

12.

Moderne Infrastruktur

Weißbuch Version 2020

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung; Präsident: Dr. Hans Jörg Schelling; E-Mail: umsetzen@praevenire.at; www.praevenire.at | Projektdurchführung: PERI Change GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel: 01/4021341-0, Fax: 01/4021341-18 | Projektleiter: Bernhard Hattinger, BA, b.hattinger@perichange.at | Projektteam: Natalie Kapfer-Rupp, BA, Tanja Orgonyi, MA, Jeannine Schuster, MSc, Kathrin Unterholzner | Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Mag. Julia Wolkerstorfer | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH (Gestaltung: Katharina Harringer, Produktion: Mag. Lisa Heigl-Rajchl) | Lektorat: Mag. Charlotte Babits | www.praevenire.at

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Aussagen geben die Meinung der Kooperationspartner, Unterstützer und Experten wieder. Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber meist nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Trotz sorgfältiger Manuskriptbearbeitung und Lektorat können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Es kann daher infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht, übernommen werden.

Redaktionsschluss: 03.09.2020

© 2020 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

12. Moderne Infrastruktur

»Über Grenzen blicken, in Gesundheitsregionen denken«

Österreichs Gesundheitssystem zählt zu den weltweit besten. Damit das auch in Zukunft so bleibt, müssen Patientinnen und Patienten effektiver durch das System geleitet werden. Nur so wird sichergestellt, dass das Land optimal auf aktuelle und zukünftige gesellschaftliche Transformationen vorbereitet ist.

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fokussiert sich in diesem Themenkreis auf Menschen mit chronischen Erkrankungen, da die stark steigenden Zahlen dieser Patientengruppe neue Lösungsmodelle verlangen. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Bereichen Diabetes und Schmerz, da hier meist massive Einschränkungen der Lebensqualität beobachtet werden und sie mit sehr hohen Gesundheitskosten einhergehen.

Primärversorgungszentren, Gruppenpraxen, mobile Dienste und telemedizinische Angebote werden zukünftig stark an Bedeutung gewinnen und die vorwiegend bestehenden Einzel-Settings ablösen. Als Vorzeigeland kann Finnland genannt werden, das in seinen 280 Gesundheitszentren sowohl ambulante als auch stationäre Versorgung bietet. Diese Handhabe ist mit ein Grund für das kostengünstige, überwiegend aus Steuergeldern finanzierte Gesundheitssystem. Das Land gibt nur sieben Prozent des BIP für das öffentliche Gesundheitswesen aus und liegt damit weit unter dem EU-Durchschnitt.

Die Notwendigkeit einer höheren Flexibilität stationärer Versorgung zeigt sich insbesondere in der Spitalsinfrastruktur. Hierzulande gilt die Kapazität mit 44.183 Betten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und 20.102 Betten in nicht landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten¹ als mehr als ausreichend. Aber freie Kapazitäten sollten effizienter genutzt werden, indem nicht bereitgestellte Akutbetten für Pflege und/oder Rehabilitation zur Verfügung gestellt werden. Das führt zu niedrigeren Vorhaltekosten und in Folge zu Kosteneinsparung.

12.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um ein modernes und krisenfestes Gesundheitssystem weiterhin sicherzustellen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen**.

1. Ausrichtung der Infrastruktur

Regionale Versorgung mit Topspezialisierung.

1. Bestehende Versorgungsstrukturen sollen modernisiert und verstärkt bedarfsorientiert genutzt werden, anstatt neue Systeme aufzubauen.
2. Die Etablierung von Primärversorgungszentren, in denen Patientinnen und Patienten gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Versorgung erhalten (One-Stop-Shop-System), und rechtlich-wirtschaftliche Rahmenbedingungen für Gruppenpraxen und Job-sharing-Modelle sind fundamental. Dabei kommt den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als **wegweisenden Koordinatoren** eine bedeutende Rolle zu.

3. Die Errichtung regionaler Therapiezentren mit spezialisierten Teams, die engen Kontakt zu Patientinnen und Patienten halten, erweisen sich effektiv, um – auch im Zusammenspiel mit digitalen Begleitangeboten – den Therapieerfolg zu steigern. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt darüber hinaus die Einbindung von Ambulanzen in die extramurale Versorgung.
4. Die **Spezialisierung** insbesondere **kleiner Krankenanstalten** ist voranzutreiben.

2. Prävention

Von der Reparaturmedizin zur Präventivmedizin.

1. Die Anzahl der Diabetikerinnen und Diabetiker hat sich von 2000 bis 2016 verdoppelt. Allein für diese Zielgruppe sind Kosten von 3,5 Milliarden Euro inklusive Folgekosten für das Gesundheitssystem entstanden (Stand November 2019). Im Zusammenspiel mit Früherkennungsprogrammen für Prädiabetikerinnen und Prädiabetiker sollen im Rah-

¹ <http://www.kaz.bmgf.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/betten.html>

men der **Gesundenuntersuchung Risikoprofile** erstellt werden, um so individuelle Gefährdungspotenziale zu erkennen. Darüber hinaus empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 eine ergänzende **Ausrichtung auf Familienanamnesen**, da Vererbung beim Typ-2-Diabetes eine bedeutende Rolle spielt.

2. Die Apotheken leisten einen essenziellen Beitrag in der Prävention und sollen in dieser Funktion stärker unterstützt werden.
3. Das Gesundheitssystem soll durch ein optimiertes **Medikationsmanagement** entlastet werden, indem auf Basis von Verlaufskontrollen Wechselwirkungen aufgrund von **Polypharmazie** vermieden werden.

3. Finanzierung

Bundesweite und ganzheitliche Ausrollung aus einer Hand.

4. Für die Finanzierung regionaler Therapiezentren erweisen sich **PPP-Modelle** als effektivste Lösung, wie dies bereits erfolgreich bei der Errichtung von Kinder-Rehabilitationszentren in Österreich umgesetzt wurde.
5. Konzessionssysteme (vgl. Notare für §2 Ärzte) und direkte Finanzierungen mit Umlagesystemen sollen als **Anreize für Ärztinnen und Ärzte** dienen, sich zukünftig verstärkt auch in wenig frequentierten Gegenden niederzulassen. Die **privaten Krankenversicherungen** verstehen sich im österreichischen Gesundheitssystem primär als ergänzender Partner zur gesetzlichen Versicherung. Wie wichtig dieses „Miteinander“ ist, zeigt die Tatsache, dass die private Krankenversicherung zur Sicherung der Spitzenmedizin für alle beiträgt und letztlich ein wichtiger Versorgungspartner und Akteur im Gesamtsystem ist.
6. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 spricht sich grundsätzlich für die Finanzierung aus einem Topf aus, vor allem auch im Hinblick auf das Thema Prävention, mit dem letztendlich positive Auswirkungen auf das Gesamtsystem erzielt werden. Aufgrund der Erfahrung der letzten Jahrzehnte ist das Modell nicht umsetzbar, daher empfehlen wir die **Zwei-Topf-Strategie**. Dies bedeutet, dass der niedergelassene Bereich und die

Ambulanzen aus einem Topf extramural dotiert werden und der zweite Topf für den intramuralen Bereich generiert wird. Diese Zwei-Topf-Strategie ermöglicht, dass notwendige Versorgungsleistungen bei mangelnder Bereitstellung durch den niedergelassenen Bereich von Spitalsambulanzen erbracht werden können und im gleichen Umfang mittels Kassenvertrag honoriert werden. Viele Leistungen der Ambulanzen können wiederum durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden, beispielsweise für Kontrolluntersuchungen oder zur Wundversorgung.

Mensch im Mittelpunkt

In puncto Diabetesversorgung zeigt Dänemark anhand von Prävention und Aufklärung, wie es gelingen kann, die Krankheit abseits von Stigmatisierung optimal zu begleiten und auf Basis koordinierter Teamarbeit die besten Erfolge zu erzielen.

Das Konzept des „Community Health Nursing“ erweist sich insbesondere für ländliche Regionen als essenziell und wird auf internationalem Parkett erfolgreich praktiziert. Vorbilder für die moderne Variante des Angebots kommunaler Gesundheitszentren kommen aus Kanada, Finnland oder Slowenien, wo Gesundheitsmanagerinnen und -manager als erste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten bzw. betreuende Angehörige gelten. Für Österreich gilt zu klären, welche konkreten Aufgaben die Community Nurse in welchen Einsatzfeldern und für welche Zielgruppe übernehmen soll. PRAEVENIRE empfiehlt, die Themen Gesundheitskompetenz, Prävention und integrierte Versorgung (insbesondere von chronisch Erkrankten) mit Unterstützung des Konzepts Community Health Nursing prioritär anzugehen und damit die konkreten Gesundheitsbelange der Menschen in den Regionen – in interdisziplinärer Abstimmung mit dem Haus- oder Vertrauensarzt – zu betreuen.

Chancen der Digitalisierung

Gerade bei chronisch kranken Menschen erweisen sich digitale Rezepte mit mehrmonatiger Gültigkeit als sinnvoll. Im Hinblick auf eine verstärkte Ausrichtung auf kontaktlose Medikamentenverordnungen sowie

Teleordinationen, wie sie die Coronakrise erforderlich gemacht hat, werden nicht nur Wege und Zeit gespart, sondern vor allem auch ärztliche Ressourcen gewonnen. Im Fokus der Digitalisierungsbestrebungen sollen dabei immer der Nutzen für die Patientinnen und Patienten sowie die Wirtschaftlichkeit und Ver-

einfachung von Abläufen stehen. Im Falle einer Ausrollung des elektronischen Impfpasses erweisen sich automatische Reminder – auch im Zusammenspiel mit den Apotheken – als vorteilhaft. Telefonische Erstauskunftssysteme sollen als elementares Lotsensystem intensiver ausgerollt werden.

ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 12.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Moderne Infrastruktur



12.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DES KOOPERATIONSPARTNERS

Dissenspositionen der Ärztekammer für Wien

Primärversorgung: Immer wieder wird in Zusammenhang mit Primärversorgung von Primärversorgungszentren gesprochen. Diese Zentrenbildung kann aber auch für die Patientinnen und Patienten nachteilig sein, weil diese längere Wege in Kauf nehmen müssen; deshalb wird auch international das System der Versorgungsnetzwerke immer mehr forciert. Im Rahmen der Zielsteuerung hat sich deshalb die Formulierung Primärversorgungseinheiten etabliert.

Finnland: Der Verweis auf Finnland wird von der Ärztekammer als nicht vorbildhaft gesehen. Das Vereinigte Königreich hat noch geringere Kosten im öffentlichen Gesundheitssystem mit dem Ergebnis wie in Finnland, dass der Zugang und die Leistungen im öffentlichen Sektor streng reglementiert sind und daneben ein privater Sektor gegeben ist, der nicht für alle Patientinnen und Patienten leicht zugänglich ist. De facto alle Ärztinnen und Ärzte Finnlands arbeiten neben dem staatlichen System auch im Privaten; in Österreich tut das nur ein kleinerer Teil. Zudem besteht in Finnland auch keine freie Arztwahl und erst über ein nicht ärztliches Triage-System wird entschieden, ob man eine Ärztin oder einen Arzt sieht. Patientinnen und Patienten haben somit eingeschränkten Zugang, was für die Gesundheit der Bevölkerung nachweislich nachteilig ist; auch extrem lange OP-Wartezeiten sind in Finnland absolut üblich.

Bundesweite Strategie: Die Rolle der Bundesländer als Regionen darf bei solchen Strategien nicht übersehen werden. In diesem Zusammenhang muss auch die ÖGK ihre Struktur verändern und mehr Kompetenzen in ihre Regionalstellen als Ansprechpartner für die Länder verlegen.

Prävention: Alle Gesundheitsberufe können zur Prävention beitragen, nicht nur Apothekerinnen und Apotheker.

Zwei-Topf-System: Ein Zwei-Topf-System kann nur dann funktionieren, wenn eine absolute Chancengleichheit zwischen Freiberuflerinnen und Freiberuflern und Einrichtungen der öffentlichen Hand (Spitäler, Ambulatorien) besteht und im Spital ausreichend Personalressourcen für eine ambulante Versorgung neben der im Spital volkswirtschaftlich prioritären stationären Versorgung bestehen. Darüber hinaus müssen in dieser Logik für die Leistungen im Spital exakt die gleichen Honorare wie im niedergelassenen Bereich bezahlt werden – und umgekehrt. Durch diese Honorare müssten auch sämtliche Fixkosten – bei exakter Zurechnung – abgedeckt werden. Zu klären wäre, wer diese Honorare verhandelt, da Länder und Kammer gleichermaßen Interesse an möglichst hohen Honoraren haben.

Community Nursing: Die Ärztekammer lehnt die Schaffung neuer Doppelstrukturen durch Community Nursing neben einer Hausärztin oder einem Hausarzt ab; vielmehr sollte für alle Hausärztinnen und Hausärzte die Finanzierung zur Anstellung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zwecks Übernahme der angedachten Community-Nursing-Aufgaben durch Länder und SV sichergestellt werden.

E-Impfpass: Hier ist ein Remindersystem für Apotheken wenig hilfreich; wichtig wäre eines für die Ärzteschaft, inklusive zulässiger Bevorratung von Impfstoffen in den Arztordinationen.

Regionale Versorgung mit Topspezialisierung: Ziel ist, „die Errichtung regionaler Therapiezentren mit spezialisierten Teams und klarem Versorgungsauftrag ... zu steigern“. Um das zu erreichen, sollten poli-/multicolore Gruppenpraxen forciert werden, wobei die Sozialversicherung ihre Blockadehaltung gegenüber diesen Versorgungsformen aufgeben muss.

Kassenplanstellen sind eine Art Konzessionsmodelle; das funktioniert aber in wenig frequentierten Gegenden gerade nicht; es braucht marktconforme Rahmenbedingungen.

EXPERTISE SUMMARY

12. Moderne Infrastruktur

Zusammenfassung der Expertenbeiträge

Management Summary des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs

Experteninterviews

Quellenverzeichnis

Mitwirkende Expertinnen und Experten

Zusammenfassung der Expertenbeiträge

Dem österreichischen Gesundheitswesen wird ein überdurchschnittlich gutes Prädikat ausgestellt. Im Hinblick auf Veränderungen in der Arbeitswelt, des Lebensstils, der Mobilität und des familiären Umfelds sind die bestehenden Versorgungsstrukturen entsprechend anzupassen. Im Sinne einer modernen Infrastruktur ist daher zu hinterfragen, welche Versorgungseinrichtungen in Zukunft stärkere Bedeutung haben werden. Beispielsweise werden Primärversorgungszentren, Gruppenpraxen, die Einbindung von Ambulanzen in die extramurale Versorgung oder mobile Dienste gegenüber zurzeit vorwiegend bestehender Einzeleinrichtungen sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch die in Gesundheitsberufen Tätigen an Bedeutung gewinnen. Der zunehmenden Versorgungsnotwendigkeit chronischer Krankheitsbilder ist bei der Planung einer modernen Infrastruktur ebenso Rechnung zu tragen wie der Einbindung digitaler Versorgungseinheiten (Stichwort Telemedizin) in das bestehende System. In jedem Fall sollte einer nachhaltigen Verwendung und Einbindung vorhandener Ressourcen vor der Schaffung neuer Strukturen der Vorrang gegeben werden.

Dem Leitsatz „structure follows strategy“ folgend, ist eine moderne Infrastruktur so zu gestalten, dass die Patientin bzw. der Patient ohne Umwege durch das System geleitet wird, um zur für sie und ihn besten Versorgung, zur passendsten präventiven bzw. rehabilitativen Maßnahme zu kommen oder das beste Wissen um ihre und seine Gesundheit zu erhalten.

Bedeutung und Zukunft wohnortnaher Versorgung

Österreich hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Auf dieser Basis können bestehende Ressourcen und vorhandene lokale Möglichkeiten genutzt, optimiert und modernisiert werden, bevor in neue Strukturen investiert wird. Beispielsweise basiert das Konzept von Community Health Nursing auf den Tätigkeiten der bis vor Kurzem sogenannten Gemeindepflegerkräfte (Gemeindeschwestern). Mittlerweile wurde das Berufsfeld erweitert, gilt als Schlüsselfunktion in der primären Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen (vgl. Pilotprojekte in Kärnten). Die Grundlage jedoch existiert bereits seit Längerem, Vorbilder für die „moderne“ Variante des Angebots kommunaler Gesundheitszentren kommen aus Kanada, Finnland oder Slowenien, wo Community Nurses erste Ansprechpersonen für Patientinnen und Patienten sind.

Dies zeigt, dass in Österreich auf vorhandene Strukturen aufgebaut werden kann. Zur Optimierung erforderlich sind der Ausbau und die Anpassung bestehender Infrastruktur auf zeitgemäße Anforderungen unter Berücksichtigung technischer bzw. medizinischer Innovationen sowie eine sektorübergreifende Steuerung der Patientenströme durch die gesundheitsdienstlichen Versorgungsstrukturen.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als Koordinatoren könnten eine Instanz sein, die Patientinnen und Patienten durch das System führen. Diese sind idealerweise in einer Gruppenordination mit den Bedürfnissen der an die Arbeitswelt angepassten Öffnungszeiten für die Patientinnen und Patienten erreichbar. Patientinnen und Patienten sind ärztlichen Koordinatorinnen und Koordinatoren regional zugeordnet. Im Falle, dass Patientinnen und Patienten mit den zugeordneten Ansprechpartnerinnen und -partnern nicht zurechtkommen, sollte es – wie in Dänemark – Alternativen geben.

Die Koordinatorinnen und Koordinatoren entscheiden, ob Patientinnen und Patienten zu niedergelassenen Fachärztinnen oder Fachärzten gehen oder ob die Notwendigkeit besteht, ein Spital oder eine Ambulanz aufzusuchen. Koordinatorinnen und Koordinatoren sollten einer Evaluierung zur Qualitätskontrolle unterzogen werden. Dies könnte durch Kontrollschleifen oder auf Basis von Zuordnungsquoten als Anreizsystem geschehen. In Akutfällen sind erste Anlaufstelle der Notdienst und der Notruf. Wenn diese beiden mit dem Beratungsdienst zusammengelegt würden, könnten frei gewordene Gesundheitsausgaben woanders effizienter eingesetzt werden. Diese Einheit ist im besten Fall mit dem oben erwähnten „Koordinator“-System in steter Verbindung. Somit kann beispielsweise in Akutfällen der nächste freie Termin zur Spitalsaufnahme koordiniert werden. Wenn Patientinnen und Patienten im System registriert sind und somit Gesundheitsdaten (unter Berücksichtigung jeglicher DSGVO-Vorgaben) vorliegen, können Zuweisungen zielgerichteter erfolgen. Z. B. kann die Patientin bzw. der Patient unter Berücksichtigung einer indizierten und im System registrierten Stoffwechselstörung direkt an die bestmögliche klinische Ambulanz übergeben werden.

Infrastrukturmaßnahmen mit Fokus auf Vorsorgemedizin

In Bezug auf Vorsorgeprogramme ist es oftmals so, dass nicht die durchführende Einheit, die das Budget in Präventionsmaßnahmen investiert, sondern eine andere vom Output profitiert. Es wäre also auch im Sinne der Vorsorge, die Finanzierung ganzheitlich zu gestalten und die Gesamteffizienz der Maßnahmen (Gesundheit verbessern, Krankheitskosten verringern) in den Mittelpunkt zu stellen. Beispielsweise werden in Apotheken Vorsorgemaßnahmen durchgeführt (wie Bluthochdruck- und Gefäßaltermessung), die finanziell gesehen dem Gesamtsystem zugutekommen, wenn dadurch Erkrankungen vermieden werden. In einigen Bereichen ließen sich Präventionsmaßnahmen wie Blutzucker-, Lungenfunktions- oder Vitamin-D-Messungen einfach in der Apotheke setzen. Solche Angebote könnten als Teil des Tagesgeschäfts der Apotheken durchgeführt werden. So würden Apotheken eine tragende Rolle in der Prävention einnehmen. In komplexeren Bereichen, wie beispielsweise beim Brustscreening, könnten Apothekerinnen und Apotheker primär Awareness schaffen, beispielsweise im Rahmen eines Beratungsgesprächs, und Strukturen zur Verfügung stellen.

Über den niederschweligen Zugang zu Präventionsmaßnahmen hinaus ist das Bewusstsein bei Patientinnen und Patienten selbst zu schärfen, die vorhandenen Angebote wie die jährliche Vorsorgeuntersuchung oder die Krebsvorsorgeangebote wahrzunehmen.

Immer noch steht im medizinischen Alltag die Zuwendungsmedizin im Hintergrund, u. a. bedingt durch strikte ökonomische Rahmenbedingungen und durch die unzureichende Bewertung des Zeitfaktors. Systembedingt wird Medizin hauptsächlich als Reparaturmedizin im Krankenhaus betrachtet. Zuwendungsmedizin wie Präventionsmedizin müssen neu definiert und anerkannt werden. Es sollte daher mehr Raum für eine Präventiv-Kultur gegeben und ein Beratungsprogramm in die Gesundheitsvorsorgeuntersuchung hinsichtlich chronischer Erkrankungen und zur Früherkennung (Pre-Diabetes, Risikogruppenangehörige) integriert werden. Im intramuralen Bereich könnten moderne Infrastrukturmaßnahmen eine flexiblere Handhabung von Akutbetten für andere Verwendungszwecke ermöglichen. Nicht belegte Akutbetten könnten zugunsten von Indikationen mit geringerem Medikalisierungsgrad

in Strukturen übergeführt werden, wie den Pflegebedarf und der Versorgung (z. B. chronisch Kranker), wenn Notwendigkeit besteht.

Problemzentrierte Versorgungseinheiten

Als chronische Krankheiten werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen. Eine einheitliche Definition existiert nicht.¹ Zum Kreis chronisch Erkrankter zählen Patientinnen und Patienten mit Hypertonie, Koronarer Herzkrankheit, Diabetes mellitus, COPD, Asthma bronchiale, chronisch rheumatische Erkrankte mit degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates, Leistungsinsuffizienz von Herz, Niere, Cerebrum etc., Patientinnen und Patienten mit chronifizierten, onkologischen Erkrankungen und solche mit psychischen Erkrankungen.

Das Tätigkeitsprofil der Allgemeinmedizin sieht im Rahmen der Grundversorgung für die Diagnostik und Therapie bei chronisch Kranken eine strukturierte Betreuung unter Berücksichtigung der Multimorbidität mit gleichzeitiger Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen bei derselben Patientin bzw. demselben Patienten vor. Im Detail umfasst diese Betreuung zahlreiche Maßnahmen von psychosomatisch orientiertem Diagnose- und Behandlungsgespräch, über die Betreuung in Disease-Management-Programmen (DMP), Decubitusprävention, Kathetersetzen und -wechsel, bis zur Anordnung und Koordinierung rehabilitativer Empfehlungen. Allerdings können einige Krankheitsbilder extramural nicht frühzeitig indiziert werden, weil Diagnosemöglichkeiten außerhalb der Krankenhausinfrastruktur fehlen. Die bessere Finanzierung der Spitäler ermöglicht eine hochwertigere Ausstattung an u. a. medizinischen Geräten, wodurch diagnostische Untersuchungen oftmals erst im Krankenhaus möglich sind. Auch dafür kann die Zuweisung der Patientin oder des Patienten durch Koordinatorinnen und Koordinatoren, die entscheiden können, wo die Patientin oder der Patient individuell am besten versorgt werden kann, hilfreich sein.

Um eine bedarfsorientierte regionale Infrastruktur im extramuralen Bereich zu finanzieren, könnte der Schritt in Richtung private Beteiligungsmodelle gehen. Als Best Practice können die Niederlande herangezogen werden,

wo eine solche Finanzierung von Schwerpunktzentren für den Diabetesbereich gut funktioniert. Und auch in Österreich hat sich gezeigt, dass ein PPP-Modell, wie es für die Kinder-Rehabilitationseinrichtungen aufgesetzt wurde, erfolgreich sein kann. Diese erfolgreichen Finanzierungsmodelle sind für weitere Neu- und Umstrukturierungsprojekte durchaus zu empfehlen. In Österreich gibt es sehr viele Pre-Diabetikerinnen und -Diabetiker, nicht erkannte Diabetikerinnen und -Diabetiker und nicht identifizierte Angehörige von Risikogruppen, für die im Zuge der Gesundenuntersuchung mit anderem Setting früher eine Diagnose gestellt werden könnte. Gerade bei Diabetes ist die Früherkennung wichtig, bevor Komplikationen auftreten. Die Wahrnehmung von Diabetes als Krankheit muss gestärkt werden. Dies gelingt mit der verstärkten Einbindung von Angeboten in bestehende Strukturen. Als zweite Ebene ist der Aufbau von Spezialzentren für komplexeres Case-Management (bei Diabetes wie auch Schmerz, psychosoziale Themen etc.) ein wichtiges To-do zur Verbesserung der Versorgung und Umsetzung von Therapien.

Die Apotheke kann für chronisch Kranke im Rahmen der Teilnahme von Disease-Management-Programmen ein wichtiger Ansprechpartner sein und dadurch das Gesundheitssystem wesentlich entlasten. Durch bestehende Projekte („demenzfreundliche Apotheke“) zeigt sich, dass die Apotheke nicht nur Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten, sondern auch für Angehörige ist. Zusätzlich fungiert sie als Drehscheibe, Ansprechpartner und Informationsstelle, was besonders in ländlichen Gegenden wichtig ist. Mit Medikationsmanagement in der Apotheke kann dafür gesorgt werden, dass die Patientin bzw. der Patient das richtige Medikament zum richtigen Zeitpunkt erhält sowie durch gute Beratung Adhärenz besitzt und das Medikament auch richtig einnehmen kann. Des Weiteren können in der Apotheke, besonders bei chronischen Erkrankungen, Verlaufskontrollen durchgeführt werden um sicherzustellen, dass die Arzneimitteltherapie funktioniert und die Adhärenz vorhanden ist. Die bereits vorhandenen Strukturen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Apotheke sollten dahingehend mehr genutzt werden, um Arztpraxen zu entlasten und Kosten zu sparen. Darüber hinaus kann in gleicher Weise auf die Vermeidung von Wechselwirkungen von Polypharmazie bei multimorbiden Personen geachtet werden. Impfungen und Versorgung chronisch Kranker mit Medikamenten sind – unter bestimmten Voraussetzungen wie z. B. entsprechender Zusatzausbildung und baulichen Voraussetzungen (getrennte Räumlichkeiten) – für die

Apothekerschaft vorstellbar. Die nötigen Ressourcen und Potenziale sind prinzipiell vorhanden, es gilt, diese jedoch bedarfs- und patientenorientiert zu optimieren, sie besser zu nutzen und zu strukturieren. Gibt es beispielsweise eine Impfwelle, in der viele Menschen in kürzester Zeit geimpft werden sollen (z. B. Influenza-Impfung), könnten dies auch die Apotheken sein und dadurch das System wesentlich entlasten.

Die Rolle von Versicherungsstrukturen

Die privaten Krankenversicherungen verstehen sich im österreichischen Gesundheitssystem primär als ergänzender Partner zur gesetzlichen Versicherung. Wie wichtig dieses „Miteinander“ ist, zeigt die Tatsache, dass für eine im internationalen Vergleich angemessene Entlohnung der Spitzenmedizinerinnen und Spitzenmediziner gesorgt wird und diese dadurch an den öffentlichen Spitälern bleiben. Ohne entsprechende Anreize wären anerkannte Ärztinnen und Ärzte eher bereit, in private Einrichtungen oder ins Ausland zu wechseln. Folglich kommt das Miteinanderbestehen allen Patientinnen und Patienten (sowohl der allgemeinen Klasse als auch der Sonderklasse) zugute. Auch profitieren durch Hausrücklässe (ein Teil des Honorars wird vom Spital für Infrastruktur etc. verwendet) wieder alle Patientinnen und Patienten und durch Poolregelungen (Verteilung der Sonderklasse-Gelder an nachgeordnete Ärztinnen und Ärzte) auch alle Ärztinnen und Ärzte und damit letztendlich wiederum die Patientinnen und Patienten. Privatkrankenanstalten leisten einen wichtigen infrastrukturellen Beitrag zur Entlastung des öffentlichen Systems hinsichtlich Kapazitäts- und Kostenentwicklung, ohne den Patientinnen und Patienten ausschließlich in öffentlichen Krankenanstalten versorgt werden müssten. Die hohe Bedeutung der privaten Krankenversicherungen und Einrichtungen als Versorgungspartner, als Teil des Systems und zur Sicherung der Spitzenmedizin sollte vom Gesundheitssystem anerkannt werden.

Für 2019 weist die private Krankenversicherung ein Gesamtprämienvolumen von 2,3 Milliarden Euro auf.²

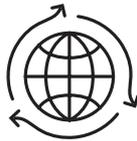
² Die Leistungen nahmen um 4,6 % auf 1,5 % Euro zu (nicht erfasst sind die Zuführungen zu Rückstellungen für künftige Leistungen bzw. Gewinnbeteiligungen). Quelle: <https://www.infothek-vvo.at/die-oesterreichische-versicherungswirtschaft-die-vorlaufezahlen-2019-und-eine-erste-prognose-2020/>

QUERSCHNITTMATERIE AUSBILDUNG



Vertiefende medizinische Aus- und Weiterbildung für den Bereich chronischer Erkrankungen ist in mehrfacher Hinsicht zu fördern: Einerseits sollte Ärztinnen und Ärzten eine medizinische Spezialisierung in ihrer Fachdisziplin finanziell ermöglicht werden, wie z. B. vertiefende Ausbildungsmöglichkeiten nach dem Erwerb des Schmerzdiploms, andererseits stehen Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsberufsdienstleister vor einer (betriebs-)wirtschaftlichen Herausforderung für die Zusammenarbeit in PVE, Gemeinschaftspraxen etc. Diesbezüglich braucht es die entsprechenden Fortbildungsmöglichkeiten.

QUERSCHNITTMATERIE DIGITALISIERUNG



Bei der Digitalisierung ist der Nutzen für die Patientin und den Patienten und die Wirtschaftlichkeit in den Vordergrund zu stellen. Sinnvoll ist Digitalisierung dann, wenn es zu einer durchdachten Vereinfachung des Systems kommt, die Usability für die Patientin und den Patienten vereinfacht wird sowie Zeit und Aufwand gespart werden.

In manchen Fällen, z. B. bei chronisch erkrankten Personen, ist ein digitales Rezept für Patientinnen und Patienten zweckmäßig, das mehrere Monate gültig ist. Die Patientin oder der Patient müsste erst nach diesem vereinbarten Zeitraum zur ärztlichen Kontrolle, anstatt monatlich ein neues Rezept in der Arztpraxis abzuholen. Das spart einerseits Berufstätigen Zeit und Wege, andererseits gibt das vereinfachte Prozedere ärztliche Ressourcen für andere administrative Tätigkeiten frei.

Sollte der elektronische Impfpass in absehbarer Zeit eingeführt werden, wäre es vorteilhaft, dass auch Apotheker zeitlich unbeschränkten Einblick erhielten, um Patientinnen und Patienten nachhaltiger beraten zu können. Ebenso zu fördern sind automatisierte Reminders, die auf eine Impfauffrischung aufmerksam machen, sofern sie den Apotheken zugänglich gemacht werden, damit diese wieder die Awareness bei der Patientin und beim Patienten für notwendige Impfungen unterstützen können.

QUERSCHNITTMATERIE PATIENTENORIENTIERUNG



Ziel jeglicher infrastrukturellen Maßnahme muss es sein, die gesunden Lebensjahre der Menschen zu erhöhen und chronisch Erkrankten mehr Lebensqualität bieten zu können. Eine zentrale Forderung ist es daher, dass bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder bei der Schmerzbekämpfung den Patientinnen und Patienten ein niederschwelliger, regionaler und bedarfsorientierter Zugang zu einer State-of-the-Art-Therapie und ganzheitlichen Betreuung ermöglicht und finanziert wird.

Niederschwellige Anlaufstellen (Lotsen, Case-Manager) sollen betroffene Familien von Kindern mit Entwicklungsstörungen unterstützen, rasch, unbürokratisch und kostenfrei die nötigen medizinisch-therapeutischen Hilfen zu erhalten.

QUERSCHNITTMATERIE CORONA-LEARNINGS



Die COVID-19-Pandemie zeigte, wie vulnerabel ein Gesundheitssystem ist. Sie zeigte auch die Notwendigkeit des Zusammenspiels von Gesundheitseinrichtungen, von wohnortnahen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, speziellen mobilen Epidemieärztinnen und -ärzten und den gut ausgestatteten Spitälern. So ist erfolgreich verhindert worden, dass die Spitäler aufgrund von COVID-19-Patientinnen und -Patienten überlastet waren oder Ärztinnen und Ärzte erkrankt sind.

Diese Erfahrungen gaben wichtige Impulse für die künftige Planung einer stabilen Gesundheitsinfrastruktur, die Patientinnen und Patienten in Österreich optimal versorgt, sowohl in Notfällen, bei ernsthaften Erkrankungen als auch bei leichteren Symptomen und chronischen Erkrankungen. Dabei können die vorhandenen, dem Spital vorgelagerten bzw. extramuralen Ressourcen bestmöglich genutzt werden, um den Balanceakt zwischen Personalmangel, Arbeitsüberlastung, überfüllten Spitalsambulanzen und optimaler Patientenbetreuung zu bewältigen. Für das optimale Gesundheitssystem ist es daher sinnvoll, dass freiberufliche Ärztinnen und Ärzte in Behandlungseinheiten vor oder in den Spitälern arbeiten. Die Patientinnen und Patienten werden entweder gleich behandelt oder an

die entsprechende Stelle weitergeleitet, wie etwa an niedergelassene Fachärztinnen oder Fachärzte oder in die Ambulanz. Gleichzeitig hat die Pandemie einen wichtigen Impuls für den Einsatz telemedizinischer Erstberatung gegeben, die im Sinne einer modernen

Infrastruktur mitzudenken und auszubauen ist. Ein digitales Angebot der Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitsberufe muss im Refundierungssystem realistisch abgebildet werden, um auch nach der Coronazeit Bestand zu haben.

Management Summary des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs

90. PRAEVENIRE WEISSBUCH GIPFELGESPRÄCH

Moderne Infrastruktur



WANN

Mittwoch, 16. April 2020 |
14:00–16:00 Uhr



WO

Videokonferenz

DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Alexander Biach**
Standortanwalt und Direktorstellvertreter der Wirtschaftskammer Wien
- **Univ.-Prof. Dr. Susanne Kaser**
Präsidentin der Österreichischen Diabetesgesellschaft
- **Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc**
Past President der Österreichische Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin; Vorstand der Abteilung für Anesthesiologie und Intensivmedizin im LKH Klagenfurt und im LKH Wolfsberg
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse

Moderation:

Robert Riedl | PERI Group

Status quo

Die Versorgung im Gesundheitssystem basiert sehr stark auf Einzelpraxen und relativ wohnortnahen stationären Versorgungsstrukturen wie Ambulanzen. Beim Gipfelgespräch zum Themenkreis Moderne Infrastruktur für die Erstellung des Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ hinterfragten die Expertinnen und Experten, welche Versorgungseinrichtungen in Zukunft an Bedeutung gewinnen sollen und wie die Versorgung chronisch Kranker optimiert werden kann.

Brennpunkt-Themen

Nach Ansicht der Expertinnen und Experten müsse Österreich primär das politische Ziel haben, die Anzahl gesunder Lebensjahre zu steigern, zumal die Bevölkerung aktuell relativ wenige Jahre in guter Gesundheit lebt. Sowohl die schwerwiegende Erkrankung Diabetes als auch Schmerz gehen mit einer massiven Einschränkung der Lebensqualität einher. Für das Gesundheitssystem seien die Gesundheitskosten von 3,5 Mrd. Euro inklusive Folgekosten (Stand November 2019) allein für Patientinnen und Patienten mit Diabetes enorm. Alle Patientinnen und Patienten sollen österreichweit die Chance auf die für sie optimalste Therapie haben, die in regionalen Spezialzentren angeboten werden sollte, so der Appell der beim Gipfelgespräch teilgenommenen Expertinnen und Experten. Dass die Eigenverantwortung für die Gesundheit ein wichtiger Faktor sei, der durch Anreizsysteme und individuelle Therapiebegleitung unterstützt wird, war ebenfalls einhelliger Tenor.

Etablierung regionaler Therapiezentren

Die zunehmende Versorgungsnotwendigkeit chronischer Krankheitsbilder verlangt einen Ausbau und die Anpassung der bestehenden Infrastruktur. Einig sind sich die Expertinnen und Experten darin, dass Primärversorgungseinheiten (PVE) die professionelle Betreuung chronisch Kranker nicht alleinig abdecken können. Hierfür benötigt es spezialisierte Zentren mit einem Behandlungsteam als regionale Anlaufstelle, um eine optimale Therapie zu gewährleisten. Für die Finanzierung der Infrastruktur könnten dabei Public-Private-Partnership (PPP)-Modelle angedacht werden, wie dies bereits erfolgreich bei der Errichtung von Kinder-Rehabilitationszentren in Österreich umgesetzt wurde.

Individuelles Gefährdungsrisiko erkennen – Awareness schaffen

Die klassische Gesundenuntersuchung, die derzeit jeden Menschen gleich betrachtet, sollte laut der am Gipfelgespräch teilgenommenen Medizinerinnen und Mediziner überdacht und auf die einzelnen Patientinnen und Patienten individuell abgestimmt werden. Mittels eines erstellten Risikoprofils könnte das individuelle Gefährdungsrisiko für einzelne Krankheitsbilder erkannt und so frühzeitig vorgebeugt und interveniert werden. Wichtig sei dabei Beratung und Begleitung, um die Eigenverantwortung zu unterstützen. Je enger die Patientinnen und Patienten hinsichtlich Therapietreue kontrolliert werden, umso besser ist

der Erfolg — vor allem bei Anreiz-Modellen. Für einzelne Patientinnen- und Patientengruppen würde auch der Einsatz digitaler Angebote zu deren Begleitung sinnvoll sein.

Fazit

Die Expertinnen und Experten sehen einerseits einen Bedarf an wohnortnahen Versorgungseinrichtungen, die einen niederschwelligem Zugang zur ärztlichen Versorgung, Vorsorge und Betreuung bieten. Darüber hinaus ist allerdings der Aufbau von problemzentrierten Versorgungseinrichtungen notwendig. So besteht Bedarf am Aufbau von Diabeteszentren, in denen Personen aus potenzielle Risikogruppen und Pre-Diabetiker früh identifiziert werden und Patientinnen und Patienten spezifisch betreut werden können. Im Bereich der Schmerzmedizin braucht es den Ausbau von Schmerzzentren in allen Bundesländern bzw. Gesundheitsregionen. Denn bis dato werden Schmerzpatientinnen und -patienten oft von einem Fachärztinnen und- arzt zum anderen weitergeleitet. In Schmerz-Kompetenz-Zentren mit multimodalem Konzept und einer interdisziplinären Zusammenarbeit (zwischen Psychologinnen und Psychologen, Orthopädinnen und Orthopäden, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten etc.) in einem Haus ist es am besten möglich, Betroffenen die notwendige gezielte und ganzheitliche Versorgung zukommen zu lassen.

Empfehlungen und Lösungsvorschläge

- Regionale Stellen auf- und ausbauen, wie Diabetes- und Schmerzzentren, in denen Früherkennung (Risikogruppen) sowie eine „Rundum-Betreuung“ erfolgt.
- Vertiefende Aus- und Weiterbildung fördern, sowohl für medizinische Spezialisierung als auch für die (betriebs-)wirtschaftliche Herausforderung in der Zusammenarbeit in PVE, Gruppenpraxen etc.
- Awareness schaffen auf allen Ebenen, Diabetes als ernst zu nehmende Krankheit und nicht als Lebensstilerkrankung zu betrachten.
- Awareness schaffen für die Notwendigkeit, Schmerzpatientinnen und -patienten und ganzheitlich und interdisziplinär zu betreuen.
- Präventionsmedizin in allen neuen und auszubauenden Gesundheitsinfrastrukturplänen mehr Raum geben, sowohl baulich als auch konzeptuell.

Experteninterviews

MAG. PHARM. VIKTOR HAFNER

EXPERTE DES ÖSTERREICHISCHEN APOTHEKERVERBANDES

Verteilungsprobleme in Österreich

Werden die Strukturen der verschiedenen Gesundheitsbereiche aus Apothekerinnen- oder Apothekersicht betrachtet, so garantiert das bedarfsorientierte Konzessionssystem die flächendeckende Versorgung am besten. Damit kann ein sehr gutes Netz an Apotheken über das gesamte Österreich gespannt werden, ohne Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land zu verursachen. In vielen anderen Gesundheitsbereichen ist jedoch genau dies ein Hauptproblem, wie beispielsweise der Ärztinnen- bzw. Ärztemangel am Land. Würden diese Versorgungseinheiten näher auf einem solchen Konzessionssystem basieren, könnte die flächendeckende, bedarfsorientierte Versorgung eher sichergestellt werden.

Das Versorgungs- und Honorierungssystem für Ärztinnen und Ärzte (besonders am Land) müsste dahingehend umgestellt werden, dass der Arzt-Beruf wieder rentabler wird. Eine Querfinanzierung, beispielsweise durch die Schaffung einer Hausapotheke, ist nicht der richtige Anreiz. Besser wäre eine direkte Finanzierung, die eine wirtschaftlich tragbare Basis für die/den Ärztin/Arzt schafft (auch durch interne Umlagesysteme möglich: große Praxen unterstützen kleine). Auch die Apotheken versuchen über diesen Weg, ihre Standorte aufrechtzuerhalten. Solch eine direkte Finanzierung mit internen Umlagesystemen wäre besonders für (Kassen-)Ärztinnen oder -Ärzte in ländlichen, wenig frequentierten Gegenden ein Anreiz, sich niederzulassen, da die wirtschaftliche Erhaltung und Rentabilität der Praxis sichergestellt wird.

Auch Primärversorgungszentren sind in gewissen Gebieten sehr attraktiv für die Patienten und die Gesundheitsdienstleister. Wichtig ist, dass Möglichkeiten der Kooperation und Flexibilität entwickelt werden.

Anstatt ein neues System bzw. einen neuen Beruf wie die Community Nurse zu schaffen, wäre es sinnvoll, gemeinsam mit bereits bestehenden Systempartnern eine Lösung zu finden und sich die Frage zu stellen, welche Möglichkeiten vor Ort schon vorhanden sind und was sich bereits organisch und stabil entwickelt hat. Wenn noch nichts dergleichen vorhanden ist, könnte überlegt werden, welche neuen Strukturen benötigt werden. Ist jedoch beispielsweise eine Apotheke mit guten Öffnungszeiten und Fachpersonal vor Ort und bei den Leuten bekannt, kann diese vorhandene Struktur optimal als niederschwelliger Erst-Ansprechpartner genutzt werden. Es gilt also, diese vorhandenen Strukturen zu nutzen, auszubauen, zu verbessern und zu unterstützen, indem beispielsweise diese Erst-Anlaufstellen-Thematik besser strukturiert wird und ein Art Triage-System daraus gebaut wird. In gewissen Anwendungsfällen könnte es so z. B. zu einer strukturierten, dokumentierten Beratungssituation zwischen Apothekerinnen und Apothekern und Patientinnen und Patienten kommen, im Zuge dessen auch die/der richtige (Fach-)Ärztin bzw. (Fach-)Arzt konsultiert oder in das nächste Krankenhaus verwiesen wird, sollte die medizinisch richtige Konsequenz nicht in der Apotheke gezogen werden können. Die Konsultation einer/s Ärztin/Arztes kann z. B. in heutiger Zeit auch effizient durch digitale Medien erfolgen, in Form einer telemedizinischen Anwendung. So bieten Anbieter wie z. B. eedocors an, einer/n österreichische/n Ärztin/Arzt aus der Apotheke per Videochat auch an Tagesrandzeiten oder Samstagen zu konsultieren – und damit der/dem Patientin/Patienten einen langen Anreiseweg in die Ambulanz zu ersparen. Durch diese richtige, systematische und dokumentierte Triage innerhalb bestehender Strukturen könnte das System weitgehend, auch finanziell, entlastet werden.

Dem Thema Impfen und der Versorgung chronisch Kranker mit Medikamenten stehen die Apothekerinnen und Apotheker sehr aufgeschlossen gegenüber, die nötigen Ressourcen und Potenziale sind bereits vorhanden, es gilt, diese jedoch bedarfs- und patientenorientiert zu optimieren, sie besser zu nutzen und zu strukturieren. Gibt es beispielsweise eine Impfwelle, in der viele Menschen in kürzester Zeit geimpft werden sollen (z. B. Influenza-Impfung), könnten auch die Apotheken behilflich sein und dadurch das System wesentlich entlasten.

Finanzierung

Derzeit ist der intramurale Bereich sehr an regionale Interessen geknüpft. Um die Effizienz und die Qualität aus Patientinnen- oder Patientensicht zu steigern, wäre es wichtig, über die Landesgrenzen hinwegzusehen und die Strukturen bedarfsgerecht miteinander zu koordinieren.

Derzeit wird die Finanzierung aus sehr vielen Quellen, aus unterschiedlichsten Finanzströmen, bereitgestellt, weshalb das Stichwort „Finanzierung aus einer Hand“ ein sehr wesentliches ist. Es gilt herauszufiltern, wie die Finanz-

ströme laufen, welche Zuständigkeiten bestehen und wie auf das gesamte Netzwerk geachtet werden kann, nicht nur auf einzelne Teilbereiche.

Apotheken als Versorgungspartner

In Bezug auf Vorsorgeprogramme ist es derzeit oft so, dass nicht die durchführende Einheit, die das Budget in Präventionsmaßnahmen investiert, sondern eine andere vom Output profitiert. Es wäre also auch im Sinne der Vorsorge, die Finanzierung ganzheitlich zu gestalten und die Gesamteffizienz der Maßnahmen (Gesundheit verbessern, Krankheitskosten verringern) in den Mittelpunkt zu stellen. Oft werden beispielsweise in Apotheken Vorsorgemaßnahmen durchgeführt (z. B. Osteoporose-Screening), die finanziell gesehen dem System zugutekommen, wenn dadurch Erkrankungen vermieden werden.

In einigen Bereichen ist es sehr einfach, Präventionsmaßnahmen in der Apotheke zu setzen, wie z. B. Blutzucker-, Lungenfunktions- oder Vitamin-D-Messungen. Solche Angebote könnten im täglichen Tagesgeschäft der Apotheken durchgeführt werden und so die Apotheke eine tragende Rolle in der Prävention einnehmen lassen. In komplexeren Bereichen, wie beispielsweise beim Brustscreening, kann die Apotheke primär Awareness schaffen und ihre Strukturen zur Verfügung stellen. Auch in Bezug auf chronisch kranke Patientinnen und Patienten kann die Apotheke im Rahmen der Teilnahme von Disease-Management-Programmen das System wesentlich entlasten.

BEISPIEL

Am Beispiel von Demenz gibt es Projekte wie die „demenzfreundliche Apotheke“, die nicht nur Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für Angehörige ist und als Drehscheibe, Ansprechpartnerin und Informationsstelle fungiert, was besonders in ländlichen Gegenden wichtig ist.

Medikationsmanagement

Die Apotheke kann dafür sorgen, dass die/der Patientin/Patient das richtige Medikament zum richtigen Zeitpunkt erhält sowie durch gute Beratung Adhärenz besitzt und das Medikament auch richtig einnehmen kann. Des Weiteren können in der Apotheke, besonders bei chronischen Erkrankungen, Verlaufskontrollen durchgeführt werden, um sicherzustellen, dass die Arzneimitteltherapie funktioniert und die Adhärenz vorhanden ist. Die bereits vorhandenen Strukturen und Mitarbeiter der Apotheke sollten dahingehend mehr genutzt werden, um Arztpraxen zu entlasten und Kosten zu sparen. Darüber hinaus kann in gleicher Weise auf die Vermeidung von Wechselwirkungen von Polypharmazie bei multimorbiden Personen geachtet werden.

Digitalisierung

Bei der Digitalisierung sollten immer der Nutzen für den Patienten und die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund stehen. Sinnvoll ist Digitalisierung dann, wenn es zu einer durchdachten Vereinfachung des Systems kommt, die Usability für die/den Patientin/Patienten vereinfacht wird sowie Zeit und Aufwand gespart werden. In manchen Fällen wäre es beispielsweise zweckmäßig, ein digitales Rezept einzuführen, das sechs Monate gültig ist, und dass die/der Patientin/Patient erst danach wieder zur ärztlichen Kontrolle muss, anstatt jeden Monat ein neues Rezept bei der Ärztin oder beim Arzt zu holen.

Sollte der elektronische Impfpass in absehbarer Zeit eingeführt werden, wäre es wichtig, dass auch Apothekerinnen und Apotheker Einblick bekommen, um die Patientinnen und Patienten gut beraten zu können. Auch automatisierte Reminder, die auf eine Impfauffrischung aufmerksam machen, könnten eingeführt und den Apotheken zugänglich gemacht werden, um Awareness beim Patienten zu schaffen.

Empfehlungen

- Konzessionssysteme (z. B. wie bei den Notaren für §-2-Ärzte) und direkte Finanzierungen mit Umlagesystemen könnten Anreize sein, dass wieder mehr Ärztinnen und Ärzte, besonders in wenig frequentierten Gegenden, Niederlassungen errichten.

- Bestehende Versorgungsstrukturen sollten optimiert, weiterentwickelt und vermehrt bedarfsorientiert genutzt werden, anstatt neue Systeme einzuführen.
- Die Apotheken könnten optimal als Erst-Anlaufstelle genutzt werden und eine erste Triagierung der Patientinnen und Patienten durchführen.
- Die Finanzierung aus einem Topf muss angedacht werden, besonders für Vorsorge und Prävention wäre dies wichtig, um das Gesamtsystem betrachten zu können.
- Die bereits bestehenden Ressourcen der Apothekerinnen und Apotheker sollten vermehrt genutzt und die Apotheken als vollständige Versorgungspartner im Rahmen des Strukturplanes Gesundheit anerkannt werden, besonders in der Prävention und der Versorgung chronisch kranker Menschen.
- Das Medikationsmanagement mit Verlaufskontrollen zur Vermeidung von Wechselwirkungen durch Polypharmazie kann von der/dem Pharmazeutin/Pharmazeuten sowohl intra- als auch extramural durchgeführt werden und damit das System unterstützen.
- Bei der Digitalisierung sollten immer der Nutzen für den Patienten und die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund stehen. Wichtig ist es, darauf zu achten, dass alle Gesundheitsdienstleister in die neue Digitalisierungsmaßnahmen einbezogen werden, um die bestmögliche Versorgung der/des Patientin/Patienten zu garantieren.

MMAG. ASTRID KNITEL

LEITUNG KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG IM VERBAND DER VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN ÖSTERREICHS, MITGLIED IM KURATORIUM DES FONDS GESUNDES ÖSTERREICH

MAG. OLIVIA TURAN

EXPERTIN DES VERBANDS DER VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN ÖSTERREICHS

DR. SABINE WENDT

EXPERTIN DES VERBANDS DER VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN ÖSTERREICHS

Österreich hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Die privaten Krankenversicherungen verstehen sich in diesem System primär als ergänzender Partner zur gesetzlichen Versicherung. Wie wichtig dieses „Miteinander“ ist, zeigt die Tatsache, dass es dafür sorgt, dass Spitzenmedizinerinnen und -mediziner im internationalen Vergleich angemessen entlohnt werden und somit an den öffentlichen Spitälern verbleiben. Ansonsten wären diese schwer zu halten und würden in private Einrichtungen oder ins Ausland wechseln. Somit kommt dies allen Patientinnen und Patienten (sowohl der allgemeinen Klasse als auch der Sonderklasse) zugute. Auch profitieren durch die Hausrücklässe (ein Teil des Honorars wird vom Spital für Infrastruktur etc. verwendet) wieder alle Patientinnen und Patienten und durch die Poolregelungen (Verteilung der SKL-Gelder an die nachgeordneten Ärztinnen und Ärzte) auch alle Ärztinnen und Ärzte und damit letztendlich wiederum die Patientinnen und Patienten. Außerdem würden ohne Privatkrankenanstalten alle Patientinnen und Patienten in den öffentlichen Krankenanstalten versorgt werden müssen, was bedeutet, dass die Privatkrankenanstalten letztendlich auch das öffentliche System kapazitäts- und kostenmäßig entlasten.

Empfehlung

Die Wichtigkeit der privaten Krankenversicherungen als Versorgungspartner, als Teil des Systems und zur Sicherung der Spitzenmedizin sollte vom Gesundheitssystem anerkannt werden.

Quellenverzeichnis

Positionspapiere

- *PolitischeKinderMedizin*: Positionspapier zum Themenkreis Moderne Infrastruktur, 2020.
- *Österreichische Ärztekammer*: Forderungskatalog an die Bundesregierung, September 2019.

Presseaussendungen

- *Fürtauer-Mann, Andrea*: „Künstliche Intelligenz“ in der Endoskopie, Ordensklinikum Linz, OTS Presseaussendung vom 26.11.2019.
- *Hafner, Petra*: PRAEVENIRE: Moderne regionale Infrastruktur für Versorgung chronisch Kranker, OTS Presseaussendung der PRAEVENIRE Initiative 2030 vom 05.05.2020.
- *Hutsteiner, Ruth*: WHO – Gesundheitsgefälle kostet Milliarden, science.ORF.at und Ö1-Wissenschaft, publiziert am 11.09.2019.
- *Jung, Birgit*: Ärztliche Kompetenz bei Notfällen unersetzlich, Ärztekammer für Niederösterreich, OTS Presseaussendung vom 26.05.2020.
- *Jung, Birgit; Ofner, Sigrid*: Wahlärzte in NÖ für medizinische Grundversorgung wichtig, Ärztekammer für Niederösterreich, OTS Presseaus-sendung vom 08.08.2019.
- *Österreichische Diabetes Gesellschaft*: Diabetespolitik mit Strategie und Programm, OTS vom 13.01.2020.

Zeitungs- und Zeitschriftartikel

- *Hafner, Petra*: Moderne regionale Infrastruktur für Versorgung chronisch Kranker. In: PERISKOP 95, Seite 36.
- *PRAEVENIRE*: Lebensstilmodifikation notwendig. Die zunehmende Versorgungsnotwendigkeit chronischer Krankheiten verlangt eine Modernisierung der Gesundheits-Infrastruktur. In: Die Presse vom 28.08.2020, Seite 19.
- *Sterkl, Maria*: Neue Rolle im Gesundheitssystem: Patient als Chef. In: Der Standard, 2020.
- *Vock, Petra*: Entlastung durch Sozialarbeit. In: Medical Tribune, 2016.



© Flo Hanatschek

Labyrinth im historischen Hofgarten des Stifts Seitenstetten in Niederösterreich.

Mitwirkende Expertinnen und Experten

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Mag. pharm. Monika Aichberger**
Vizepräsidentin der Landesgeschäftsstelle Oberösterreich der Österreichischen Apothekerkammer
- **Dr. Gerald Bachinger**
Patientenanwalt Niederösterreich und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs
- **Dr. Alexander Biach**
Standortanwalt und Direktorstellvertreter der Wirtschaftskammer Wien
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Binder**
Medizinischer Direktor des Wiener Gesundheitsverbundes
- **Dr. Andrea Vincenzo Braga**
Geschäftsführer von Bragamed
- **Dr. Thomas Czypionka**
Head of IHS Health Economics and Health Policy
- **Dr. Peter Eichler**
Vorstand des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreich
- **Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant**
Universitätsprofessor der MedUni Wien
- **Mag. pharm. Viktor Hafner**
Experte des Österreichischen Apothekerverbandes
- **Irmgard Himmelbauer, MSc**
Vorstandsmitglied des Vereines PolitischeKinderMedizin
- **Andreas Huss, MBA**
Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Dr. Achim Hein**
Geschäftsführer der EvoCare Holding
- **Univ.-Prof. Dr. Susanne Kaser**
Präsidentin der Österreichischen Diabetesgesellschaft
- **MMag. Astrid Knitel**
Leitung Kranken- und Unfallversicherung im Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Mitglied im Kuratorium des Fonds Gesundes Österreich
- **Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc**
Past President der Österreichische Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin; Vorstand der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin im LKH Klagenfurt und im LKH Wolfsberg
- **Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr**
Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer
- **Mag. Jan Pazourek**
Generaldirektor-Stv. der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt
- **Priv.-Doz. Dr. Johannes Pleiner-Duxneuner**
Medical Director bei Roche Austria
- **Dr. Erwin Rebhandl**
Präsident des Vereins AM PLUS
- **Priv.-Doz. Mag. pharm. DDr. Philipp Saiko**
Präsident der Landesgeschäftsstelle Wien der Österreichischen Apothekerkammer
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Univ.-Prof. DI Dr. Hannes Stockinger**
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres**
Präsident der Ärztekammer für Wien
- **Mag. Olivia Turan**
Expertin des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs
- **Mag. pharm. Thomas W. Veitschegger**
Vizepräsident des Österreichischen Apothekerverbandes
- **Dr. Sabine Wendt**
Expertin des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Moderne Infrastruktur



Weißbuch Version 2020
PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

**NACHDENKEN.
UMSETZEN.
JETZT!**

ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG
Handlungsempfehlungen für die Politik