

13.

Systemstruktur

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

13. Systemstruktur

»Zusammenarbeit optimieren, neue Modelle schaffen«

Ein zukunftsorientiertes Gesundheitssystem muss effizient und gleichzeitig krisenfest sein – das zeigt sich heute so deutlich wie nie. Die Frage einer effizienten Systemstruktur kann damit nur vor dem Hintergrund jener Erfahrungen beleuchtet werden, die wir derzeit aus der Krise schöpfen.

Ein Grundsatz der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 ist, dass es im Gesundheitsbereich vor allem um Menschen und nicht um Systeme geht. Ausgehend von den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten muss definiert werden, welche präventiven Gesundheitsmaßnahmen für sie getroffen werden, wie sie in akuten Fällen bestmöglich versorgt werden und wie sie mit post-rehabilitativen Maßnahmen wohnortnah und mit Unterstützung von telemedizinischen Anwendungen begleitet werden können. Um eine solche Gesamtsteuerung des Systems für alle gesundheitsrelevanten Leistungen sicherzustellen, ist es essenziell, die zu erbringenden Leistungen auf jeder Ebene klar zu definieren.

13.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

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

1. Empowerment

Der Mensch wird zum Koproduzenten seiner Gesundheit.

1. Wesentlich ist der Perspektivenwechsel von einem derzeit interessenorientierten System zu einem solchen, in dem die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen.
2. Ein proaktives Gesundheitsmanagement muss in den Fokus gerückt werden: Die Eigenverantwortung [1] der Patientinnen und Patienten soll gestärkt werden, indem neben Präventivmaßnahmen auch steuerliche Entlastungen bei jenen Menschen zum Tragen kommen, die gesundheitsfördernde Maßnahmen aus eigener Tasche finanzieren (wie z. B. OTC-Präparate, Produkte zur Nikotinentwöhnung). [2] Gesundheitswissen (Health Literacy) und Gesundheitskompetenz bzw. Gesundheitsbewusstsein sollen schon frühzeitig, vom Kindesalter an, gefördert werden.
3. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt die steuerliche Absetzbarkeit von privaten Versicherungen, da diese in breiten Teilen der österreichischen Bevölkerung einen hohen Stellenwert besitzen (in Österreich sind 37,2 Prozent der Bevölkerung privat krankenversichert, 22,47 Prozent im Bereich der Sonderklasse im Spital). [2]
4. Es müssen gesetzliche Aufträge für jene Bereiche geschaffen werden, die seit Jahren in der Warte-

schleife verharren und ein proaktives Gesundheitsmanagement fördern würden, wie beispielsweise der elektronische Impfpass.

2. Modernes Finanzierungsmodell

Kosteneffiziente Erfolgsmodelle fokussieren.

1. Beim Einkauf von Gesundheits(dienst)leistungen muss eine Trennung von Angebot und Nachfrage erfolgen. Die derzeit angebotsinduzierte Situation und Pauschalhonorierung verteuert das Gesundheitssystem, weil das Kostenbewusstsein der einkaufenden Stelle und Wettbewerb am Markt fehlen. [3]
2. Es braucht ein effizientes, zielgesteuertes und krisenfestes Finanzierungssystem, bestehend aus zwei koordinierten Töpfen, aus denen gemeinsam geschöpft werden kann. Dabei muss am System der Selbstverwaltung festgehalten werden, sodass Beiträge zweckgebunden bleiben und nicht für andere Bereiche verwendet werden können.
3. Untersuchungen, Beratungsleistungen und Präventionsmaßnahmen sollen ausgewogen honoriert werden, egal, ob sie im Spital oder im niedergelassenen Bereich stattfinden.
4. Public-Private-Partnership (PPP)- und Lebenszyklusmodelle, wie sie beispielsweise im Bereich der Kinderrehabilitation erfolgreich zur Anwendung kommen, sollen verstärkt ausgerollt werden. [4]
5. Die Entlassung von Arzneimitteln und Wirkstoffen aus der Rezeptpflicht (Switch) bringt eine finanzielle Entlastung: Jeder für eine OTC-Anwendung ausgegebene Euro spart dem österreichischen Gesundheitssystem 5,20 Euro an direkten Kosten.

3. Best Point of Service

Richtige Balance zwischen der passenden und gleichzeitig günstigsten Versorgung.

1. Patientinnen und Patienten müssen effizienter durch das System geleitet werden. Erster Ansprechpartner muss die Hausärztin oder der Hausarzt bleiben. Dieser niederschwellige Einstieg ins Gesundheitssystem muss bei jeglicher Form von Triagierung bestmöglich zugänglich sein. Alternativ bietet sich ein Vertrauensarztmodell an.
2. Die Apotheke als Point of Care ist zu stärken. Dafür soll ein Katalog von Behandlungsmöglichkeiten, die mithilfe von rezeptfreien Arzneimitteln in Eigenregie von Betroffenen durchgeführt werden können, erstellt werden. Dieses Prinzip von Self Care beruht auf einem solidarischen Prinzip, denn gesundheitskompetente Menschen machen das Gesundheitsversorgungssystem nachhaltig und finanzierbar, indem sie Lebensstilerkrankungen zu vermeiden versuchen und bei geringfügigen Beschwerden nicht den Konsultations-, Verschreibungs- und Rückerstattungsprozess in Anspruch nehmen.
3. Die Honorierung und Evaluierung des Leistungskatalogs muss bei der Patientenbetreuung und -behandlung in Richtung Prozesskostenrechnungen und Prozessqualität blicken, statt wie bisher als Einzelkosten abgerechnet zu werden. Beratungsleistungen sind zu honorieren.
4. Jegliche Versorgungsmodelle müssen in technischer sowie in kultureller und sprachlicher Hinsicht für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Betroffene verständlich sein.

Mensch im Mittelpunkt

Das österreichische Gesundheitssystem benötigt die Transformation von einem interessenorientierten System zu einem Modell, in dem die Menschen wieder im Mittelpunkt stehen.

In diesem Zusammenspiel sieht die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 Handlungsbedarf im Bereich der Prävention: In Österreich werden derzeit zwei Prozent der Gesundheitsausgaben für Prävention aufgewendet. Der Schnitt in den 37 Mitgliedsstaaten der Or-

ganisation for Economic Cooperation and Development (OECD) liegt hingegen bei drei Prozent. [5]

Auch die Pflegeprävention verlangt nach neuen Blickwinkeln: Die Ansätze sind im internationalen Vergleich noch sehr divers: In Österreich unterstützen Pflegerinnen und Pfleger mobilitätseingeschränkte Menschen beispielsweise beim Schuhebinden. In Dänemark wird der Schwerpunkt der Pflege dahingehend gesetzt, die Menschen dorthin zu begleiten, es wieder selbst zu können.

Chancen der Digitalisierung

Telemedizinische Angebote rücken in den Fokus neuer Versorgungsmodelle und vereinfachen Prozesse um ein Vielfaches.

Bei strukturellen Neugestaltungen ist es wichtig, die Implementierung zukünftiger technischer Entwicklungen von Beginn an mit zu bedenken. [6] Um die Chancen der digitalen Transformation wahrnehmen zu können und Anwendungen nutzbar zu machen, sind entsprechende strukturpolitische und rechtliche Rahmenbedingungen anzupassen.

Im Bereich Rehabilitation ist zu sehen, dass digitale Angebote zu einer Systemoptimierung bei gleichzeitiger verbesserter Patientenorientierung beitragen. Die digitale Welt kann menschliche Zuwendung und Empathie zwar nicht ersetzen, aber in Bereichen wie beispielsweise der Rehabilitation liegt die Zukunft in der verstärkten Nutzung von digitalen und mobilen Anwendungen, mit denen die Menschen nach der Therapie weiterhin bedarfsgerecht und individuell unterstützt werden können.

Neue digitale Möglichkeiten brauchen gleichzeitig eine geschärfte Aufmerksamkeit dahingehend, die Patientinnen und Patienten immer dort abzuholen, wo sie gerade stehen. Dabei darf nicht auf jene Menschen vergessen werden, die mit der Digitalisierung noch nicht vertraut sind.

Dem österreichischen Gesundheitssystem muss es gelingen, Informationen in allen analogen und digitalen Kommunikationskanälen mit einer Stimme (One Voice) zu sprechen, und das in einer einfachen Sprache, die von allen Zielgruppen verstanden werden kann.

[1]-[6] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 13.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Systemstruktur



OGB



IGEPHA
The Austrian Self Care Association

MERCK



qualityaustria
Erfolg mit Qualität



Versicherungsverband
Österreich

13.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen der Arbeiterkammer Wien (AK) und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

[1] Zu 1.2: Zur Handlungsempfehlung „Der Mensch wird zum Koproduzenten seiner Gesundheit“ siehe Dissens betreffend Eigenverantwortung im Kapitel Digitalisierung und im Kapitel Prävention.

[2] Zu 1.2 und zu 1.3: Steuerliche Entlastungen für private Zusatzversicherung und privat finanzierte Gesundheitsförderung sind der falsche Weg. Es ist Aufgabe der gesetzlichen Sozialversicherung, unabhängig vom Status für alle Versicherten und ihre Angehörigen unabhängig vom Wohnort Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau anzubieten. Steuermittel sind in der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Leistungsanhebung nach oben zu verwenden, um die zum Teil erheblichen Unterschiede zwischen Berufsgruppen und Regionen zu beseitigen – und nicht, um Leistungsvorteile für Besserverdienende zu finanzieren.

[3] Zu 2.1: Hinter der Trennung von Angebot und Nachfrage steckt in der politischen Diskussion das Infragestellen von eigenen Einrichtungen, da die Sozialversicherungsträger als „Nachfrager“ gleichzeitig auch ein „Angebot“ haben. Das ist klar abzulehnen.

[4] Zu 2.4: Gerade bei PPP-Modellen im Gesundheitssystem ist verantwortungsvolle Weitsicht geboten. Ausgliederungen dürfen nicht zu Leistungseinschrän-

kungen, Patientinnen-/Patientenselektion und zu einer Erhöhung des Lohn- und Arbeitsdrucks im Gesundheitsbereich führen. Daher ist ein österreichisches Kompetenzzentrum für PPP-Modelle zu etablieren, um entsprechende Rahmenbedingungen festzulegen.

Ergänzung des Verbands der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO)

[5] Zu *Mensch im Mittelpunkt*: Die Entwicklungen rund um COVID-19 zeigen, dass das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung sehr ausgeprägt ist. Die privaten Krankenversicherer unterstützen Maßnahmen der Prävention durch ihre Angebote und Informationen, was zu einem „aktiven Altern“ der Bevölkerung beiträgt und letztendlich gesamtheitlich betrachtet die Belastung des Staatshaushalts durch Senkung der Gesundheitsausgaben reduziert.

[6] Zur *Chancen der Digitalisierung*: Die Abwicklung von Kostenerstattungen etwa ist aktuell beschwerlich, es müssen mehrere Wege gegangen werden, um die Abrechnung durchzuführen. Eine gemeinsame Abrechnungsschiene zwischen den Versicherungsträgern im niedergelassenen Bereich, bei der die Patientinnen und die Patienten ihr Anliegen an nur einer Stelle einreichen müssen, wäre deshalb aus Patientensicht erstrebenswert („One-Stop-Shop“). Die Digitalisierung könnte dahingehend genutzt werden, eine gemeinsame Onlineplattform für diese Angelegenheiten zu erstellen.

EXPERTISE SUMMARY

13. Systemstruktur

Zusammenfassung der Expertenbeiträge

Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche

Experteninterviews

Quellenverzeichnis

Mitwirkende Expertinnen und Experten

Zusammenfassung der Expertenbeiträge

Ein Grundsatz der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 ist, dass es im Gesundheitsbereich vor allem um Menschen und nicht um Systeme geht. Ausgehend von den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten muss definiert werden, welche präventive Gesundheitsmaßnahmen für sie getroffen werden, wie sie in akuten Fällen bestmöglich versorgt werden und wie sie bei rehabilitativer Nachsorge unterstützt werden können. Um eine solche Gesamtsteuerung des Systems für alle gesundheitsrelevanten Leistungen sicherzustellen, müssen die zu erbringenden Leistungen auf jeder Ebene definiert sein.

Systemisch zu steuern sind unter anderem die Patientenwege. Optimalerweise übernimmt die Hausärztin oder der Hausarzt als Erstansprechperson eine Lotsenfunktion innerhalb eines sogenannten Gatekeeper- oder – positiver formuliert – eines Gateopener-Modells. Vorstellbar ist auch ein Vertrauensarztmodell, bei dem die Patientin und der Patient (Fach-)Ärztinnen und Ärzte ihres Vertrauens wählen, oder die Nutzung vorhandener Netzwerke wie das der Apotheken zur Unterstützung der Patientensteuerung. Vorausgesetzt wird eine entsprechende Honorierung dieser zusätzlichen Leistungen.

Für die Betroffenen müssen die Gesundheits-(Dienst-)Leistungen einerseits niederschwellig zur Verfügung stehen, andererseits muss deren Finanzierung gesichert sein. Die Finanzierung aus einem Topf ist ein viel diskutierter Lösungsansatz, bei dem alle Gelder (Sozialversicherung und Steuern, vgl. Art. 15a B-VG Vereinbarung) in einem neu zu organisierenden Topf zusammenfließen. Die Zwei-Topf-Strategie separiert ambulante von stationärer Finanzierung. Selbst wenn es „nur“ bei einer Optimierung des Status quo bleibt, bei dem sich die Systempartner am Weg zur Zielsteuerung absprechen, ist die Struktur dahingehend zu gestalten, dass es sowohl für Anbieter, Kostenträger als auch für Patientinnen und Patienten mehr Transparenz und Einfachheit gibt. Alle in Frage kommenden Ansätze sollten jedenfalls Angebot und Nachfrage organisatorisch getrennt behandeln.

Bei jeglicher strukturellen Neugestaltung muss schon jetzt die Implementierung zukünftiger technischer Entwicklungen mitgedacht werden. Um die Chancen der digitalen Transformation wahrnehmen zu können und Anwendungen (wie Telereha, Telemedizin) für Gesundheitsdienstleister nutzbar zu machen, sind die entsprechenden strukturpolitischen und rechtlichen Rahmenbedingungen anzupassen.

Finanzierung des Systems

Es stellt sich die Frage, was es zur strukturellen Stärkung des österreichischen Gesundheitswesens

braucht. Gesundheit betrifft alle und in diesem Sinne sollte die Thematik in allen politischen Feldern verankert werden.

Der Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben des BIP betrug laut Statistik Austria 2018 10,3 Prozent. 74,7 Prozent davon waren öffentliche Gesundheitsausgaben. Aufgrund des demografischen Wandels ist die Absicherung der Finanzierung des Systems eine der größten Herausforderungen und erfordert eine langfristige Betrachtungsweise.

Mögliche Finanzierungsmodelle für das österreichische Gesundheitssystem wurden von den Expertinnen und Experten in Arbeitsgruppen und Gipfelgesprächen ausführlich diskutiert. Aus ökonomischer Sicht bringt die Finanzierung aus einem Topf den Vorteil einer ganzheitlichen Sicht auf das Gesundheitssystem. Vorhandene Mittel könnten effizienter eingesetzt werden und Effizienzpotenziale für die Finanzierung dynamischer Innovationen, von Präventionsmaßnahmen und (Krebs-)Vorsorgeprogrammen genutzt werden.

Für eine zukunftsorientierte Planung und Optimierung des Systems sowie für eine patientenorientierte Versorgung könne sich die Ein-Topf-Strategie am förderlichsten zeigen. Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS), die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) sollten dabei weiter zentrale Rollen spielen. Die Harmonisierung der Leistungen im Zuge der SV-Reform ist als guter Beginn zu sehen, wenn die notwendigen Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Für eine Ein-Topf-Strategie könnte z. B. ein Modell angestrebt werden, bei dem der primäre Zahler die Sozialversicherung ist und zusätzlich Bund und Länder einzahlen. Zu klären ist jedenfalls die Frage, wer über die Verteilung bei so vielen divergierenden Interessen entscheidet. In der gesamten Sozialver-

sicherung unter Einbeziehung der Pensionsversicherung liegt der Verwaltungskostenanteil bei unter zwei Prozent. Dies ist ein ausgezeichneter Prozentsatz. 98 Prozent der Beträge fließen an die Versicherten zurück. Nach wie vor gilt das Prinzip der Selbstverwaltung für einen Großteil der Expertinnen und Experten als bestmögliche Organisationsform einer kollektiven Krankenversicherung.

Wirtschaftliche Überlegungen stehen sowohl im intra- als auch extramuralen Bereich im Vordergrund. Bedingt durch das von den Kassen vorgegebene Honorarschema wird ein ökonomischer und zeitlicher Druck erzeugt, der suboptimale Versorgungsergebnisse mit sich bringt und wodurch Entscheidungen im Sinne der Patientenorientierung in den Hintergrund gerückt werden. Die Finanzierung aus einem Topf könnte dazu beitragen, Schnittstellenverluste zu vermeiden und z. B. im intramuralen Bereich Einkaufsentscheidungen bei der Arzneimittelbeschaffung zu erleichtern.

Vorteilhaft könnte sich die Ein-Topf-Strategie bei Projektentwicklungen zeigen, wenn vom Anbieter „Lebenszykluskosten“ im Sinne des Gesamtsystems und der Bürgerin und des Bürgers mitgedacht und durchgeführt werden. Im Gegensatz zu herkömmlichen PPP-Modellen, bei denen oftmals die Errichtungskosten aus einem anderen Budget-Topf als die Kosten für den laufenden Betrieb bezahlt werden, ist dies bei Lebenszyklusmodellen nicht der Fall, denn es werden schon in der Entwicklung alle wesentlichen Facetten für den späteren Betrieb mitbedacht und mitgeplant. Die effiziente Gesamtbetrachtung wird für den privaten Anbieter, der das Kostenrisiko trägt, zum Hauptincentive bei der Projektumsetzung. Lebenszyklusmodelle zeichnen sich durch Kostensicherheit für die öffentliche Hand aus und sind die Gesamtkosten betreffend günstiger.

Bei einer Zwei-Topf-Strategie könnte der extramurale Bereich finanziell unabhängig vom stationären agieren. Aus dem einen Topf ist die Finanzierung der Krankenanstalten für die stationäre Leistung abgedeckt, aus dem zweiten das extramurale Leistungsportfolio inklusive der Spitalsambulanzen. Daraus resultiert, dass die spitalsambulante Leistung Teil des extramuralen Angebots ist und bereits bei einer Planung miteinbezogen werden muss.

Die Steuerungskompetenz sollte dem Bund obliegen, um zu verhindern, dass sich neun unterschiedliche

Systeme entwickeln. Denn aufgrund der geografischen Mannigfaltigkeit und unterschiedlichen Bevölkerungsdichte ist darauf zu achten, dass die Versorgungsqualität den bestehenden Leistungsangeboten unterschiedlicher Kaufkraft, unterschiedlicher Patientenströme regional bzw. im Sinne von Versorgungsregionen auch über Bundeslandgrenzen hinaus angepasst wird. Bei solch einer Zwei-Topf-Strategie ergibt sich die Notwendigkeit, in Bezug auf die Finanzierung auch die Harmonisierung von Leistungen zu betrachten.

Rezeptfreie Arzneimittel sparen Kosten: Mit mehr Bewusstsein jedes Einzelnen für Self Care kann das Gesundheitssystem nachhaltig entlastet werden, denn jeder für eine Over-the-counter (OTC) Anwendung ausgegebene Euro spart dem österreichischen Gesundheitssystem 5,20 Euro an direkten Kosten. Dazu kommen weitere Einsparungen bei den indirekten Kosten und den Opportunitätskosten. Und fast noch wichtiger: Diese Einsparung sorgt dafür, dass Ressourcen dort eingesetzt werden können, wo sie wirklich dringend gebraucht werden: nämlich zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen.

Gesundheitsökonom Prof. Dr. Uwe May und Politikwissenschaftlerin Cosima Bauer, MA, haben die Einspareffekte durch die Anwendung von OTC-Präparaten im Zuge der Self Care für Österreich wie folgt berechnet: Ein vollständiger Verzicht auf OTC hätte folgende finanzielle Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem: Es entstünden zusätzliche Arztkosten in Höhe von 1,3 Milliarden Euro und zusätzliche Verordnungs-kosten in Höhe von einer Milliarde Euro pro Jahr. Der daraus resultierende zusätzliche Patientenansturm würde 13 Millionen zusätzliche Arzt-Arbeitsstunden erfordern. Das wäre von der Ärzteschaft gar nicht leistbar. Die volkswirtschaftlichen Kosten beliefen sich auf rund 730 Millionen Euro pro Jahr.

Weiters kann mit einer Evaluierung des Erstattungs-codex dort gespart werden, wo Effizienzen ausgeschöpft werden können, um in Folge die frei werdenden Potenziale für die Forschung und neue Therapien nutzen zu können.

Auch private Versicherungen tragen mit ihrem Angebot und ihrer Information über präventive Maßnahmen zu einem „aktiven Altern“ der Bevölkerung bei. Privat versicherte Personen sind häufig gesundheitsaffiner und leben gesundheitsbewusster. Gesamtheitlich be-

trachtet, kann so die Belastung des Staatshaushalts durch Senkung der Gesundheitsausgaben reduziert werden.¹

Systemische Sicherstellung der Versorgung

Die Versorgung der älter werdenden Bevölkerung kann nur dann effizient sichergestellt werden, wenn die Leistungserbringung auf allen Systemebenen erfolgt. Die Integration der Gesundheitsversorgung muss stärker in Richtung populationsorientierte Versorgungsmodelle gedacht werden. Das bedeutet, dass Leistungen von Gesundheitsdiensten, aber auch die Einbeziehung von aktuell kaum kassenrelevanten Wahlarztleistungen in die Versorgung anzudenken sind. Die Entscheidung für eine Ein-Topf- oder Zwei-Topf-Strategie darf keine Entscheidungsgrundlage hinsichtlich der Leistungserbringung sein. In jedem Fall ist zu gewährleisten, dass den Gesundheitsdienstleistern die Wahlmöglichkeit für die bestmögliche Therapie und State-of-the-Art-Behandlung für die Patientin und den Patienten offensteht.

Vorrangig für systemische Sicherstellung der Versorgung ist es, eine sektorübergreifende Steuerung der Patientenströme herzustellen. Die Wegbereitung durch das System kann durch die Hausärztin und den Hausarzt als erste Ansprechpartner (Lotsenfunktion) der Versorgungskette, über Primärversorgungszentren oder ähnliche Einrichtungen (Gatekeeper- bzw. Gateopener-System), bis hin zu Spitalsambulanzen erfolgen. Die Honorierung für Zusatzleistungen ist zu berücksichtigen. In jedem Fall soll die Struktur für Patientinnen und Patienten einfach und transparent gestaltet sein, bestenfalls mit einem zentralen Ansprechpartner, der sie als Lotse je nach Bedarf durch die Versorgungswege führt.

Wichtig bei der Entscheidung für ein System ist auch, auf welcher Ebene welche Leistung definiert und erbracht wird. Es muss ein Wegwenden von Symptomkuren und ein Hinwenden zu eigentlichen Strategien geben.

Flächendeckende Gesundheitsversorgung: Da es an Nachfolgern für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner mangelt, muss die Versorgung im kommunalen Bereich ausgebaut werden. Die wohnortnahe Erstversorgung kann nach Ansicht der Ärzteschaft

¹ Eine Forderung der Ärztekammer ist die steuerliche Absetzbarkeit von Versicherungen.

zum einen durch die Steigerung der Anzahl von Hausärztinnen und Hausärzten sowie der Hausapotheken optimiert und zum anderen durch die Schaffung eines Facharztes für Allgemeinmedizin abgesichert werden. Auch die Sicherung der Finanzierung von Lehr(gruppen)praxen trägt zur Absicherung der Versorgungsstruktur bei. Das kann unter anderem durch eine Anpassung der Honorierungs- und Vertragsstrukturen erfolgen, um eine Niederlassung im ländlichen Raum attraktiv zu machen. Zum anderen kann die Etablierung von Gesundheitszentren bzw. Gesundheitspraxen, Ärztenetzwerken, Jobsharing-Modellen und Gruppenpraxen anstelle des Spitals als erste Anlaufstelle eine Lösung sein. Zur Stärkung der Versorgung durch den niedergelassenen Bereich ist dieser Ausbau der hausärztlichen Versorgung gemeinsam mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen z. B. in Primärversorgungszentren als One-Stop-Shop weiter zu fördern.

Ohne ausreichende Primärversorgung ist die adäquate Steuerung des Systems nur schwer möglich, vor allem bei der Begleitung der Patientinnen und Patienten durch das System. Eine Stärkung des niedergelassenen, auch fachärztlichen Bereichs bewirkt eine Entlastung des intramuralen Bereichs, wodurch Kapazitäten für andere Schwerpunkte frei werden.

Auch eine Stärkung des Standorts Apotheke mit ihrem dichten Versorgungsnetz in Österreich und einer stärkeren Positionierung als erste und kompetente Anlaufstelle für Vorsorgemaßnahmen sowie für bestimmte Dienstleistungstätigkeiten kann die klassischen Hausärztinnen und Hausärzte entlasten, vor allem im ländlichen Raum wo es zur erwähnten Ausdünnung der Kassenärztinnen und -ärzte kommt.

Verfügbarkeit und Therapiemöglichkeiten durch

Switches: Die Verfügbarkeit geeigneter nicht verschreibungspflichtiger Substanzen ist eine Grundvoraussetzung für erfolgreiche Self Care. Um diese zu erhalten, bedarf es weiterer Entlassungen von Präparaten und Wirkstoffen aus der Verschreibungspflicht. Im Vergleich mit Deutschland, UK, Australien oder Neuseeland zeigt sich, dass Österreich erheblichen Aufholbedarf hat. Hierbei braucht es, um eine solche Angleichung zu erzielen, einen europaweit harmonisierten Katalog rezeptfreier Wirkstoffe, welcher eine klare Grenze zwischen rezeptpflichtigen und nicht rezeptpflichtigen Medikamenten aufzeigt, sowie weitere politische und behördliche Maßnahmen.

Die privaten Krankenversicherungen verstehen sich primär als ergänzende Partner zur gesetzlichen Versicherung. 37,2 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher sind privat krankenversichert (inkl. stationäre Tarife, Privatarzttarife, Zahntarife etc.) und 22,47 Prozent sind krankenhauskostenversichert (Sonderklasse im Spital). Daraus lässt sich schließen, dass eine private Krankenversicherung in der Bevölkerung einen hohen Stellenwert hat, unter anderem durch die Unterstützung von Präventivmaßnahmen.

Die Entwicklungen rund um COVID-19 zeigen, dass das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung ausgeprägter ist. Die privaten Krankenversicherer unterstützen Maßnahmen der Prävention durch ihre Angebote und Informationen, was zu einem „aktiven Altern“ der Bevölkerung beiträgt und letztendlich gesamtheitlich betrachtet die Belastung des Staatshaushalts durch Senkung der Gesundheitsausgaben reduziert.

Die freie Arztwahl ist in den Direktverrechnungsverträgen der privaten Krankenversicherungen verankert, jedoch nicht rechtlich fixiert. Private Krankenversicherungen haben speziell im niedergelassenen Bereich eine sehr breite Leistungspalette (Komplementärmedizin, alternative Heilmethoden, Vorsorgeprogramme usw.), welche in den meisten Privatarztтарifen bezahlt werden. Jedem stehen diese Behandlungen zur Verfügung und jeder kann sie als Selbstzahler in Anspruch nehmen, jedoch nehmen sich einige Leute lieber eine Versicherung, um bei gewissen Behandlungen das Risiko der Kosten zu minimieren.

Das System der privaten Krankenversicherung wäre nach Ansicht von Versicherungsexpertinnen und -experten noch durch die Möglichkeit einer ambulanten Sonderklasse zu erweitern. Somit könnten Ärztinnen und Ärzte Leistungen, die bisher stationär erbracht wurden, auch ambulant abrechnen. Damit bliebe die Wertigkeit der privaten Versicherungen für die Patientinnen und Patienten erhalten.

Bei vielen öffentlichen Themen (Strukturplan Gesundheit, Gesetzesvorhaben) sind private Krankenversicherung nicht, zu wenig oder erst sehr spät eingebunden. Dabei wäre es aus Sicht des Versicherungsverbandes Österreich (VVO) sinnvoll, von Beginn an die Expertisen in Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen, da sich veränderte Rahmenbedingungen auch auf private Krankenversicherungen auswirken.

Privatbehandlungen in öffentlichen Krankenhäusern

können insofern als qualitätsfördernd gesehen werden, wenn man die Honorierung der Sonderklasse als Motivation für Spitzenkräfte betrachtet, an öffentlichen Spitälern zu bleiben, statt in Privatspitäler oder ins Ausland abzuwandern. Durch Hausrücklässe, die zum Teil für Spitalsinfrastruktur verwendet werden, und durch Poolregelungen profitieren letztendlich die Patientinnen und Patienten. Privatspitäler entlasten daher das öffentliche System. Allerdings werden durch Ressourcenmangel und die daraus resultierenden verschlechterten Rahmenbedingungen (Arbeitsklima, Führung, administrativer Aufwand, Mehrbelastung durch fehlende Mitarbeiter) Beschäftigungsverhältnisse an öffentlichen Krankenhäusern unattraktiver, private Spitäler hingegen für Arbeitsuchende im medizinischen Sektor attraktiver. Dieser Zustand in öffentlichen Krankenanstalten muss durch mehr Personal behoben werden. Das würde eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen (vor allem durch Gehaltsanpassungen) sowie des Arbeitsklimas und verträglichere Arbeitszeiten mit sich bringen. Eine Entlastung des Personals ließe sich mithilfe von Digital-Health-Innovationen unterstützen.

Die Zentralisierung der gesetzlichen Krankenversicherung und inwieweit die völlige Zentralisierung der Krankenversicherung/des Systems sinnvoll ist, steht zur Disposition:

- Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) ist aufgeteilt in Fachbereiche und Fachbereichsleiterinnen und -leiter mit verschiedenen Sitzen in den Bundesländern, wo für ganz Österreich entschieden wird. Optimierungsbedarf gibt es bei Entscheidungen mit regionalem Bezug, zum Beispiel, wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Landesstelle Wien im Zielsteuergausausschuss arbeitet und Weisungen aus Vorarlberg bekommt.
- Gewisse regionale Autonomie muss erhalten bleiben. Dabei gilt es, regionale Versorgungsstrukturen wie auch die Stadt-Land-Unterschiede zu berücksichtigen.
- Bundesweite Steuerung: Diese soll zentralisiert an einem Ort sein.
- Ein fairer Zugang zu Medikamenten intra-/extramural muss gegeben sein.

Stellt man Versicherungsmodelle gegenüber, sind bei einem Vergleich zwischen selbstverwalteter Sozialversicherung und staatlichem Gesundheitssystem versus Privatisierung folgende Punkte zu diskutieren:

- a. Bei Budgetkürzung könnten auch Leistungskürzun-

gen oder Beschränkungen versorgungsrelevanter Ausgaben mitbetroffen sein. Darin liegt der Vorteil bei Selbstverwaltung: Beiträge sind zweckgewidmet vorhanden und fließen im Höchstmaß an Versicherte zurück.

- b. Demgegenüber stehen private Versicherungen, die autonom ihre Budgets verwalten und der Staat hier keine Möglichkeit zur Nutzung für zweckgebundene Gesundheitsausgaben hat.

PPP-Modelle und Lebenszyklusmodelle

Eine Partnerschaft zwischen privatwirtschaftlichem Dienstleister und öffentlicher Hand mit Versorgungsauftrag kann finanzielle und strukturelle Vorteile bieten.

Kostensicherheit und Kalkulierbarkeit: Bei sogenannten Lebenszyklusmodellen werden die Kosten von der Projektentwicklung über die Errichtung, den Betrieb bis zur Erhaltung in einem Partnerschaftsverhältnis mit der Auftraggeberin und dem Auftraggeber von einem einzelnen Know-how-Anbieter gedacht und entwickelt. Vorteile eines Privatanbieter-Partnerschafts-Modells für den öffentlichen Auftraggeber sind hohe Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Kostensicherheit. Diese werden für den Lebenszyklus des Projektes erreicht, indem der Projektanbieter effizient und strukturiert mit privatwirtschaftlicher Perspektive plant und in der Entwicklung die jeweiligen erforderlichen Planungsentscheidungen des Auftraggebers be-

rücksichtigt. Klare ethische Regeln und Grenzen sollen in diesem sensiblen Bereich berücksichtigt werden: der Versorgungsauftrag sowie die Definition, wie und wodurch dieser zu erfüllen ist, muss der öffentlichen Sphäre zugeordnet bleiben. „Ausführende Aspekte“ sollten durchaus für eine Umsetzung mit privaten Dienstleistern geöffnet sein, insbesondere wenn diese dadurch für das Gesamtsystem effizienter und kostensicherer ausgeführt werden können. Dabei werden von privatwirtschaftlichen Anbietern strikte Auflagen und der Verhaltenskodex von öffentlicher Seite ebenso begrüßt wie umfassendes und unabhängiges Qualitätscontrolling in der Leistungserbringung. Denn begleitendes Controlling sichert die Qualität privater Anbieter und generiert darüber hinaus Evidenzen zu den Benefits einer solchen Partnerschaft für das Gesamtsystem, sowohl bei wirtschaftlichen als auch versorgungsqualitativen Fragen. Die Förderung von Lebenszyklusmodellen, vor allem bei Großprojekten, wird im Sinne einer gesamtkostensparenden Sicht auf die Systemstruktur empfohlen.

PPP-Modelle sind unter der Berücksichtigung zu konzipieren, dass sie nicht zur ökonomischen Schlechterstellung von Angestellten beitragen und mit einer Qualitätsminderung einhergehen; sie sind also mit Reglementierung und ohne Druck auf das Personal umzusetzen.

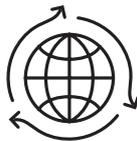
QUERSCHNITTMATERIE AUSBILDUNG



Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Allgemeinmedizin ist auf Empfehlung der Ärztekammer zu schaffen.

Für Lehrgruppenpraxen ist eine Sicherung der Finanzierung vonnöten.

QUERSCHNITTMATERIE DIGITALISIERUNG



Onlineplattform: Die Digitalisierung könnte dahingehend genutzt werden, eine gemeinsame Onlineplattform für Patientenangelegenheiten zu erstellen.

Mobile Ansätze mitplanen: Für eine Verbesserung der Systemstruktur sollten die sich rasant entwickelnden Möglichkeiten der Digitalisierung und vermehrter mobiler Angebote aktiv in die Planung aufgenommen und berücksichtigt werden.

Im Bereich Rehabilitation ist zu sehen, dass digitale Angebote zu einer Systemoptimierung bei gleichzeitiger verbesserter Patientenorientierung beitragen. Telemedizinische Anwendungen sollten daher in Therapiepläne und Leistungskataloge aufgenommen werden, um Patientinnen und Patienten bei der weiterführenden Rehabilitation nach ihrem stationären Aufenthalt nachhaltig unterstützen zu können.

Bei Pflege und Betreuung sollte das vorrangige Ziel sein, mobil und aktiv zu bleiben bzw. wieder zu werden, statt die Patientinnen und Patienten an der „Hand zu halten“. Klar ist, dass die digitale Welt menschliche Zuwendung und Empathie nicht ersetzen kann. Aber insbesondere im Bereich Rehabilitation liegt die Zukunft in digitalen und vor allem mobilen Anwendungen, mit denen Patientinnen und Patienten nach der Therapie weiterhin bedarfsgerecht und individuell unterstützt werden können.

FALLBEISPIEL

Digitalisierung kann und wird in Zukunft breiter genutzt werden, da die Möglichkeiten wahrgenommen werden, vorhandene technische Mittel umfassender einzusetzen. Nennenswert ist das Beispiel eines Osttiroler Arztes, der Blutkonserven mithilfe einer Drohne ins Zentrallabor bringen lässt.

Digital-Health-Innovationen können vor allem in der Administration vermehrt eingesetzt werden, um eine Entlastung des Personals im Krankenhausbereich zu unterstützen.

QUERSCHNITTMATERIE PATIENTENORIENTIERUNG



Transparente Strukturen sind erforderlich, um es den Menschen zu ermöglichen, individuell, unkompliziert und rasch auf Leistungen und Lösungen zugreifen zu können.

Bei einer Strukturbereinigung der aktuellen Versorgungssituation im Sinne der Patientinnen und Patienten soll „unternehmerisches Denken“ und eine Neuordnung des Systems und seiner Prozesse nicht als Leistungsabbau verstanden werden. Vielmehr würden Chancen für die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle eröffnet werden, die mithin Impulsgeber für die Versorgung werden können. So sind bereits in der Vergangenheit Akutkrankenhäuser in neue Rehabilitationsangebote umgewandelt worden.

One-Stop-Shop: Die Kommunikation zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen muss verbessert werden, um gemeinsam unterstützend für die Patientin und den Patienten zu arbeiten – z. B. ist die Abwicklung von Kostenerstattungen aktuell beschwerlich, es müssen mehrere Wege gegangen werden, um die Abrechnung durchzuführen. Eine gemeinsame Abrechnungsschiene der Sozialversicherungen und der privaten Krankenversicherungen, bei der die Patientin oder der Patient sein Anliegen an nur einer Stelle einreichen muss, wäre deshalb erstrebenswert. Eine gemeinsame Nutzung der Ressourcen im Sinne der Patientin und des Patienten ist zu stärken.

Niederschwelliger Zugang zu Arzneimitteln: Hand in Hand mit einer niederschweligen Versorgung bereits vor dem Arztbesuch und einem erleichterten Zugang zu Medikamenten gilt es, die Selbstbehandlungsmöglichkeiten der Patientinnen und der Patienten zu stärken. Anstelle der zur Rezepterneuerung notwendigen Arztbesuche sollte, vor allem bei chronischen Krankheiten, die bereits initial von der Ärztin oder vom Arzt diagnostiziert wurden, die Apothekerin oder der Apotheker als speziell da-

für ausgebildete, professionelle Fachkraft die Kompetenz erhalten, die erforderlichen Medikamente rezeptfrei abzugeben. Erfolgreiche Modelle, wie sie z. B. in Neuseeland entwickelt wurden und seit Jahren praktiziert werden, zeigen, welche innovativen Lösungen für eine patientenorientierte Abgabe von Medikamenten möglich sind.

DISSENSPOSITION DER ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN

Impfen: Aus Sicht der Ärztekammer sind Impfungen und Arzneimittelverschreibung durch die Apothekerin und den Apotheker tabu.

Versorgung: Die Standort-Apotheke als erste Patientenlaufstelle und als Nutzung für Vorsorgemaßnah-

men oder bestimmte Dienstleistungen (nach Vorbildern in UK, Neuseeland oder Schweiz) ist aus Sicht der Ärztekammer für Wien inakzeptabel, da die Apotheker die dafür notwendige Ausbildung nicht besitzen.

Dauermedikation: Dauermedikationen allein durch Apothekerinnen und Apotheker kann die Ärzteschaft nicht mittragen. Um die Dauermedikation zu erleichtern, ist zu fordern, dass unter Einbindung der Ärzte- und Apothekerschaft eine Struktur für ein e-Rezept zu erarbeiten ist.

Switches: Eine allgemeine Ausweitung von Wirkstoffen aus der Verschreibungspflicht ist für die Ärztekammer nicht nachvollziehbar. Im Gegenteil: Jede Ausnahme aus der Verschreibungspflicht muss medizinisch präzise auf die Auswirkungen auf die Patientin bzw. den Patienten geprüft werden.

Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche

84. PRAEVENIRE WEISSBUCH GIPFELGESPRÄCH

Systemstruktur


WANN

Montag, 30. März 2020 |
17:00–19:00 Uhr


WO

Videokonferenz

DISKUSSIONSTEILNEHMERIN- RINNEN UND -TEILNEHMER

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Gerald Bachinger**
Patientenanwalt Niederösterreich
und Sprecher der Patientenanwälte
Österreichs
- **Dr. Alexander Biach**
Standortanwalt und Direktorstellvertreter
der Wirtschaftskammer Wien
- **Andreas Huss, MBA**
Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse
und Gesundheits-sprecher sowie Bildungsverantwortlicher
der Gewerkschaft Bau-Holz des
Österreichischen Gewerkschaftsbundes
- **Mag. Mirjana Mayerhofer**
Präsidentin der IGEPHA
- **Mag. Wolfgang Panhölzl**
Leiter der Abteilung Sozialversicherung
der Arbeiterkammer Wien
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**
Leiter der Fachabteilung Gesundheitspolitik
der Arbeiterkammer Niederösterreich
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der
Österreichischen Gesundheitskasse
- **Dr. Günther Schreiber**
Projektmanagement und Koordination
Branche Gesundheitswesen bei
Quality Austria

Moderation:
Robert Riedl | PERI Group

Wie Digitalisierung und Empowerment neue Chancen für ein effizientes Gesundheitssystem eröffnen und warum es besser ist, Patientinnen und Patienten in einem derzeit interessenorientierten Setting in den Mittelpunkt zu stellen, das beleuchtete das Expertinnen- und Expertenteam im Zuge des Gipfelgesprächs „Systemstruktur“. Diskutiert wurden neue Versorgungsmodelle, die schon vor dem Arztbesuch ansetzen.

Es braucht ein effizientes, zielgesteuertes und krisenfestes Finanzierungssystem, bestehend aus koordinierten Töpfen, aus denen gemeinsam geschöpft werden kann. Dabei muss am System der Selbstverwaltung festgehalten werden, sodass Beiträge zweckgebunden bleiben und nicht für andere Bereiche verwendet werden können. Die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten soll gestärkt werden, indem neben Präventivmaßnahmen auch steuerliche Entlastungen bei jenen Menschen zum Tragen kommen, die gesundheitsfördernde Maßnahmen aus eigener Tasche finanzieren (z. B. präventive Behandlungen, Self Care, Nikotinentwöhnung). Die Patientinnen und Patienten werden damit zum „Koproduzenten“, im Sinne eines aktiv Mitwirkenden, ihrer Gesundheit und sollen im Sinne der Self Care in ein gemeinsames, präventives Boot geholt werden.

Beste Versorgung für die Versicherten gewährleisten

Jene Erfahrungen, die jetzt aus der Coronakrise geschöpft werden, sollen auch in der Finanzierung des Gesundheitssystems berücksichtigt werden, denn die Belastung für das System ist nie höher gewesen: Krisenphänomene bedürfen Flexibilität und müssen vor dem Hintergrund eines starken öffentlichen Systems auch nach der Krise neu diskutiert werden. Den Weg zurück wird es in einer Zeit, in der die Digitalisierung mit Maßnahmen wie der kontaktlosen Medikamentenverordnung ihren Durchbruch erlebt, nicht mehr geben. Vielmehr formt sich eine Zukunft der Telemedizin, die neben telefonischen Krankschreibungen oder Tele-Psychotherapie auch ärztliche Videoberatung in den Fokus neuer Versorgungsmodelle stellt.

Digitalisierung verlangt gleichzeitig eine geschärfte Aufmerksamkeit dahingehend, die Patientinnen und Patienten immer auch dort abzuholen, wo sie stehen. Voraussetzung für eine optimale Versorgung der Versicherten ist die Zugänglichkeit – einerseits in puncto Barrierefreiheit, aber auch in kulturell-sprachlicher Hinsicht.

Komplementäre Vorgehensweise, ergebnisorientierter Prozess

Positiv werden Public-Private-Partnership-Modelle (PPP) bewertet, die beispielsweise im Bereich der Kinderrehabilitation erfolgreich zur Anwendung kommen und auch in weiteren infrastrukturellen Einrichtungen chancenreich ausgerollt werden könnten. Ein großes Manko sehen die Expertinnen und Experten hingegen in fehlenden Prozesskostenrechnungen und Prozessqualität. Es geht darum, das Optimum zwischen dem richtigen und gleichzeitig günstigsten Versorgungsmodell zu finden. Aktuell ist das

Krankenhaus die teuerste Versorgungsebene. Ein wesentliches Ziel der Patientinnen- und Patientensteuerung ist daher der Weg vom „Most Expensive Point of Service“ zum „Best Point of Service“: Patientinnen und Patienten müssen in Ebenen davor ab- und aufgefangen werden, wie beispielsweise durch den Einsatz digitaler Tools, um vorab eine bessere Orientierung sicherzustellen und einen produktiven Weg durch das Gesundheitssystem zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund wurde auch das Corona-Maßnahmenpaket für jene Risikogruppen diskutiert, die nicht zur Arbeit gehen sollen, um besser geschützt zu werden.

Status quo

Das österreichische Gesundheitssystem braucht die Transformation von einem derzeit interessenorientierten System zu einem Modell, in dem die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen. Derzeit fehlt der umfassende Blick darauf, wie Österreichs Patientinnen und Patienten optimal versorgt werden sollen, wie die Finanzierung des Gesundheitssystems gestaltet werden kann und wie es gelingen kann, eine optimale Orientierung durch das System zu gewährleisten.

Brennpunkt-Themen

Wie die Coronakrise zeigt, braucht es nicht nur ein effizientes Finanzierungssystem der österreichischen Gesundheitslandschaft, sondern vor allem auch ein krisenfestes Modell. Telemedizinische Angebote rücken in den Fokus neuer Versorgungsmodelle und vereinfachen Prozesse, brauchen gleichzeitig aber eine geschärfte Wahrnehmung dahingehend, die optimale Zugänglichkeit für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Wesentlich ist darüber hinaus die Balance zwischen dem richtigen und gleichzeitig günstigsten Versorgungssystem. Public-Private-Partnership-Modelle gelten als sehr erfolgreiche Lösungen, die aber noch nicht überall dort angedacht werden, wo es möglich wäre. Auch die Stärkung der Eigenverantwortung von Patientinnen und Patienten sowie ein geschärfter Fokus auf präventive Maßnahmen werden als essenziell erachtet.

Zentrale Empfehlungen

1. Wesentlich ist der Perspektivenwechsel von einem derzeit interessenorientierten System zu einem Setting, in dem die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen.
2. Krisenphänomene bedürfen Flexibilität und müssen vor dem Hintergrund eines starken öffentlichen Systems auch nach der Krise neu diskutiert werden.
3. Für Gesundheitseinrichtungen sollen verstärkt Public-Private-Partnership-Modelle in Betracht gezogen werden, die über die Finanzierung hinaus Prozesskostenrechnungen und Prozessqualität essenziell miteinbeziehen.
4. Patientinnen und Patienten müssen optimal durch das System geleitet werden (vom „Most Expensive Point of Service“ zum „Best Point of Service“). Gleichzeitig braucht es die Awareness dahingehend, ein proaktives Gesundheitsmanagement in den Fokus zu rücken.
5. Die Zugänglichkeit zu neuen Versorgungsmodellen muss in technischer und kulturell-sprachlicher Hinsicht gewährleistet sein.

Mission Statement

Patientinnen und Patienten können ihren Gesundheitszustand aktiver positiv steuern, wenn die Gesundheitskompetenz und nötige Awareness gestärkt werden. Neue digitale Möglichkeiten unterstützen diesen Prozess, brauchen aber gleichzeitig eine geschärfte Aufmerksamkeit dahingehend, die Patientinnen und Patienten immer dort abzuholen, wo sie gerade stehen. Dabei darf nicht auf jene Menschen vergessen werden, die mit der Digitalisierung noch nicht vertraut sind. Dem österreichischen Gesundheitssystem muss es gelingen, eine (gemeinsame) Sprache zu sprechen, die von allen Patientinnen und Patienten verstanden wird.

22. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

Hämophilie-Patientinnen und -Patienten in Österreich

Sind Hämophilie-Patientinnen und -Patienten in Österreich gut versorgt? Gibt es Therapien, die alle Notwendigkeiten in der Versorgung abdecken? Welche Probleme gibt es in der Versorgung von Hämophilie-Patientinnen und -Patienten? Sind Langzeitschäden verhinderbar? Diese Fragestellungen wurden im Rahmen des 22. Gipfelgesprächs im Stift Seitenstetten diskutiert, mit dem Ziel, die Versorgung dieser Patientengruppe so weit wie möglich zu optimieren.

Information & Awareness

- Trotz hohem Niveau der Behandlung ist das Nichtwissen über die Behandlung hoch.
- Hämophilie ist eine Seltene Erkrankung, die sehr gravierend ist, eine lebenslange Betreuung benötigt und wobei die Patientinnen und Patienten intensiv lernen müssen, damit umzugehen.
- Wichtig, Informationen überall dort zu verbreiten, wo Gesundheitsberufe mit Patientinnen und Patienten arbeiten, um die Bekanntheit der Krankheit zu steigern.
- Awareness hat im Bereich der Hämophilie vor allem in den letzten Jahren große Entwicklungen gemacht, bedingt durch große Fortschritte in der Forschung.
- Das Thema ist heutzutage bekannter, auch wenn es sich nach wie vor um eine Seltene Erkrankung handelt.
- Viele Ärzte haben weiterhin wenig Information über Hämophilie. Es ist wichtig, bei der Patientin und beim Patienten anzusetzen und im Sinne der Selbstbehandlung gut auszubilden und in das Behandlungskonzept einfließen zu lassen.
- Medizinerinnen und Mediziner müssen akzeptieren, dass die Patientin oder der Patient höchstwahrscheinlich besser über ihre bzw. seine Krankheit Bescheid weiß als die Medizinerin und der Mediziner selbst.
- Schmerz ist ein wichtiges Thema, das oft von der Patientin oder vom Patienten nicht kommuniziert wird.

Fortschritte im Bereich der Therapie

- In den 70er-Jahren kam es im Bereich der Therapien zu vielen guten Entwicklungen, wie eine wesentliche Verbesserung der Lebenserwartung bzw. die Möglichkeit einer Therapie.
- Im Gegensatz zu 20 oder 30 Jahren vorher ist die Krankheit gut behandelbar mit einer sehr guten Lebensqualität.
- Sind in einer Phase, wo wir die Therapie extrem verbessern können, wenn ein guter Zugang zu diesen Therapien ermöglicht werden würde.
- Ziel für Patientinnen und Patienten ist, zwischen Versterben durch Blutung, schwerer Behinderung, Rollstuhl bzw. der Tatsache, nicht gehen können, bis zu völliger Normalisierung.
- Hämophilie wird oft bis zum 3. Lebensjahr diagnostiziert, bei Patientinnen und Patienten mit leichter Hämophilie werden nicht alle erfasst, vor allem in Spitälern, die wenig Erfahrung mit Hämophilie haben.

**WANN**

Dienstag, 14. Mai 2019 |
16:30–18:30 Uhr

**WO**

im Stift Seitenstetten

**DISKUSSIONSTEILNEHMERIN-
RINNEN UND -TEILNEHMER**

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Gerald Bachinger**
Patientenanwalt Niederösterreich und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs
- **Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MBA, MMSc**
Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin an der MedUni Wien
- **Univ.-Doz. OA Dr. Mohammad Keilani, MSc**
Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin, MedUni Wien
- **OA Dr. Andreas Kurringer**
Fachbereich Kinder- und Jugendheilkunde, LKH Bregenz
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Christoph Male-Dressler**
Leiter der Gerinnungsambulanz für Kinder und Jugendliche, MedUni Wien
- **Univ.-Prof. Dr. Ingrid Pabinger-Fasching**
Leiterin der Gerinnungsambulanz, AKH Wien
- **Dr. Joachim Rettl**
Abteilung für Innere Medizin und Onkologie, Klinikum Klagenfurt
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**
Leiter der Fachabteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich
- **Thomas Schindl**
Medienbeauftragter der Österreichischen Hämophilie-Gesellschaft
- **OA Dr. Gerhard Schuster**
Leiter des Blutspendedienstes Linz, Rotes Kreuz OÖ
- **Dr. Katharina Thom**
Kinderklinik der MedUni Wien
- **Josef Weiss**
Vorsitzender der Österreichischen Hämophilie-Gesellschaft

- Patientinnen und Patienten werden in einem österreichweiten Register erfasst.

Kooperation und Ressourcen

- Die internationale Zusammenarbeit ist sehr stark ausgebaut und organisiert, was auch damit zu tun hat, dass die Patientinnen und Patienten im Regelfall sehr gut über die Krankheit informiert sind und sehr gut Auskunft geben können.
- Es benötigt Ressourcen, um Projekte flächendeckend machbar zu machen.
- Wichtig ist auch der Umgang mit der Erkrankung und einer Thematisierung einer möglichen Stigmatisierung, um im Beruf nicht als weniger leistungsfähig eingeschätzt zu werden.
- Entscheidungen, die in einem Konsens stattfinden sollen, sollen rationaler sein und Therapien nach Outcome, Gesundheitszustand bewertet werden, um zu sehen, wie gut Patientinnen und Patienten versorgt werden, bzw. die Qualität der Behandlung zu gewährleisten.

23. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH IN SEITENSTETTEN

Neue Therapiekonzepte zur Behandlung von MS – wo stehen wir in Österreich?

- Dieses Gipfelgespräch widmete sich den Therapiekonzepten zur Behandlung von Multipler Sklerose (MS) und deren Verfügbarkeit.
- Im Fokus standen sowohl Behandlungen zur schubhaften MS als auch zur primär progredienten MS (PPMS), Versorgungssituation in Österreich exemplarisch an den Bundesländern, Niederösterreich und Oberösterreich, Begleit- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Maßnahmen, die vor der eigentlichen Behandlung zu treffen sind (Impfen).

Medizinische Versorgung

- Das System mit den MS-Zentren in Österreich funktioniert gut. Derzeit sind über 100 MS-Zentren über Österreich verteilt. Aufteilung 40/60 intramural/extramural (in niedergelassenen Praxen).
- Breites Spektrum an Therapien.
- Bis auf zwei Therapien können alle auch extramural verabreicht werden – dadurch ist eine gute wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten gegeben.
- Nur das Medikament Ocrelizumab (als eines von zwei im intramuralen Bereich) bedarf eines stationären Kurzaufenthalts – allerdings ist die Patientin bzw. der Patient dann für viele Monate schubfrei und muss keine fortlaufende Therapie anwenden.

Begleitmaßnahmen

- Das physiotherapeutische Angebot ist grundsätzlich nicht schlecht, allerdings werden die Kosten zumeist nicht durch die Krankenkassen übernommen.
- In manchen Bundesländern übernehmen Landes-Fördertöpfe Kosten für Bewegungstherapien.
- Ideal wäre, wenn v. a. die Apotheken im Umfeld von MS-Zentren entsprechend geschult wären – Beispiel Onkologie Oberösterreich.

Impfen

- Impfen ist ein wichtiges Thema, vor allem bei jenen Therapien, die ein Immunsuppressivum beinhalten – da eine Impfung während der Therapie nicht möglich ist und durch das geschwächte Immunsystem ein höheres Ansteckungsrisiko besteht.
- Impfungen sollten spätestens zwei bis vier Wochen vor Therapiestart durchgeführt werden.
- Problem der Kosten – die müssten die Patientinnen und Patienten zumeist selbst tragen und übersteigen oftmals die finanziellen Möglichkeiten (bis zu 900 Euro Gesamtkosten).
- Möglichkeit, Impfkosten vor MS-Therapie als vorgezogene Heilbehandlung zu deklarieren, wird oftmals nicht genutzt bzw. ist zu wenig bekannt.



WANN

Mittwoch, 15. Mai 2019 |
09:00–11:00 Uhr



WO

Stift Seitenstetten

DISKUSSIONSTEILNEHMER

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Michael Ackerl**
MS Zentrum Oberpullendorf
- **Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MBA, MMSc**
Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin an der MedUni Wien
- **Dr. Michael Guger**
Leitender Oberarzt Universitätsklinik für Neurologie 2, Kepler Universitätsklinikum
- **Univ.-Doz. OA Dr. Mohammad Keilani, MSc**
Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin, MedUni Wien
- **Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Barbara Kornek**
Universitätsklinik für Neurologie, MedUni Wien
- **Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr**
Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**
Leiter der Fachabteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich
- **Mag. Martin Schaffnerath, MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Dipl. KH-BW Ronald Söllner**
Sprecher der Initiative Nationales Netzwerk Selbsthilfe – NANES
- **Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt**
Präsidentin der Österreichische Gesellschaft für Vakzinologie

Bereiche die einer Verbesserung bedürfen

- MS-Patientinnen und MS-Patienten brauchen Zeit und Zuwendung durch die Ärztin oder den Arzt – diese wird allerdings nicht bezahlt.
- Die Plätze bei MS-ausgebildeten Logopädinnen und Logopäden und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind eher rar.
- Patientinnen und Patienten erleiden im Verlauf der Erkrankung bis zu 80 Prozent kognitive Einbußen, die zu Problemen und schlussendlich zum Verlust des Arbeitsplatzes führen können. Daher ist der Bedarf an speziellen kognitiven Trainings gegeben, um die Einbußen hintanhalten zu können. Die Kosten werden größtenteils nicht durch die Kassen übernommen. Die Trainingskosten müssen von den Patientinnen und Patienten selbst getragen werden, was deren Budget vielfach übersteigt.
- Es fehlt ein psychotherapeutisches Begleitangebot – würden nicht alle Patientinnen und Patienten benötigen, aber manche zumindest in bestimmten Phasen (Diagnose, teilweise auch zwischendurch).
- Es gibt eine Diskrepanz zwischen der EMA-Zulassung (Ocrelizumab) und der Kostenerstattung in Österreich: Durch die EMA wurde Ocrelizumab sowohl für die schubhafte als auch für die PPMS zugelassen. In Österreich wird das Präparat nur für die schubhafte Krankheitsform erstattet. Bei der PPMS erfolgt das nur über Einzelfallzulassung – teilweise stellen sich hier die Krankenkassen quer.

Mission Statement

Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Sozialversicherungen wünschen sich ein Gesamtpaket in der Behandlung bei MS, begonnen mit der medikamentösen Behandlung, der nicht medikamentösen Behandlung wie Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie und kognitiven Trainings. Ebenfalls sollten Impfungen (wichtig: Impfschutz vor der Therapie mit monoklonalen Antikörpern) sowie bedarfsorientierte psychotherapeutische Begleitung in dem Gesamtpaket enthalten sein.

73. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

Kassenfusion – Fluch oder Segen: Sind Patientinnen und Patienten mit Seltenen Erkrankungen besonders betroffen?

Mit 1. Jänner 2020 wurden die bestehenden 21 Träger der Sozialversicherung auf fünf reduziert. Damit wird im System der sozialen Sicherheit die größte strukturelle Änderung seit deren Schaffung umgesetzt. Ein Ziel der Kassenreform ist, dass Patientinnen und Patienten überall in Österreich für gleiche Beiträge die gleichen Leistungen erhalten. Diese Leistungen sollen bis Ende 2020 harmonisiert werden.

Wenn es um Seltene oder komplexe Erkrankungen geht, stehen den Betroffenen oftmals nur wenige – oder gar keine – Therapieoptionen zur Verfügung. Es stellen sich daher auch einige essenzielle Fragen: Was bedeuten diese Veränderungen insbesondere für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Seltenen Erkrankungen? Wo eröffnen sich neue Chancen, wo wird die Funktionalität bewährter Strukturen gefährdet? Welche Bedeutung hat die Zentralisierung für die Rechte der Patientinnen und Patienten?

Ausgangssituation

- Es gibt grundsätzlich eine bestehende gute Verfügbarkeit von Medikamenten für Seltene Erkrankungen in Österreich.
- Aufholbedarf gibt es in Bezug auf Diagnosestellungen und die Behandlungen bei der Spezialistin bzw. beim Spezialisten sowie beim Zugang – verzögerte Diagnose/Behandlung führt zu volkswirtschaftlichem Schaden.
- Es gibt aktuell viele Diskussionen: Verlagerung der Patientinnen und Patienten aus dem stationären Bereich (Krankenhaus) in den niedergelassenen Bereich » doch bei komplexen Erkrankungen bedarf es Spezialistinnen und Spezialisten, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten » Verschiebung der Kosten.
- Schlagwort Finanzierung aus einer Hand: Patientinnen und Patienten werden über Bundesländergrenzen geschickt.

Herausforderungen der Kassenfusion

- Der neue Verwaltungsapparat der ÖGK ist sehr umfangreich, und die neue Bürokratie muss bewältigt werden.
 - Abstriche werden hier gemacht werden müssen.
 - Arbeitsplätze müssen behalten werden.
 - Qualitätsvolle Leistungen der Ärztinnen und Ärzte müssen weiterhin erbracht werden.
 - Rechte der Patientinnen und Patienten dürfen nicht gemindert werden.
- Patientinnen und Patienten und Patientenvertreter müssen in den Gestaltungsprozess miteinbezogen werden und bei Gesprächen eingeladen werden.
- Fusion soll Synergien bringen » dies betrifft einen Großteil der Patientinnen und Patienten, aber die spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen von Seltenen Erkrankungen müssen gesondert Berücksichtigung finden.
- Fusion hat das Potenzial, Verbesserungen zu bringen, aber sie birgt auch die Gefahr, dass viele Bereiche nicht beachten werden » es darf zu keinen Kürzungen kommen.



WANN

Sonntag, 18. August 2019 |
15:00–17:00 Uhr



WO

Schafalm in Alpbach

DISKUSSIONSTEILNEHMERINNEN UND -TEILNEHMER

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Thomas Czypionka**
Head of IHS Health Economics and Health Policy
- **Kirsten Detrick, MBA**
Geschäftsführung Takeda Österreich
- **Mag. Claudia Fuchs**
CED-Kompass
- **DI Dr. Stefan Gara**
Sprecher für Stadtentwicklung und Planung, Wohnen, Energie, Klimaschutz und Gesundheit NEOS Wien
- **Ing. Evelyn Gross**
Präsidentin Österreichische Morbus Crohn/Colitis ulcerosa – Vereinigung
- **MMag. Astrid Jankowitsch**
Head of Governmental & Public Affairs, Takeda Österreich
- **Dr. Martin Koch**
Head of Patient Value & Access, Takeda Österreich
- **Abg. z. NR Mag. Gerald Loacker**
Gesundheitssprecher NEOS
- **Mag. Birger Rudisch**
Tiroler Patientenvertretung
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**
Leiter der Fachabteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Priv.-Doz. Dr. Sabine Scholl-Bürgi**
Department für Kinder- und Jugendheilkunde, Uni-Klinik Innsbruck
- **Univ.-Prof. Dr. Johannes Zschocke**
Sektion für Humangenetik der Medizinischen Universität Innsbruck

Regionale Versorgungsstrukturen

- Aufgabe von regionalen Versorgungsstrukturen ist, Expertise an ausgewiesenen Zentren zu bündeln und in den niedergelassenen Bereich zu verteilen.
- Im Zuge der Zentralisierung nach Wien besteht die Befürchtung, dass ländliche Gebiete nicht von den Angeboten profitieren.
- Regionale Strukturen sind besonders wichtig, was Kompetenz und Gesprächsführung betrifft.
- Es herrscht die Befürchtung, dass bestehende persönliche Kontakte in den Regionen verloren gehen.
- Tarifstrukturen wurden teilweise schon mit Kassen verhandelt – Bedenken bestehen, dass diese im neuen Dachverband in Wien nicht übernommen werden.
- Konstante Strukturen und Ansprechpartner sind wichtig, durch die Zentralisierung könnte es sein, dass dies den Patientinnen und Patienten genommen wird.
- Tarifsysteme werden dezentral verhandelt, dies gehört auf zentraler Ebene geregelt, Versorgungsgestaltung wiederum sollte dezentral gehandhabt werden.
- Integration der Versorgung muss in der regionalen Ebene bleiben, Flexibilität ist essenziell und muss bestehen bleiben.
- Eine Chance bestünde in der aktuellen Phase der Reform noch darin, bei den Leistungsbereichen all jenes, was sich bei den aktuellen Kassen bewährt hat, im neuen System zu berücksichtigen » Lernen von diesen alten Systemen.

Empfehlungen

- Regional geplante, an den Bedürfnissen von ca. 100.000 bis 200.000 Menschen orientierte Versorgung.
- Neue Strukturen für Bewilligungen » Ärzte, die bestimmte Therapien kompetent beurteilen können, sollen auch bewilligen.
- Es braucht komplexe Unterstützung durch Expertinnen und Experten, um Patientinnen und Patienten mit Seltenen Erkrankungen bei ihrer Lebensplanung zu beraten.
- Mehr Kliniken sollten ambulante Beratung anbieten; unterstützende Maßnahmen wie Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie.
- Berufsgruppen brauchen Kassenverträge, um Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.
- Um eine perfekte Versorgung zu garantieren, müsse es in ganz Österreich Zentren geben, auch in Regionen ohne Universitätsklinik.
- Einbindung der Patientinnen und Patienten sowie Patientenvertreter in strukturelle Empfehlungen/Prozesse.
- Sicherstellung der übergreifenden Finanzierung/gesamtwirtschaftliche Betrachtung.
- Der Weg zur Diagnose ist ein leider noch immer ein Irrweg » die richtige Therapie zu erhalten, ist die nächste Hürde » Wege zur Unterstützung verstärken.
- Integrierter Versorgungspfad ist notwendig » gibt es z. B. für Diabetes, aber nicht für chronische Erkrankungen.
- Vorhandene Medikamente sollen dann eingesetzt werden, wenn sie eine Patientin oder ein Patient benötigt – diese haben ein Recht auf die therapeutisch erforderliche Behandlung.

Experteninterviews

AO. UNIV.-PROF. DR. MICHAEL BINDER

MEDIZINISCHER DIREKTOR DES WIENER GESUNDHEITSVERBUNDES

Datenregister

Das verpflichtende Gesetz ist nötig. Jedes Medikament, das in Österreich eingesetzt wird, ist verpflichtend in einem Register zu führen, und der Antrag, es im Register zu führen, muss gestellt werden. Grundsätzlich sind die Daten im Eigentum des solidarischen Gesundheitssystems, nicht im Eigentum des Trägers. Nicht anonymisiert muss der Träger darauf Zugriff haben. Für spezielle qualitätsfordernde Maßnahmen, aber sonst in anonymisierter Form muss das der Gesellschaft zur Verfügung stehen.

Das kann und darf nicht anders gehen. Wir wollen ein solidarisches, soziales Gesundheitssystem mit einem möglichst geringen sozialen Radianten. Obwohl es das aus vielen Gründen weiterhin gibt. Es ist deutlich besser als in vielen anderen Ländern. Wir sind bereit, auch für dieses Gut zu kämpfen und dafür einzutreten. Dann haben wir auch die Verpflichtung, hier besonders ökonomisch und sorgsam mit den Dingen umzugehen.

Wenn wir diese Sorgsamkeit nicht haben oder Skepsis an den Tag legen, dann wird irgendwann einmal der Sachkostenanteil besonders in den Krankenanstalten so hoch sein, dass wir das nicht mehr einsetzen können. Die Medikamente müssen für das Register geführt werden. Für Patientinnen und Patienten, wenn diese nicht in Spitalssystemen zirkulieren. Es muss dafür gesorgt werden, dass die Verschiebung in den extramuralen Bereich geschieht. Für die Kontinuierung des Medikaments, dass der Patient nicht allzu lange im Krankenhaus verweilt.

Patient-Journey

Welche Patientinnen und Patienten kann man vom intramuralen Bereich zum extramuralen Bereich schicken?

Häufig fallen Begriffe wie Overdiagnosis oder Overtreatment. Ein neuer Begriff aus den Vereinigten Staaten lautet: „wasteful use“. Das sind z. B. eine Reihe an schlecht eingehaltenen Terminen im Krankenhaus, nicht eingehaltene Termine durch die Patientin oder den Patienten, nicht notwendige medizinisch verordnete Doppeluntersuchungen etc. Leider ist das in Ländern einfacher zu machen, wo 17 Prozent des BIP für Gesundheit ausgegeben wird, aber nicht einmal ein Viertel der Gesamtbevölkerung kontinuierlich gesundheitlich versichert ist.

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

Laut dem VVO-Jahresbericht 2018 sind 37,2 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher privat krankenversichert (inkl. stationäre Tarife, Privatarzttarife, Zahntarife etc.) und 22,47 Prozent haben Krankenhauskosten versichert (Sonderklasse im Spital), was darauf schließen lässt, dass eine private Krankenversicherung in breiten Teilen der österreichischen Bevölkerung einen hohen Stellenwert hat. Das System der privaten Krankenversicherungen sichert Transparenz, was in vielen Ländern keine Selbstverständlichkeit ist. Privat Versicherte haben die Möglichkeit der freien Ärztinnen- und Arztwahl in privaten und öffentlichen Spitälern (nach Maßgabe der organisatorischen Möglichkeiten), was auch in den Direktverrechnungsverträgen der VVO verankert ist. Eine gesetzliche Abbildung dieser gelebten Praxis wäre wünschenswert. Private Krankenversicherungen haben speziell im niedergelassenen Bereich eine sehr breite Leistungspalette (Komplementärmedizin, alternative Heilmethoden, Vorsorgeprogramme usw.), welche in den meisten Privatarztтарifen bezahlt wird. Jedem stehen diese Behand-

lungen zur Verfügung und jeder kann sie als Selbstzahler in Anspruch nehmen, jedoch nehmen sich einige Leute lieber eine Versicherung, um bei Behandlungen das Risiko der Kosten zu minimieren. Dieses Vorgehen kann man niemandem zum Vorwurf machen.

Bei vielen öffentlichen Themen (Strukturplan Gesundheit, Gesetzesvorhaben) ist die private Krankenversicherung nicht, zu wenig oder erst sehr spät eingebunden, obwohl diese Entscheidungen auch große Auswirkungen auf die privaten Krankenversicherungen haben. Leider können Inputs und Expertisen des VVO auf diese Weise nur schwer und spät eingebracht werden.

Des Weiteren sollte die Kommunikation zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen verbessert werden, um gemeinsam und unterstützend für die/den Patientin/Patienten zu arbeiten. Z. B. ist die Abwicklung von Kostenerstattungen aktuell beschwerlich, es müssen mehrere Wege gegangen werden, um die Abrechnung durchzuführen. Eine gemeinsame Abrechnungsschiene der Sozialversicherungen und der privaten Krankenversicherungen, bei der die/der Patientin/Patient sein Anliegen an nur einer Stelle einreichen muss, wäre deshalb aus Patientinnen- und Patientensicht erstrebenswert (One-Stop-Shop). Die Digitalisierung könnte dahingehend genutzt werden, um eine gemeinsame Onlineplattform für diese Angelegenheiten zu erstellen. Ein ursprüngliches Pilotprojekt der Wiener Gebietskrankenkasse mit einem privaten Krankenversicherer könnte zu diesem Zweck neu aufgerollt und ajouriert werden. An Lösungen wird gearbeitet.

Empfehlungen

- Wünschenswert wäre die Rechtssicherheit für alle Beteiligten, was die freie Arztwahl in öffentlichen Krankenanstalten betrifft (Verankerung im Gesetz).
- Die Förderung der Kommunikation und eine Einbindung der privaten Krankenversicherungen in öffentliche Gremien sowie eine verbesserte Abstimmung zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen.
- Die privaten Krankenversicherungen als Teil des Systems anzuerkennen, eine gemeinsame Nutzung der bestmöglichen Ressourcen und die Schaffung von Synergien sollte, im Interesse der Versicherten, gestärkt werden.

Gesundheitskompetenz und Kosten

Private Krankenversicherungen bieten finanzielle Sicherheit im Krankheitsfall. In Ergänzung dazu fördern und unterstützen private Versicherungen Maßnahmen der Prävention durch ihre Angebote und Informationen. Dies trägt zu einem „aktiven Altern“ der Bevölkerung bei. Privat versicherte Personen sind außerdem oft gesundheitsaffin und leben eher gesundheitsbewusst. Gesamtheitlich betrachtet reduziert dies die Belastung des Staatshaushalts durch Senkung der Gesundheitsausgaben.

MAG. MIRJANA MAYERHOFER

PRÄSIDENTIN DER IGEPHA

Self Care ist ein Trend, der zur strukturellen Stärkung des Gesundheitssystems in allen politischen Feldern Berücksichtigung finden muss. Um Self Care nachhaltig anwendbar zu machen, sind zudem transparente Strukturen erforderlich, die es den Menschen ermöglichen, individuell, unkompliziert und rasch auf Leistungen und Lösungen zugreifen zu können.

Es ist schwierig, eine treffende Übersetzung für den englischen Begriff „Self Care“ zu finden – die Varianten „Selbst-Fürsorge“, „Selbstmedikation“, „eigenverantwortliches Gesundheitsmanagement“ treffen die Bedeutung nicht punktgenau. Dennoch weiß eigentlich jeder intuitiv, was mit Self Care gemeint ist. Dies lässt sich unter anderem daran erkennen, dass Self Care tagtäglich erfolgreich und ganz selbstverständlich praktiziert wird.

Self Care hat die Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten und Gesundheitspflege auf eine neue Stufe gehoben. Dieser Prozess begann in den 1970er-Jahren mit dem Wunsch, die medizinische

Versorgung patientenfreundlicher zu gestalten und die Autonomie jedes Einzelnen in gesundheitlichen Fragen zu stärken. Die Patientinnen und Patienten begannen, sich mehr und mehr als aktive Teilnehmer an ihrem individuellen Gesundheitsprozess zu verstehen und sich selbstbewusst darum zu kümmern, ein möglichst gesundes Leben zu führen. Mit steigender Lebenserwartung wuchs auch der Wunsch, bis ins hohe Alter vital und gesund zu bleiben. Die moderne Medizin leistet mit ihren verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und klinischen Methoden dazu einen wertvollen Beitrag. Von gleicher Bedeutung ist aber auch das eigenverantwortliche Gesundheitsmanagement mit Unterstützung durch rezeptfreie Präparate aus der Apotheke, um beispielsweise schnell und ohne großen Aufwand auf eine Erkältung zu reagieren. Diese hilft zusätzlich dem Gesundheitssystem, hohe Kosten zu sparen.

Entlastung der Gesundheitsversorgungskette

Vor allem im ländlichen Raum kommt es zu einer zunehmenden Ausdünnung der Kassenärzte. Um eine flächendeckende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, müssen der Standort Apotheke gestärkt und die/der klassische Hausärztin/-arzt entlastet werden. Apotheken können als kompetente Ansprechpartner und erste Gesundheitsanlaufstelle für Vorsorgemaßnahmen sowie für bestimmte Dienstleistungstätigkeiten (z. B. Impfungen wie in UK, Neuseeland, Schweiz ...) für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und das System entlastend wirken. Dazu bedarf es aber speziell adaptierter Ausbildungsmöglichkeiten. Verantwortungsvolle Self Care eröffnet dem Gesundheitssystem wichtige neue Handlungsspielräume. Haus-, Not-, Spitals- und Fachärzte erhalten damit die Chance, ihren Fokus auf wirklich ernste Fälle richten zu können, während weniger weitreichende Leiden im Rahmen der Self Care und bei Bedarf unterstützt von ausgebildeten Pharmazeutinnen und Pharmazeuten gelindert werden.

Würden nur zehn Prozent der OTC-Anwendungen durch Arztbesuche substituiert, so müsste jede/r Ärztin/Arzt täglich um 1,9 Stunden länger arbeiten. Bei Substituierung von 30 Prozent der OTC-Anwendungen gäbe es einen zusätzlichen Ärztinnen- und Ärztebedarf von 2.568 vollzeitbeschäftigten Medizinerinnen und Mediziner, und wäre überhaupt kein OTC verfügbar, müssten die Ärztinnen und Ärzte die gigantische Mehrarbeitszeit von 12,842 Millionen Stunden leisten.

Um Arztordinationen und Spitalsambulanzen zu entlasten, bedarf es einer Umstrukturierung des bestehenden Systems. Das Schweizer Modell „netCare“ zeigt hier nachahmenswerte Systemstrukturen auf, wie sie auch in Österreich, dank der breiten Verfügbarkeit von Apotheken, umsetzbar wären: Patientinnen und Patienten werden hierbei in der Apotheke einem Triage-System zugeordnet, bei dem, je nach Schweregrad der Erkrankung, die/der Patientin/Patient direkt vor Ort versorgt, eine/ein Telemedizinerin/-mediziner hinzugezogen oder an eine/einen Fachmedizinerin/-mediziner überwiesen wird. Die Kosten für einen solchen Service werden gering gehalten, zunächst privat verrechnet und im Nachhinein zum Teil von Krankenkassen übernommen. In der Schweiz gelang es, 76 Prozent der gesundheitlichen Anfragen sofort in der Apotheke zu behandeln.

Verfügbarkeit und Therapiemöglichkeiten durch „Switches“ erhöhen

Die Verfügbarkeit geeigneter nicht verschreibungspflichtiger Substanzen ist eine Grundvoraussetzung für erfolgreiche Self Care. Um diese zu erhalten, bedarf es weiterer Entlassungen von Präparaten und Wirkstoffen aus der Verschreibungspflicht, sogenannter „Switches“. Betrachtet man, wie viele und welche Substanzen in verschiedenen Ländern (u. a. Deutschland, UK, Australien und Neuseeland) rezeptfrei erhältlich sind, zeigt sich schnell, dass Österreich in dieser Hinsicht erheblichen Aufholbedarf hat. Hierbei bedarf es, um eine solche Angleichung zu erzielen, eines europaweit harmonisierten Katalogs rezeptfreier Wirkstoffe, welcher eine klare Grenze zwischen rezeptpflichtigen und nicht rezeptpflichtigen Medikamenten aufzeigt, sowie engagierter politischer und behördlicher Maßnahmen.

Hand in Hand mit einer niederschweligen Versorgung bereits vor dem Arztbesuch und einem erleichterten Zugang zu Medikamenten gilt es, die Selbstbehandlungsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten zu stärken. Anstelle der zur Rezepterneuerung notwendigen Arztbesuche sollte, vor allem bei chronischen Krankheiten, die bereits initial von der Ärztin oder dem Arzt diagnostiziert wurden, der Apotheker als speziell dafür ausgebildete, professionelle Fachkraft die Kompetenz erhalten, die erforderlichen Medikamente rezeptfrei abzugeben. Erfolgreiche Modelle, wie sie z. B. in Neuseeland entwickelt wurden und seit Jahren praktiziert werden, zeigen, welche innovativen Lösungen für eine patientenorientierte Abgabe von Medikamenten möglich sind.

Möglichkeiten für innovative Switches sind:

- Bedarfsmedikation und Dauermedikation nach ärztlicher Initialdiagnose rezeptfrei in der Apotheke.
- Rezeptfreie Abgabe mit Packungsbeschränkung (z.B. Triptane für Migränepatientinnen/-patienten).
- Entlassung bestimmter Wirkstoffe aus der Rezeptpflicht, verpflichtende erweiterte Beratung in der Apotheke (z.B. Sildenafil).
- Entlassung bestimmter Impfstoffe zur Vorbeugung aus der Rezeptpflicht, Durchführung der Impfung direkt in der Apotheke.

Kosteneinsparung durch OTC-Anwendung

Das Gesundheitssystem gerät finanziell immer mehr unter Druck und die Sorge um die Finanzierung der Gesundheitsleistungen belastet alle Beteiligten. In Zeiten wie diesen sind Lösungsvorschläge für die langfristige Absicherung der Gesundheitsversorgung hochwillkommen. Self Care ist ein grundlegend durchdachtes Konzept, plausibel und einfach umzusetzen. Der Charme von Self Care liegt darin, dass man den Menschen damit ein exzellentes Nachhaltigkeitstool an die Hand gibt.

Self Care beruht auf einem solidarischen Prinzip. Patientinnen und Patienten machen das Gesundheitsversorgungssystem nachhaltig und finanzierbar, indem sie vor allem Lebensstil-Erkrankungen zu vermeiden suchen und bei geringfügigen Beschwerden nicht den Konsultations-, Verschreibungs- und Rückerstattungsprozess in Anspruch nehmen, sondern primär selbst aktiv werden.

Gesundheitsökonom Prof. Dr. Uwe May und Politikwissenschaftlerin Cosima Bauer, MA, haben die Einspareffekte durch die Anwendung von OTC-Präparaten im Zuge der Self Care für Österreich wie folgt berechnet. Ein vollständiger Verzicht auf OTC hätte folgende Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem: Es entstünden zusätzliche Arztkosten in Höhe von 1,3 Milliarden Euro und zusätzliche Verordnungskosten in Höhe von einer Milliarde Euro pro Jahr. Der daraus resultierende, zusätzliche Patientinnen- und Patientenansturm würde 13 Millionen zusätzliche Arzt-Arbeitsstunden erfordern. Das wäre von der Ärzteschaft gar nicht leistbar. Die volkswirtschaftlichen Kosten beliefen sich auf rund 730 Millionen Euro pro Jahr.

Hier kann Self Care entlastend wirken, denn jeder für eine OTC-Anwendung ausgegebene Euro spart dem österreichischen Gesundheitssystem 5,20 Euro an direkten Kosten. Dazu kommen weitere Einsparungen bei den indirekten Kosten und den Opportunitätskosten. Und fast noch wichtiger: Diese Einsparung sorgt dafür, dass Ressourcen dort eingesetzt werden können, wo sie wirklich dringend gebraucht werden: nämlich zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen.

Empfehlungen

- Die Entlassung von Arzneimitteln und Wirkstoffen aus der Rezeptpflicht fördern („Switch“).
- Innovative Lösungen für einen besseren Zugang zu Arzneimitteln anwenden (z. B. rezeptfreie Abgabe nach ärztlicher Initialdiagnose).
- Erstellen eines Katalogs von Behandlungsmöglichkeiten, die mithilfe von rezeptfreien Arzneimitteln von den Betroffenen in Eigenregie durchgeführt werden können.
- Kompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker erweitern, um Arztordinationen zu entlasten – die Apotheke als Point of Care stärken.
- Durchführung bestimmter Impfungen in der Apotheke ermöglichen.

MAG. MARTINA OLF-MEINDL, MBA, MSC

DIRECTOR MARKET ACCESS UND GOV. AFFAIRS BEI MERCK

Life Sciences und Health Care

Der Geschäftsbereich „Life Sciences“ unterstützt die Grundlagenforschung mit Investitionen in den Bereichen Studien und Forschung. Life Sciences schafft Lösungsansätze für Labors in der Entwicklung von Arzneimit-

teln. Weltweit wird hier die größte Palette an Hilfsmitteln für Forschung bereitgestellt. Der Schwerpunkt des Bereiches „Health Care“ liegt in der Entwicklung von Innovationen im Gebiet der Immunonkologie, Neurologie bzw. Immunologie.

Hauptanliegen sind Studien und Generierung von Daten zu neuen Produkten. Für eine bessere Positionierung Österreichs müssen die Bedingungen für Forschung und Entwicklung erleichtert und intensiviert werden. Lösungsansätze wären steuerliche Begünstigungen, Unterstützung für die Durchführung internationaler Studien und eine Erleichterung der Zusammenarbeit mit Universitäten, etablierten sowie neuen Instituten. Ziel ist eine Erleichterung des Wissenstransfers von Theorie zu Praxis.

Finanzierung aus einer Hand

Zugestimmt wird einer Bestrebung für die Finanzierung aus einem Topf. So könnten Schnittstellenverluste vermieden und das Management zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich effizienter werden. Dank der Strukturreform der Sozialversicherung wurde bereits ein erster Schritt in diese Richtung gemacht. Die Fusion der Kassen zeichnet einen Einsparungseffekt sowie eine Harmonisierung der Leistungen vor, besonders im ambulanten Bereich. Durch die Optimierung in der Beschaffung und im Einkauf lassen sich Einsparpotenziale leichter erkennen.

Der Patient im Mittelpunkt

Um der/dem Patientin/Patienten eine sichere Versorgung zu garantieren, muss dieser im Sinne eines „Best Point of Service“ oder „Best Point of Care“ durch das System geleitet werden. Ganzheitliche Lösungen, die die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Pflege umfassen, müssen an dieser Kommunikationsschnittstelle Berücksichtigungen finden.

Diese Punkte sind zentral für die Planungssicherheit für die Gesundheitsbranche einerseits und die Ergebnisqualität für die/den Patientin/Patienten andererseits. Dies gilt besonders für vulnerable Gruppen, für die sich vor allem alltagsnahe Fragen stellen, wie z. B.: „Wie kann Pflege und Versorgung nach einem akuten Krankenhausaufenthalt gewährleistet werden?“ Ein primärer Auftrag für die Anbieter wird in der Bereitstellung bestmöglicher Therapien gesehen. Daher ist die Entwicklung von Medikamenten zu unterstützen. Und bei der Zulassung neuer Medikamente soll nicht nur der Preisfaktor allein ausschlaggebend sein, sondern vielmehr eine gesamtwirtschaftliche Betrachtung in das Bewertungsverfahren einfließen, indem der Nutzen des Medikaments und der Therapie für das gesamte System bewertet wird. Dabei wird der Bereich Gesundheitswesen u. a. um arbeitsökonomische Themen erweitert: Wie lange war der Krankenhausaufenthalt, wie schnell kann die Eingliederung in den Arbeitsprozess fortgesetzt werden? Ist eine Hilfestellung von Angehörigen notwendig oder können sich diese dem eigenen Arbeits- und Lebensbereich widmen? Diese Parameter werden im derzeitigen Entscheidungsprozess nicht berücksichtigt. Im Sinne eines „Best Point of Care“ sollten diese Faktoren in Zukunft mehr Einbindung finden.

Digitalisierung

Einen wesentlicher Punkt in der Agenda stellt das Thema Digitalisierung dar. Es gibt eine Flut an Patientinnen- und Patientendaten, die im Sinne einer bestmöglichen Gesundheitsvorsorge nicht ausgeschöpft werden. Jährlich werden riesige Mengen an Daten erhoben, aber nicht qualitätsorientiert verarbeitet. Diese Daten könnten für die Forschung und Entwicklung im Bereich der Künstlichen Intelligenz genützt werden. Dies natürlich immer unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen. Für eine kontinuierliche Verbesserung der Ergebnisqualität werden neue Medikamente vor ihrem Einsatz evaluiert. Im Anschluss an die Therapie werden die Ergebnisse aber in keinem Register und in keiner Datensammlung eingetragen. Wichtige Erkenntnisse, wie z. B. welche Therapie bei welchen Patientinnen und Patienten erfolgreich war, werden dadurch nicht sichtbar und können nicht genutzt werden. Anhand von digitaler Datenaufbereitung und Nutzung von Datenmanagement könnten Entscheidungen unter Berücksichtigung vorheriger Evaluierungen gezielter getroffen werden. Mit geringem Aufwand könnten vorhandene Daten somit den Weg für eine personalisierte Medizin ebnen, in denen Patientinnen und Patienten mit ihren individuellen Gegebenheiten behandelt werden könnten. Die Sozialversicherung hat beispielsweise über Jahrzehnte Daten gesammelt, die systematisch aufbereitet werden könnten. Die aus diesem System generierten Daten würden einen zielgerichteten Einsatz ermöglichen und dadurch erzielte Einsparungen könnten in neue innovative Medikamente investiert werden.

Seit Jahren liegt ein Hauptaugenmerk von Merck auch im Bereich der klinischen Pharmazie. Für einen optimalen Einsatz von Therapien ist die Expertise von Apothekerinnen und Apothekern von großem Wert. Pharmazeutinnen und Pharmazeuten haben ein umfangreiches Wissen über Neben- und Wechselwirkungen sowie die richtige Dosierung. Da das Thema e-Medikation noch relativ neu ist und daher Lücken aufweist, ist die/der Pharmazeutin/Pharmazeut ein wichtiger Partner.

Obwohl die klinische Pharmazie ursprünglich aus dem Krankenhausbereich kommt, findet sie auch immer mehr Beachtung und Anwendung in der öffentlichen Apotheke, um der steigenden Nachfrage an Beratungsservice gerecht zu werden. Die e-card ermöglicht nun auch eine Analyse der Medikation. Das ist ein wichtiger Beitrag der Apothekerschaft zur Sicherheit. Kontinuierliche Weiterbildungen und ein stetiger Austausch in diesem Bereich sind sehr wichtig und werden bei Merck gerne unterstützt.

Gefördert werden soll zudem auch die Dialogfähigkeit, Konflikt- aber auch Kompromissfähigkeit zwischen den Gesundheitspartnern. Denn nur so kann im Interesse der Patientinnen und Patienten gehandelt werden.

Empfehlungen

- Finanzierung aus einem Topf.
- Überdenken der Arzneimittelpreispolitik für eine bessere Absicherung des Marktes und in Abwägung einer gesamtwirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Rechnung.
- Bei allen Bemühungen den Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen.
- Chancen der Digitalisierung nutzen.
- Dialogfähigkeit der Gesundheitspartner fördern.

MAG. WOLFGANG PANHÖLZL

LEITER DER ABTEILUNG SOZIALVERSICHERUNG DER ARBEITERKAMMER WIEN

Trägerstruktur

Ziel: Korrektur der Reform der letzten Bundesregierung.

Die Sozialversicherung sollte weiter in Selbstverwaltung der Arbeitnehmer stehen.

- Die Reform hat 26 Trägerinnen und Träger vorgefunden, die Versorgung für Berufsgruppen und Angehörige regelt.
- Trägerinnen und Träger wurden auf fünf reduziert (ohne BKKs, KfAs – nicht systemrelevant aufgrund von Größe).

Exkurs BKKs: lange existent, nur wenige tausend Leute, trotzdem größere Leistungen und keine Zahlungsschwierigkeiten.

- Arbeitslose und Mindestsicherungsbezieherinnen und -bezieher nicht inkludiert – Vorteil bei „Risikogruppen“.
- Musterbeispiel der Selbstverwaltung; KV ist direkt im Betrieb.
Hat auch Vorteile für betriebliche Gesundheitsförderung.

Empfehlungen

Rückschluss für Organisation des Gesamtsystems:

1. Risikostrukturausgleich über alle Trägerinnen und Träger:
 - Strukturausgleich sollte mehrere Ebenen umfassen;
 - Faire Kostentragung für Sondersicherungsgruppen, für die eine allgemein gesellschaftliche Verantwortung besteht (Arbeitslose, Asylwerberinnen und Asylwerber etc.).

- Faire Kostentragung für den Steuerzuschuss zur Krankenversicherung der Pensionistinnen und Pensionisten (hier erhalten z. B. Bauern und Selbstständige deutlich mehr als ASVG-Versicherte).
 - Einrichtung eines Gesundheitsfonds, in den Bund, Länder und SV-Träger einzahlen und aus dem Schnittmateriaien finanziert werden (z. B. Heilmittel, Hauskrankenpflege etc.).
 - Ausgleich bestimmter Risiken, z. B. Großstadtfaktor.
 - Finanzierungslast von Arbeitslosen und Mindestsicherungsbeziehenden und -beziehern liegt immer beim ASVG-System anstatt bei BKKs, in welche sie eingezahlt hatten.
 - 400.000 „Registerarbeitslose“ sind über das ganze Jahr arbeitslos gemeldet (einschließlich Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer). D. h. Leute, die z. B. drei Monate arbeitslos sind und dann wieder einen Job finden, werden für die drei Monate als arbeitslos registriert und zählen zu den 400.000 (fiktive Durchschnittszahl) dazu.
 - *Forderung*: anteilige Einbeziehung der BKKs, Beamten, Bauern und Selbstständigen.
 - *Empfehlung der LSE-Studie*: Leistungsanhebung aller Versicherten auf gleichen Wert.
2. Anpassung der Leistungen:
- Leistungsanpassung des Systems an BKKs, Beamten, Bauern und Selbstständige auf derselben Ebene.
 - Kein Grund für Schlechterstellung der ASVG-Versicherten im System.
 - Leistungsunterschiede und Defizite abbauen.
 - » *Beispiel*: festsitzender Zahnersatz, Psychotherapie, Zugang zu ärztlicher Versorgung, gleicher Komfort (Klasse) im Krankenhaus.
 - AK-Forderung » einheitliche Strukturen unter Einbeziehung der KfAs für alle Versicherten, gleiche Leistung für gleichen Beitrag.

Finanzierung aus einem Topf

Einrichtung eines Gesundheitsfonds, aber nicht für alle Leistungen, sondern dort, wo Schnittstellenprobleme bestehen; z. B. Heilmittel: Hier sollte für den Gesamtbereich (intra- und extramural) mit der Pharmawirtschaft verhandelt werden (inkl. der derzeit bestehen Freichargen im Spitalsbereich, um den gleichen Zugang zu Heilmitteln für alle zu ermöglichen).

BEISPIEL HAUSKRANKENPFLEGE

Hier wird das Ziel der Spitalsentlastung aufgrund der unterschiedlichen Kostentragungsregelungen für medizinische Hauskrankenpflege (Sozialversicherung) und (Langzeit-)Hauskrankenpflege (Länder) nicht erreicht. Diese Leistung sollte einheitlich gewährt und im Hintergrund finanziert werden.

In der gesamten Sozialversicherung unter Einbeziehung der Pensionsversicherung liegt der Verwaltungskostenanteil bei unter zwei Prozent. Dies ist ein ausgezeichneter Prozentsatz.

- 98 Prozent der Beträge fließen an die Versicherten zurück.
- *Privatversicherung*: Aufgrund von Verwaltungs-, Vertriebskosten und Gewinnspanne fließen nur rund 70 Prozent an Versicherte zurück.
- Bestmögliche Organisationsform einer kollektiven Krankenversicherung wäre die der Selbstverwaltung.

Versichertennähe der Selbstverwaltung

Seitens der Bevölkerung gibt es kein Wissen bezüglich des für die jeweilige Person zuständigen Versicherungsvertreters (gesetzliche Bezeichnung). Informationen über die Zuständigkeitsbereiche und die Position des Versicherungsvertreters in den Gremien fehlt ebenfalls. Um Selbstverwaltung zu stabilisieren, muss eine Nähe zur/zum Versicherten erzeugt werden. Die zurzeit noch existenten rund 1.000 Versicherungsvertreterinnen und -vertreter werden durch die Reform auf ca. 120 (auf der Arbeitnehmerseite) reduziert werden, wodurch die Vertretung diverser Berufsgruppen in voller Breite und aller Regionen nicht mehr möglich ist.

- Vertretung diverser Berufsgruppen in voller Breite und aller Regionen muss unbedingt gesichert werden.
- Versicherungsvertreter sind großteils ehrenamtlich.

- Insgesamt 3,5 Millionen Euro kostet die Selbstverwaltung – das fällt im großen Rahmen nicht ins Gewicht.
- *Ziel:* Die Versicherung sollte selbstverwaltet durch die Versicherten wahrgenommen werden und sie sollten spüren, dass sie selbst Teil dessen sind und ihre Stimme gehört wird!

Die Versicherten selbst müssen in der selbstverwalteten Struktur das Sagen haben!

- Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber nicht ausschließen – die Sozialpartnerschaft in der Sozialversicherung wird als Urform der Sozialpartnerschaft bezeichnet und soll bestehen bleiben.
- Die AK ist gegen das Konzept der Staatsverwaltung in der Sozialversicherung; weil sich die Selbstverwaltung als sehr erfolgreiche Form der Verwaltung für die Versicherten erwiesen hat und zudem die kostengünstigste Variante ist. Besonders wichtig ist die Nähe zur/zum Versicherten (die in der derzeitigen Selbstverwaltung verbessert werden sollte), die bei einer staatlichen Zentralbürokratie wenig gegeben erscheint.

Bestehendes Konzept: In der Selbstverwaltung der AN-Versicherungen (ÖGK, PVA, AUVA) sollen die Arbeitnehmervertreterinnen und -vertreter in der Geschäftsführung die Mehrheit haben. Dienstgebervertreterinnen und -vertreter sollen an der Selbstverwaltung beteiligt sein, und zwar in Form der früheren Kontrollversammlungen.

Gründe, warum AK kein staatliches Gesundheitssystem oder Privatisierung will:

- a. Keine Leistungskürzung/-beschränkung abhängig von vorhandenem Geld/bei Budgetkürzung.
Vorteil bei Selbstverwaltung: Beiträge sind zweckgewidmet vorhanden und fließen im Höchstausmaß an die Versicherten zurück.
- b. Keine private Versicherung – weil Großteil des Geldes (von den Beiträgen) für Gewinne, Vertrieb, Marketing und Werbung verbraucht wird (Kommerzstandpunkt).

PPP-Modelle

PPP-Modelle werden prinzipiell nicht abgelehnt, aber NUR wenn diese nicht mit einer ökonomischen Minderung bei Angestellten oder Qualitätsminderung einhergehen.

» Also ja, aber nur mit hoher Reglementierung und ohne Personal unter Druck zu setzen.

Zentralisierung der Krankenversicherung

Inwieweit ist völlige Zentralisierung der Krankenversicherung/des Systems sinnvoll?

- ÖGK aufgeteilt in Fachbereiche und Fachbereichsleiterinnen und -leiter sitzen in verschiedenen Bundesländern (Tirol, Vorarlberg, Oberösterreich, Kärnten) – entscheiden für ganz Österreich.
- Mitarbeiterin und Mitarbeiter der Landesstelle Wien geht in Zielsteuerungsausschuss und bekommt Weisung aus Vorarlberg (entscheidet aus Distanz mit gewisser Unkenntnis der regionalen Verhältnisse mit).
- Frühere Abstimmungen sind im Gebäude passiert, weil alle unter einem Dach waren.
- Gewisse regionale Autonomie MUSS erhalten bleiben.
- Bundesweite Steuerung – die soll zentralisiert an einem Ort sein.
- Fairer Zugang zu Medikamenten intra-/extramural muss gegeben sein.

MAG. JAN PAZOUREK

GENERALDIREKTOR-STV. DER ALLGEMEINEN UNFALLVERSICHERUNGSANSTALT

Es werden von der AUVA folgende Gesundheitseinrichtungen betrieben:

- 7 Unfallspitäler in 5 Bundesländern
- 4 Rehabilitationszentren

Das ist deshalb wichtig, weil die Fächer Unfallchirurgie und Orthopädie zusammengeführt wurde zum neuen Fach Orthopädie und Traumatologie, davor hatte die AUVA, bevor die Unfallchirurgie in den öffentlichen Spitälern, zu Traumatologien und Orthopädien werden, hatte die AUVA der Markt der Unfallchirurgie, in den Spitälern fast zur Hälfte

te. Man sieht, dass die Bedeutung der Unfallspitäler enorm zunimmt, weil nach Reform des Ärztegesetzes und nach der Zusammenführung der beiden Fächer bis auf eine Ausnahme alle unfallchirurgischen Abteilungen in öffentlichen Spitälern von Orthopäden geführt werden und nicht von Traumatologen. Die AUVA ist mit Meidling und dem UKH Salzburg führend in der Versorgung von Schwerverunfallten.

Brauchen wir eine eigene Unfallversicherung?

1. Der Bedarf an einer Unfallversicherung in dieser Form nimmt stark ab, wir brauchen perspektivisch immer weniger – bis gar nicht mehr ...

Argumentationskette: Die Arbeitswelt ist gesünder geworden, die Arbeitsunfälle gehen zurück, die AUVA ist ein Konstrukt aus dem 19. und frühen 20. Jahrhundert und war damals etabliert worden, um die anhebende industrielle Massenfertigung durch (mechanische) Maschinen und deren Folgen abzufedern. Sie hat die Mission erfüllt. Daher braucht es die AUVA nicht mehr, da die Arbeitswelt dadurch gesünder geworden ist. Daraus wird gefolgert, dass die AUVA potenziell überfinanziert ist, daraus resultiert die Forderung bestimmter Interessensgruppen nach einer Lohnnebenkostensenkung, Senkung der Beiträge für die Unfallversicherung. Sie meinen, statt einer Senkung der Beiträge sollte das Geld anderweitig eingesetzt werden, z. B. für Pflege oder Ähnliches.

Die oben angeführte Argumentationskette hat Argumente und Fakten die stimmen, wir leben nicht mehr in der Arbeitswelt der frühen industriellen Revolution, es ist tatsächlich so, dass die industrielle Massenproduktion mit mechanischen Anlagen in Europa oder westlichen Industrieländern nicht mehr so im Vordergrund steht. Wir sehen, dass sich die Wirtschaftsstruktur sich geändert hat, die Verschiebung in den tertiären Sektor, zur Dienstleistungsgesellschaft, die Änderung der Produktionsverhältnisse in einem mitteleuropäischen Industrieland, nach dem zweiten Weltkrieg.

2. Der Bedarf an einer Unfallversicherung wird nicht weniger, aber er wird anders ...

Die Arbeitswelt hat sich dramatisch geändert und deswegen haben sich die gesundheitlichen Herausforderungen und Challenges, also die Risiken, aber auch die Chancen deutlich verändert. Man muss bei dieser These in die Zukunft schauen und sich die Frage stellen, wie das Verhältnis zwischen Arbeitswelt und Gesundheit heute aussieht? Die AUVA muss sich auf die Arbeitswelt 4.0. einstellen. Was heißt das konkret? Der Begriff Arbeitswelt 4.0 ist ein breiter Begriff, in den man viel hineininterpretieren kann.

Welche gesundheitlichen Herausforderungen gibt es heute in der Arbeitswelt 4.0 (siehe auch TK Prävention)?

Es haben sich die Arbeitsverhältnisse und Beschäftigungsformen dramatisch verändert. Die Grenze zwischen Arbeit und Privatleben verschwimmt immer mehr. Arbeitszeiten und Orte werden flexibler, die Erreichbarkeiten erweitern sich, atypische Beschäftigungsverhältnisse nehmen zu. Crowdworking etc. z.B. gab es vor 50 Jahren noch nicht. Das heißt, Arbeits- und Beschäftigungsformen ändern sich, dazu gehören auch neue Formen der Kontrolle.

Auch der klassische Arbeitsplatz und Arbeitsort verändern sich, eine Kategorie, auf die das ASVG in den Paragraphen der Unfallversicherung immer wieder referenziert, dieser hält aber unter den heutigen Umständen nicht mehr Stand. Beispiele wie Homeoffice, Mobile Office – arbeiten im Kaffeehaus. Was passiert bei einem Unfall?

Am wichtigsten ist, dass sich die Tätigkeiten verändert haben, aber auch der Arbeitsalltag ein anderer ist. Implikationen für die Gesundheit oder gesundheitsrelevante Faktoren:

- Informationsflut
- Häufige Unterbrechungen
- Ständige Erreichbarkeit
- Schnellere und komplexere Arbeit
- Arbeitsverdichtung

Resultate sind:

- Psychische Belastungen
 - Erhöhte Unfallgefahr
- Bewegungsarmut
 - Einseitige Belastungen

- Bildschirmarbeit (wurde schon in den 80er-Jahren bemerkt, Büroarbeitsplätze im tertiären Sektor, Dienstleistungssektor, nehmen zu)
- Die Frage der Ergonomie stellt sich völlig neu dar.

Neue Arten der Exposition – der Arbeitsstoffe. Krebserzeugende Arbeitsstoffe spielen eine große Rolle, andere Arten der Exposition sind relevant für das Entstehen von Berufskrankheiten:

- Die Hälfte alle Berufskrankheiten sind mit Lärm assoziiert.
- Die Tätigkeiten und das Tätigkeitsspektrum sind abstrakt formuliert, definiert durch eine neue Mensch-Maschinen-Beziehung.
- Man ist mit neuer Technik konfrontiert, körperliche Tätigkeiten gehen zurück (heben, schlichten), man betätigt die Maschinen. Die Mensch-Maschinen-Schnittstelle ist in der digitalen Wirtschaft am auffälligsten, erhöhte Mobilität, Assistenzsysteme, die ablenken – auch daraus resultieren neuartige Gefahren.

Gleichzeitig bringen diese technologischen Veränderungen auch Chancen im Bereich des Arbeitnehmerschutzes, wenn man dies richtig umsetzt.

Es haben sich in der neuen Arbeitswelt auch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (AN) verändert. Die AN werden älter, die Erwerbsbeteiligung von Frauen wird größer, mehr Migranten am Arbeitsmarkt, man sieht auch am Fachkräftemangel, wie sich AN verändern – und durch den großen Generationenwechsel in kurzer Zeit (Stichwort: Pensionierung der Babyboomer).

Was hat der Fachkräftemangel mit AN-Schutz zu tun? Trotz Fachkräftemangel muss die Arbeit erledigt werden. Das Phänomen der fehlende Fachkundigkeit, der Überforderungen, führt zum vermehrten Einsatz von unterqualifizierten Personen. Daraus resultiert eine Reihe von Risiken.

Mit der Pensionierungswelle der Babyboomer werden viele AN in sehr kurzer Zeit den Arbeitsmarkt verlassen. Junge AN kommen nach und haben eine deutlich und signifikant höhere Unfallgefahr.

Rückkehr der Industrie: Smart Factory, Industrie kommt wieder zurück zu ausgebildeten Leuten, weil eine Fabrik automatisch läuft. Programmierung etc. läuft über Menschen.

- c. Verschiebung innerhalb des Dienstleistungssektors: Verschiebung hin zu den persönlichen Dienstleistungen – mit spezifischen Risiken.
- d. Strukturwandel im Handel: Last Mile, man kann alles online bestellen, aber das Produkt muss physisch zum Kunden gelangen. Die Logistik-Thematik ist innerhalb des Handels ein großes Thema.

Die Unfallversicherung selbst hat sich nicht erübrigt, sondern das Thema Gesundheits- und Arbeitswelt die Frage neu zu stellen, was braucht die moderne Arbeitswelt von einer modernen Unfallversicherung. Wenn sich die Wirtschafts- und Arbeitswelt ändert, aber die Definition von dem Versicherungsfall und die Leistungen gleich bleiben, dann entstehen Probleme. Wenn die AUVA und die vom Gesetzgeber definierten Aufgaben, welche der Unfallversicherung übertragen werden, gleich bleiben und der Versicherungsfall statisch ist, aber die Arbeitswelt enorm dynamisch ist, entstehen Konflikte.

Was sind Zukunftskonzepte in diesem Sektor? Was sind Herausforderungen, was muss die AUVA ändern, was sind die Eckpunkte eines Reformkonzepts?

Themenfelder:

Anpassung des Versicherungsschutzes an die Arbeitswelt:

Einbeziehen aller Beschäftigungsformen, auch der neuen, in die Unfallversicherung, Arbeitsfälle gehen zwar zurück aber mein weiß auch warum, weil Leute mit Beschäftigung teilweise gar nicht mehr geschützt sind. Hier sind neue Regelungen für das Homeoffice ganz wichtig – diese müssen erst gemacht werden, Mobile Office ist schwierig, da die Definition schwierig ist.

Anpassung der Versicherungsfälle, die definiert sind im ASVG:

AUVA muss auch gesetzlich zuständig für arbeitsbedingte Erkrankungen werden, momentan ist dies nicht der Fall. Die Berufskrankheitenliste muss modernisiert werden, dies gibt es schon in Deutschland teilweise. Beispiele für klassische Berufskrankheiten: Blasenkrebs, Ovarialkarzinom, bei bestimmten Tätigkeiten von Frauen, weißer Hautkrebs, bei Berufen, die ständiger Sonnenexposition ausgesetzt sind. Hierzu gibt es bereits einen Hinweis im Regierungsprogramm, Stichwort: Überarbeitung. Ist aber nicht genauer definiert.

Kampf gegen die Dunkelziffer:

Bei der Anpassung der Unfallversicherung an die Arbeitswelt 4.0 ist der Kampf gegen die Dunkelziffer groß, sowohl bei den Arbeitsunfällen, aber auch bei den Berufskrankheiten.

BEISPIEL:

Seit Spitäler kein Geld mehr bekommen für die Meldung der Arbeitsunfälle, sind die Meldungen stark zurückgegangen. Es gibt Krankenanstalten, die immer schon die Arbeitsunfälle melden, andere wiederum gar nicht. So kann es dazu kommen, dass beispielweise in Kärnten mehr Arbeitsunfälle aufscheinen, darum scheint es, dass dort mehr Arbeitsunfälle vorhanden sind. Man muss die Frage stellen und an die Wurzel gehen, woher der Versicherungsfall kommt und wie dieser auffällig und bekannt wird. Dies ist auch ein internationales Problem und muss systematisch behandelt werden.

Nutzung der Synergien der 4-Faltigkeit (siehe auch TK Prävention und Rehabilitation):

Nutzung der Synergien der 4-Faltigkeiten der Unfallwertschöpfungskette aus: Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Entschädigung. Diese neuartige Verknüpfung zur Erhebung von Synergien ist die Stärke der AUVA bzw. könnte die Stärke der AUVA als Institution sein und als Absicherung der der Institution dienen.

Optimierung der Unfallheilbehandlung unter Miteinbeziehung der UKHs:

Das ist für gesamte traumatologische Versorgung wichtig. Die UKHs müssen in das öffentliche Versorgungsnetz integriert werden. Die AUVA muss bei der Etablierung von regionalen Traumanetzwerken eingebunden werden. Es gibt im ÖSG ein gutes Konzept der Traumanetzwerke, vor allem auch überregional z.B. Wien/Niederösterreich/Burgenland. Das Konzept ist gut durchdacht, nicht nur Themen wie Operieren auf höchstem Niveau werden hier behandelt, sondern auch: Wann kommen welche Patientinnen und Patienten, wann werden diese in die Remobilisation überstellt, wie funktioniert die Logistik mit den Rettungsmitteln? All diese Fragen sind in Traumanetzwerken lösbar und die UKHS müssen in diese Netzwerke des öffentlichen Gesundheitswesens integriert werden. Beispiele dafür sind das Projekt in Klagenfurt, in Salzburg steht man fast vor Vertragsabschluss, nächstes Projekt in Wien und OÖ ist geplant, in der Steiermark gibt es noch kein ausgearbeitetes Konzept. Das Kommittent der Politik ist hier aufgefordert, der Finanzausgleich kann Errichtungsbemühungen zunichtemachen.

In den UKHs gibt es einige USP, diese müssen gestärkt werden, nicht nur für Arbeitsunfälle, sondern für das gesamte traumatologische Geschehen.

- USP 1: Schockraumkonzept: Die Schwerverletzten nach dem IS Score größer 16, das höchste Rating im europäischen Traumanetzwerk, das UKH Salzburg ist unter über 200 Behandlungseinrichtungen an fünfter Stelle. Die Abläufe sind genau geplant und jeder weiß, was er zu tun hat und welche Kommandos es gibt, diese sind standardisiert, dies wird auch an den Überlebensraten ersichtlich.
- USP 2: Ambulanzbetrieb: Der Ambulanzbetrieb ist sehr gut organisiert und Patientinnen und Patienten werden schnell behandelt. Öffentliche Spitäler sind hier hinten nach.

Transparente Finanzierung:

Themen der Finanzierung müssen auch im Reformkonzept aufgenommen werden. Es braucht eine transparente Abgeltung der Fremdleistungen, die für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber (AG) erbracht werden. Es gibt eine Reihe von Aufgaben, die mit Unfallversicherung nichts zu tun haben, die zwar gut durchdacht sind und deren Finanzierung der AUVA „umgehängt“ wurde. Im Sinne der Transparenz ist es wichtig dazuzusagen, was mit den Beiträgen der Arbeitgeber passiert. Es beginnt mit der Entgeltfortzahlung für Klein- und Mittelbetriebe (KMU). Bis 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezahlt die AUVA die Entgeltfortzahlung, das ist eine gute Maßnahme. Bei Krankenstand können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine Arbeitsleistung erbringen, müssen aber nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz weiterbezahlt werden.

Früher gab es einen Fonds, der dazu benutzt wurde – ein Solidarausgleich. Bei Schwarz/Blau 1 wurde dieser abgeschafft, dies war ein Vorteil für die Industrie, aber KMU haben dadurch finanzielle Probleme bekommen. Dadurch entstand die Erkenntnis, dass es die Entgeltfortzahlung braucht – dies wurde zur AUVA verlagert (117 Millionen pro Jahr). Weitere Maßnahmen, welche zur AUVA verlagert wurden, welche im engeren Sinne nichts mit der Unfallversicherung zu tun haben:

- a. Zur Förderung der Beschäftigung der älteren AN hat die Politik beschlossen, dass die AG bei älteren AN vom Unfallversicherungsbeitrag befreit sind, das Haftungsprivileg läuft trotzdem weiter. Hierbei handelt es sich um eine gute Maßnahme, da dadurch darauf geachtet wird, dass mehr ältere AN in Beschäftigung gehalten werden – und somit wollte man die Lohnkosten der AG reduzieren, dass AN länger im Unternehmen bleiben.
- b. Beitragsbefreiung für Lehrlinge: Zeitweise gab es Rückläufe der Lehrlinge.
- c. Beitragsbefreiung für Jungunternehmerinnen und Jungunternehmer, die Politik hat erkannt, dass Jungunternehmerinnen und Jungunternehmer gefördert werden müssen.

Allgemein ist man oft der Meinung, dass die Unfallversicherung die Krankenkasse quersubventionieren muss, aber diese wird durch die Wirtschaftsförderung (fast 220 Millionen Euro pro Jahr) bereits gefördert. Hier entsteht eine hohe Intransparenz, diese Zahlen werden zwar in Rechnungswerken ausgewiesen, aber den Meinungs- und Entscheidungsträgern ist die Situation oft nicht klar, deswegen muss es hier ein höheres Maß an Transparenz geben.

Kindergartenkinder, Schülerinnen und Schüler und Studentinnen und Studenten werden auch von der AUVA unfallversichert, in der Höhe von fast 13 Millionen Euro pro Jahr.

Arbeitslose sind auch durch die AUVA unfallversichert, hier gibt es eine völlige Unterdeckung, da werden die Beiträge zur Hälfte nicht finanziert.

Es braucht eine transparente Finanzierung, auch als Grund für die Basis zur Diskussion, was mit dem Geld der AUVA passiert.

Allgemeine Informationen zur AUVA

Was ist die AUVA?

1. Die AUVA ist grundsätzlich die Haftpflichtversicherung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber (AG) für Unfälle und Berufskrankheiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Zuge ihrer Tätigkeiten bei einer Arbeitgeberin oder einem Arbeitgeber, eines Beschäftigungsverhältnisses bis vor zur, die grobe Fahrlässigkeit, grobe Fahrlässigkeit und Vorsatz versichert die AUVA nicht
2. Die AUVA ist die Solidargemeinschaft der AG, die gemeinsam das Risiko tragen, das daraus entsteht, wenn AN bei Ausübung ihrer Arbeit etwas passiert und daraus folgend Ansprüche geltend werden. Das heißt, die AUVA ist eine Haftpflichtversicherung auf Solidarbasis für die AG. Für AN ist sie deswegen von besonderer Wichtigkeit, weil die Ansprüche, die die AN gegenüber ihren AG haben, wenn ihnen etwas bei der Arbeit passiert, durch die AUVA versichert sind. Dazu gibt es ein Leistungsrecht, das im ASVG abgebildet ist. Darin steht, auf welche Leistungen der AN im Falle eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit Anspruch, hat und weil die AUVA Haftpflichtversicherung der AG, zahlen AG Beiträge und nicht AG und AN, sondern Betriebe sind aufgerufen und verpflichtet, für die Unfallversicherung diese Beiträge zu entrichten

Die AUVA ist die Haftpflichtversicherung von ungefähr 32.000 Unternehmen in Österreich und 4,5 Millionen Versicherten. Die Kernaufgaben sind in vier Bereiche unterteilt.

Kernaufgaben der AUVA:

1. Prävention
2. Unfallheilbehandlung
3. Rehabilitation
4. Entschädigung (am besten bekannt ist die Unfallrente als Entschädigungsleistung)

Diese 4-Faltigkeit stellt die Kernaufgaben der Unfallversicherung dar. Diese 4-Faltigkeit ist von großer Bedeutung, da diese in Beziehung zueinander stehen und es nicht egal ist, ob man diese auflöst und beispielsweise annimmt, dass

die Pensionsversicherung für die Entschädigung zuständig ist und die Krankenversicherung für die Prävention etc. Aus dieser 4-Faltigkeit entsteht ein Potenzial, das ungenutzt sein kann oder das man offensiv zum Wohle aller betriebswirtschaften kann.

Wichtig für die AG ist die AUVA per Gesetz insofern, da ein Vorteil gegenüber privat abzuschließender Haftpflichtversicherung dahingehend besteht, dass es eine risikounabhängige Solidargemeinschaft der AG ist – das wird oft vergessen. So wie es in der sozialen Krankenversicherung einen Risikoausgleich gibt und der Beitrag, den man zur sozialen Krankenversicherung zahlt, nicht vom Krankheitsrisiko, sondern vom Einkommen abhängt, so ist in der AUVA in der Risikogemeinschaft der AG ein Solidarausgleich zwischen risikoreichen Branchen und risikoarmen Branchen gegeben. In der Regel sagen die Daten, dass dieser Solidarausgleich zwischen kleinen und großen Betrieben stattfindet, in der österreichischen Wirtschaftsstruktur profitieren vor allem die KMU von diesem Ausgleich. Vertreter von großen Industriebetrieben sehen das System dieses Ausgleichs oft kritisch und überlegen, ob ein Ausstieg für den einzelnen großen Betrieb von Vorteil wäre.

Die AUVA ist aber nicht nur die Haftpflichtversicherung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, sie ist auch die Trägerin eigener Behandlungseinrichtungen, die bedeutend für das Gesundheitswesen sind.

DR. GÜNTHER SCHREIBER

PROJEKTMANAGEMENT UND KOORDINATION BRANCHE GESUNDHEITSWESEN BEI QUALITY AUSTRIA

Der Druck, welches das von den Kassen vorgegebene Honorarschema erzeugt, verursacht im extramuralen Bereich suboptimale Versorgungsergebnisse. Einerseits gibt es zu wenige Kassenverträge, andererseits leiden die Ärztinnen und Ärzte, die über einen solchen Vertrag mit einer Krankenkasse verfügen, oftmals unter Zeitdruck, bedingt durch die Notwendigkeit einer gewissen Anzahl an Patientinnen und Patienten, um ein Einkommen zu erwirtschaften, weshalb Patientinnen und Patienten abgefertigt werden müssen. Auch der intramurale Bereich, die Krankenhausverwaltung, kann Entscheidungen nicht ausschließlich im Sinne der Patientenorientierung treffen, sondern muss zunehmend auf Grundlage wirtschaftlicher Überlegungen entscheiden.

Ist es für eine/einen Kassenpatientin und -patienten notwendig, eine bestimmte diagnostische Maßnahme, wie ein CT, als Teil einer Behandlung zu erhalten, kann es aufgrund von Kontingentierungen der radiologischen Leistungen zu. Kontrastierend ist es der-/derselben Patientin/Patienten unter Umständen möglich, die gleiche diagnostische Maßnahme als privat Zahlender wesentlich zeitnäher zu erhalten.

Durch den Ressourcenmangel (sowohl zeitlicher als auch personeller Natur) und die daraus resultierenden verschlechterten Rahmenbedingungen (Arbeitsklima, Führung, administrativer Aufwand, Mehrbelastung durch fehlende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) werden Beschäftigungsverhältnisse an öffentlichen Krankenhäusern unattraktiver, private Spitäler hingegen für Arbeitsuchende im medizinischen Sektor attraktiver. Dieser Zustand in öffentlichen Krankenanstalten muss durch mehr Personal behoben werden. Daraus würde eine Verbesserung des Arbeitsklimas und der Arbeitszeiten resultieren. Eine Entlastung des Personals ließe sich mithilfe von Digital-Health-Innovationen unterstützen.

Ebenso muss die Gesundheitsversorgung im kommunalen Bereich ausgebaut werden, da es an Nachfolgern für Allgemeinmediziner mangelt. Die wohnortnahe Erstversorgung muss zum einen durch eine Steigerung der Anzahl von Hausärztinnen und -ärzten geschehen, zum anderen durch die Etablierung von Gesundheitszentren, die anstelle des Spitals, eine der ersten Anlaufstellen für die/den Patientin/Patienten bilden würden.

Um den zuvor genannten Effekt zu erzielen, muss es eine faire und marktgerechte Honorierung für die Bereitschaft, als Kassenärztin bzw. -arzt tätig zu sein, geben. Das Miteinander der Ärztinnen und Ärzte einer Region sollte ebenso gestärkt werden, da diese, oftmals unter einem extremen Arbeitspensum leidenden Medizinerinnen und Mediziner, durch gegenseitige Vertretungen mutual entlastet würden. Auch könnten neue Technologien hierbei Erleichterung schaffen.

Es bedarf eines Gatekeeper-Systems im extramuralen Bereich, ähnlich dem Triage-System im intramuralen, in welchem der Hausarzt als Zuweiser im System agiert und die Patientinnen und Patienten jeweils fallorientiert weiter zuweist.

Quellenverzeichnis

Jahresbericht

- *Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs VVO*: Jahresbericht 2019, Mai 2020.

Positionspapiere

- *Holzgruber, Thomas*: Stellungnahme der Ärztekammer für Wien, 23.02.2020.
- *Weltermann, Ansgar*: Herausforderungen in der Onkologie, Präsentationsunterlagen der OÖ Gesundheitsholding, 02.10.2019.

Presseaussendungen

- *Blumencron, Britta*: Zwischen Patient und Medikament darf es keine Grenzen geben!, Phago, OTS Presseaussendung vom 05.06.2020.
- *GSK: Transparenz bei GSK. In:* media:net, health economy, 05.07.2019.
- *Hutsteiner, Ruth*: WHO – Gesundheitsgefälle kostet Milliarden, science.ORF.at und Ö1-Wissenschaft, publiziert am 11.09.2019.
- *May, Uwe und Bauer, Cosima*: Der gesundheitsökonomische Stellenwert von OTC-Präparaten in Österreich. Wien, 2012.
- *Pfanner, Katrin*: Prall gefüllte Kassen. In: media:net, health economy, 05.07.2019.
- *Rümmele, Martin*: Kassenfusionen: Jetzt stehen neue Chefs fest. In: media:net, health economy, 05.07.2019.
- *Rümmele, Martin*: Lieferengpässe. In: media:net, health economy, 05.07.2019.
- *Stocker, Ute*: Neue BiVÖ-Studie belegt: rund 357 Mio. EUR Einsparung durch Einführung von Biosimilars in den letzten 12 Jahren, Biosimilarsverband Österreich, OTS Presseaussendung vom 05.06.2020.
- *Wolkerstorfer, Julia*: PRAEVENIRE: Digitalisierung und Empowerment eröffnen neue Chancen für ein effizientes Gesundheitssystem, OTS Presseaussendung der PRAEVENIRE Initiative 2030 vom 01.04.2020.
- *Zahl, Bernhard*: Stellungnahme zu aktuellen Medienberichten, Barmherzige Brüder Österreich, OTS Presseaussendung vom 27.09.2019.

Studie

- *May, Uwe und Bauer, Cosima*: Der gesundheitsökonomische Stellenwert von OTC-Präparaten in Österreich. Wien, 2012.

Zeitungs- und Zeitschriftartikel

- *Kordik, Hanna*; Hofer, Gerhard: Kosten für Altersteilzeit steigen rasant. In: DiePresse vom 14.08.2019.
- *PRAEVENIRE*: Der Weg zur besten Versorgung. Was muss getan werden, um im Gesundheitssystem eine Struktur zu schaffen, die den Patienten in den Mittelpunkt stellt? In: Die Presse vom 23.07.2020, Seite 8.
- *Wolkerstorfer, Julia*: Neue Chancen für das Gesundheitssystem. In: PERISKOP 94, Seite 30.

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
- **Mag. Ludwig Bichler, MBA**
Prokurist und Konzernsprecher der VAMED Standortentwicklung und Engineering
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Binder**
Medizinischer Direktor des Wiener Gesundheitsverbundes
- **Dr. Thomas Czypionka**
Head of IHS Health Economics and Health Policy
- **Dr. Peter Eichler**
Sektionsvorsitzender im Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs
- **HR Dr. Thomas Holzgruber**
Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Wien
- **Andreas Huss, MBA**
Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse und Gesundheitssprecher sowie Bildungsverantwortlicher der Gewerkschaft Bau-Holz des Österreichischen Gewerkschaftsbundes
- **Prof. Dr. Christoph Klein**
Direktor der Arbeiterkammer Wien
- **MMag. Astrid Knitel**
Leitung Kranken- und Unfallversicherung im Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Mitglied im Kuratorium des Fonds Gesundes Österreich
- **Bgm. KommR Matthias Krenn**
Obmann-Stv. der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Mag. Mirjana Mayerhofer**
Präsidentin der IGEPHA
- **Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr**
Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer
- **Martina Olf-Meindl, MBA, MSc**
Director Market Access & Gov. Affairs bei Merck
- **Mag. Wolfgang Panhölzl**
Leiter der Abteilung Sozialversicherung der Arbeiterkammer Wien
- **Mag. Jan Pazourek**
Generaldirektor-Stv. der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt
- **Dr. Sigrid Pilz**
Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwältin
- **Dr. Erwin Rebhandl**
Präsident des Vereins AM.PLUS
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**
Leiter der Fachabteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Dr. Günther Schreiber**
Projektmanagement und Koordination Branche Gesundheitswesen bei Quality Austria
- **MR Dr. Johannes Steinhart**
Vizepräsident der Ärztekammer für Wien
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres**
Präsident der Ärztekammer für Wien
- **Ing. Walter Troger**
Geschäftsführer der VAMED Standortentwicklung und Engineering
- **Mag. Olivia Turan**
Expertin des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs
- **Dr. Ines Vancata**
Market Access Director bei Roche Austria
- **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 Systemstruktur



Weißbuch Version 2020
PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

**NACHDENKEN.
UMSETZEN.
JETZT!**

ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG
Handlungsempfehlungen für die Politik