).
- ➔ Betriebsgrößen sind zu optimieren, indem Spitzenversorgung in Schwerpunktkrankenanstalten gebündelt wird. Die Basisversorgung erfolgt dezentral.
- ➔ Überkapazitäten im Bereich der Akutbetten sind bedarfsorientiert in Pflege- und Rehabilitationsbetten umzuwandeln. Parallel dazu muss eine Verstärkung tagesklinischer Leistungserbringung erfolgen.
- ➔ Für diese Reorganisation ist eine Bündelung der Zuständigkeiten von Gesundheit und Pflege in den Ländern auf politischer und Verwaltungsebene vorzunehmen.
- ➔ Zwischen Bund und Ländern sind – ähnlich wie mit der Sozialversicherung – Zielvereinbarungen über einen definierten Konsolidierungspfad zu vereinbaren.
- ➔ Anreize sollen die Erreichung von Konsolidierungszielen unterstützen.
- ➔ Alle Zahler sollen von der Zielerreichung profitieren.
- ➔ Bis zur Umsetzung einer umfassenden Verfassungsreform müssen kurzfristig Leistungsverlagerungen zwischen den Sektoren mit entsprechenden Mittelverlagerungen einhergehen. Alle Mittel sind transparent über den Spitalslandesfonds an die Spitäler auszuschütten. Abgangsdeckungen sind zu vermeiden, da sonst jegliche Anreize zur Kosteneffizienz fehlen.
- ➔ Für Investitionen sind transparente, mittelfristige Pläne zu erstellen.
- ➔ Der Schuldenstand der Länder bzw. Spitalsbetreibergesellschaften ist offen zu legen.
- ➔ Wirtschaftlichkeitsreserven müssen ausgeschöpft werden. Effizienzpotenziale in patientenfernen Bereichen sind uneingeschränkt zu nutzen.
- ➔ Spitalsübergreifende Zusammenarbeit, insbesondere in den Bereichen Apotheken, Labor, Pathologie ist zu forcieren.

9. Finanzierung

„Weg von einer einrichtungsorientierten Abgangsfinanzierung zur bedarfsgerechten Mittelverwendung“

Ein öffentliches Gesundheitswesen muss langfristig nachhaltig finanziell abgesichert sein. Menschen müssen darauf vertrauen können, dass sie auch morgen noch durch das System abgesichert sind. Zu einem späteren Zeitpunkt ist es ihnen nicht mehr möglich, private Vorsorge zu treffen. Nachhaltigkeit verlangt das Bekenntnis der Verantwortungsträger zu einer Sicherung des Leistungsniveaus und zu einer ausgeglichenen Gebarung.

Mit dem **Kassensanierungspaket „Gesundheit: Finanzierung Sichern“** hat die Sozialversicherung im Jahr 2009 einen Konsolidierungspfad mit dem Ziel einer mittelfristig ausgeglichenen Gebarung beschritten. Für das Jahr 2010 wird das Kostendämpfungsziel aus heutiger Sicht erfüllt. Ein solches Konsolidierungskonzept muss für das gesamte Gesundheitswesen ohne Leistungseinschränkungen umgesetzt werden.

Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass im Zeitraum 1999 bis 2009 die Aufwendungen in der Krankenversicherung jährlich im Schnitt um 3,8 % und die der Landesfondspitäler um 4,4 % gestiegen sind. Das BIP entwickelte sich im selben Zeitraum nur um +3,3 %. Will man den **Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt künftig annähernd konstant** halten, ist es dringend notwendig, sich auf einen Konsolidierungskurs zu verständigen.

Wenn die Entwicklung der **Spitalkosten** auch im Zeitraum 2011 bis 2020 jährlich wie in den letzten zehn Jahren über dem BIP liegt, ergeben sich im Vergleich zu einer parallelen Entwicklung zum BIP (IHS-Modellrechnung) **Mehraufwendungen** von jedenfalls **5,7 Mrd. Euro**.

Es wird ein **Konsolidierungskurs im Spitalswesen** analog zur Krankenversicherung gefordert:

- ➔ Vereinbarung eines mittelfristigen Kostentwicklungspfades im Rahmen des nächsten Finanzausgleiches bis 2020 orientiert an der Entwicklung des BIP.
- ➔ Gemeinsames begleitendes Controlling des Konsolidierungspfades.
- ➔ Die Mittel für die Umsetzung der Reformschritte (Ausbau integrierter Versorgungsmodelle, eine Qualitätsoffensive sowie für Gesundheitsförderung und Prävention) sind aus dem zu hebenden Konsolidierungspotential zu finanzieren.

Das Gesundheitswesen ist neben den Bereichen Bildung und Pflege vorrangiges Handlungsfeld einer Staatsreform. In diesem Zusammenhang bedarf es auch des politischen Bekenntnisses: **„Gelder des Gesundheitswesens dürfen nicht für Strukturpolitik zweckentfremdet werden.“**

Die Quelle jeder öffentlichen Finanzierung ist die Bürgerin und der Bürger, egal ob das Geld den Umweg vom Bund über den Finanzausgleich zu den Ländern geht oder nicht. Zukünftig soll die Finanzierung der öffentlichen Fondskrankenanstalten durch Bundesmittel sowie durch Sozialversicherungsmittel auf österreichischer Ebene erfolgen. Die Finanzierungsströme sind zu vereinfachen und transparent zu gestalten.

- ➔ Eine grundlegende Reform braucht zwingend eine Verfassungsänderung mit eindeutiger dauerhafter Klärung der Kompetenzen.
- ➔ Die Zielformulierung und eine bedarfsorientierte Rahmenplanung haben auf Bundesebene zu erfolgen.
- ➔ Die Mittelflüsse müssen einfacher und transparenter werden. Alle Mittel für die Spitalsfinanzierung sind zu bündeln und nach einheitlich festgelegten Parametern zu verteilen.
- ➔ Ein bundesweites Controlling ist einzurichten, um einen effizienten und effektiven Einsatz der Mittel zu gewährleisten.
- ➔ Ein öffentliches Berichtswesen und eine verstärkte Rechenschaftspflicht sichern Transparenz und unterstützen eine zielkonforme Entwicklung des Systems.

WIE GEHEN WIR VOR?

Die österreichische Sozialversicherung ist sich dessen bewusst, dass sie nicht im Alleingang die notwendigen Reformschritte bestimmen und umsetzen kann. Sie lädt daher alle Stakeholder zu einem gemeinsamen **Gesundheitsreformdialog für Österreich** ein. Der Hauptverband hat mit dem **Masterplan Gesundheit** ein umfassendes Reformkonzept vorgelegt. Alle Stakeholder werden aufgefordert, ihre Konzepte ebenfalls vorzustellen. Nach Sichtung und Diskussion aller Konzepte sollen in einem Gesundheitsreformdialog die **langfristigen Visionen** und **Ziele** für ein zukünftiges österreichisches Gesundheitswesen festgelegt werden, welches nachhaltig finanzierbar ist und den Österreicherinnen und Österreichern ein langes Leben bei guter Gesundheit ermöglicht.

Die Sozialversicherung plant, in den ersten Monaten des Jahres 2011 zur **1. nationalen Gesundheitskonferenz** einzuladen. Bund, Länder und Sozialversicherung sollen dabei die wesentlichen Eckpfeiler einer künftigen Gesundheitsreform erarbeiten und einen verbindlichen Zeitplan mit Meilensteinen zur Umsetzung vereinbaren. Der **Hauptverband** als sozialpartnerschaftlicher Interessensvertreter aller Versicherten bietet sich als **Einlader** und **Koordinator** dieser Gesundheitsreform an. Bis Herbst 2011 sollen die Schritte der Gesundheitsreform inklusive eines zehnjährigen Konsolidierungsplans erarbeitet und in einer weiteren Gesundheitsreform beschlossen werden.

Die Zeit bis 2013 muss genützt werden, um die gemeinsam vereinbarten Reformschritte in den nächsten Finanzausgleich ab 2014 einfließen zu lassen. Bis dahin sind die notwendigen Datengrundlagen zu schaffen und nationale Gesundheitsziele zu entwickeln. Ab 2014 ist ein Umsetzungsplan mit allen Stakeholdern mit den zur Zielerreichung zu setzenden Maßnahmen zu vereinbaren.