

03.

Solidarische
Finanzierung
und Versorgung



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.: 01/402 13 41-0, Fax: 01/402 13 41-18 | Projektleiter: Bernhard Hattinger, BA, b.hattinger@perichange.at | Projektteam: Damir Bilali, Kathrin Unterholzner
Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Prof. Dr. Reinhard Riedl, Katrin Martinkovich | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH, Grafik: Andrea Zimmer, Illustration Umschlag: Josefine Fuchs | Lektorat: Lisa Türk, BA | Fotocredit: Peter Provaznik, Flo Hanatschek | Druck: Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG, Stockerau | 1. Auflage: 500 Stück | 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 oft 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: 15.04.2022

© 2022 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030



SAVE THE DATE



**8. PRAEVENIRE
Gesundheitstage**
im Stift Seitenstetten

**24.—26.
MAI 2023**

03. Solidarische Finanzierung und Versorgung

» Gleichstellung im Zusammenhang mit Gesundheitsbelangen gefragt «

03.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ **Planung und Steuerung** des Gesundheitssystems und die Entwicklung einer „Zwei-Topf-Strategie“ zur **Finanzierung** obliegen dem Bund!
- ✓ **Wissenschaft, Erfahrungswissen und Standpunkte** der Gesundheitsberufe in gesundheitspolitische Entscheidungen einbinden!
- ✓ **Begleitprogramme (DMP)** neben Diabetes für weitere große chronische Krankheiten entwickeln, unbürokratisch zugänglich gestalten und honorieren!
- ✓ Den Honorarkatalog für ärztliche Leistungen und alle Gesundheitsberufe so rasch wie möglich im Sinne der optimierten Patientenversorgung aktualisieren und harmonisieren!
- ✓ **Modelle für den Einkauf** von Therapeutika und technischer Ausstattung für Spitäler optimieren!

03.2 IM FOKUS

Das österreichische Gesundheitswesen braucht ein effizientes, zielgesteuertes und krisenfestes Finanzierungssystem, bestehend aus koordinierten Töpfen, aus denen sowohl der extramurale und intramurale Bereich als auch der Ambulanzbereich schöpfen können. In jedem Fall muss am Grundsatz der Selbstverwaltung der österreichischen Sozialversicherung festgehalten werden, sodass Beiträge zweckgebunden bleiben und nicht für andere Bereiche verwendet werden können. Untersuchungen, Beratungsleistungen und Präventionsmaßnahmen müssen ausgewogen honoriert werden, egal ob sie im Spital oder im niedergelassenen Bereich stattfinden. Um eine Gesamtsteuerung des Systems und die Finanzierung innovativer Therapien sicherzustellen, hat die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende essenzielle Optimierungsprogramme für das erste PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) ausgearbeitet:

Innovation und Finanzierung

1. Neue Finanzierungsmodelle etablieren.
2. Einsparungspotenziale nutzen.
3. Zentrales Register zur Erfassung von innovativen Therapien und Medizinprodukten umsetzen.

Systemstruktur

1. Durch Empowerment den Menschen zum Koproduzenten seiner Gesundheit geleiten.
2. Mit modernen Finanzierungsmodellen den Fokus auf Kosteneffizienz setzen.
3. Ein Best Point of Service könnte den passenden und günstigsten Versorgungsweg zeigen.

Darauf aufbauend setzte die PRAEVENIRE Initiative ihre Arbeit 2021 und 2022 fort. Die teilnehmenden Expertinnen und Experten, die Kooperationspartner und Unterstützer haben die Problemstellungen vertiefend diskutiert und der Verein PRAEVENIRE hat die Ergebnisse für die neue Version des Weißbuchs als strategische Handlungsempfehlungen für die gesundheitspolitischen Entscheidungsträgerinnen und -träger zusammengefasst.

03.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Verbesserungsbedarf besteht vor allem hinsichtlich der **Steigerung der Anzahl an gesunden Lebensjahren** der Bevölkerung in Österreich, insbesondere bei Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung. Es geht darum, die **Finanzierung** des österreichischen Gesundheitssystems **im Hinblick auf die demografische Entwicklung** (alternde Bevölkerung), die zunehmenden chronischen Erkrankungen und die Herausforderungen der Coronapandemie weiter abzusichern und den Betroffenen die **bestmögliche Versorgung** auch **im Falle einer chronischen oder seltenen Erkrankung** zu bieten. Um zusätzlich zu den genannten Aspekten auch die **Leistung innovativer Therapien** sicherzustellen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Die Patientin und der Patient im Mittelpunkt

Gesundheit muss für alle leistbar sein.

1. Bereits vor der herausfordernden Zeit der Coronapandemie war das **Prinzip der Solidarität** aufgrund der Ökonomisierung in den meisten (Lebens-)Bereichen und der Anforderungen der Leistungsgesellschaft geschwächt. Ist von solidarischer Finanzierung und Versorgung im Gesundheitswesen die Rede, so sollten diese zurzeit auf die Probe gestellten gesellschaftlichen Prinzipien **breit gedacht** werden. Die allgemeine Individualisierung („Ich-Gesellschaft“) spielt in einem Diskurs über das solidarische Gesundheitswesen genauso eine Rolle (Bin ich selbst bereit, etwas für andere zu tun?) wie jene dieser Säule gegenübergestellte Säule des Solidaritätswohls. Beide Säulen sollten in Balance gebracht werden.
2. Die in Österreich an und für sich gute solidarische Versorgung muss den neuen gesellschaftlichen Herausforderungen angepasst und weiterentwickelt werden. Das Gesundheitssystem ist nicht nur als eine finanzielle Ausgabe zu betrachten, sondern als **volks-**

wirtschaftlicher Wachstumstreiber. Ein solidarisches Gesundheitssystem zeichnet sich durch die für die Elastizität des Systems wichtige hohe Verfügbarkeit von Vorhalteleistungen aus. **Health in all Policies** muss gelebt, Gesundheit breit gedacht werden.

3. In Studien wird in Zusammenhang mit solidarischer Versorgung vermehrt eine „**Gesundheitsmündigkeit**“¹ thematisiert. Österreich hat diesbezüglich im Vergleich zu anderen Staaten Aufholbedarf. Wenn von Gesundheitsmündigkeit die Rede ist, muss allseits das Bewusstsein dafür gestärkt werden, dass der Erhalt der Gesundheit durch **Prävention und Vorsorge** in jeder Hinsicht, sowohl für die Menschen als auch das System, „günstiger“ ist als die durch Unfall, plötzlich eintretende Krankheiten oder chronische Erkrankungen entstehenden Kosten der Reparaturmedizin.
4. Deshalb ist es wesentlich, die Tendenz zur **Zweiklassenmedizin** wieder auf die Prinzipien der solidarischen Versorgung zurückzuholen. Das betrifft zum Beispiel die **Wartezeiten** auf einen Operationstermin, der durch private Konsultationen abgekürzt werden kann, oder Wartezeiten bei der Kassenärztin oder beim Kassenarzt. Prinzipiell machen die erschwerte **Leistung** (ohne Erstattung seitens der Versicherungen) einer Wahlärztin, eines Wahlarztes oder privat zu zahlender Therapien (vgl. psychiatrische Behandlungen, Therapien der MTD und Beratungen bei chronischen Erkrankungen etc.) und die Wartezeiten in der ärztlichen Versorgung (vgl. für Hüftoperationen bis zu mehreren Monaten) das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem unattraktiv. Daher braucht es Rahmenbedingungen, die dem entgegenwirken.
5. **Von zusätzlichen Selbsthalten** für Gesundheitsleistungen bzw. -produkte ist zur Vermeidung einer Zweiklassenmedizin **abzusehen.** Therapeutische, evidenzbasierte Behandlungen (auch präventiv, rehabilitativ) sind in der Erstattung als gesundheitsfördernde Leistungen anzuerkennen, um sozioökonomische Verwerfungen von der Qualität der Versorgung zurückzudrängen.

¹ vgl. z. B.: <https://erwachsenenbildung.at/aktuell/nachrichten/12019-health-literacy-eine-weitere-kompetenz-die-man-messen-koennte.php> und <https://wien.orf.at/v2/news/stories/2589495/>

6. Auch die **Bestimmung wesentlicher Laborparameter zur Feststellung einer Herzmuskelentzündung im Rahmen einer COVID-Infektion** ist aktuell keine **Kassenleistung**. Bei Verdacht auf Herzschwäche nach einer COVID-Erkrankung müsste ebenfalls eine Herzultraschall-Untersuchung durchgeführt werden. Auch hier sind Kardiologinnen und Kardiologen aber auch Pulmologinnen und Pulmologen durch Deckelungen limitiert.
7. Sichere und gute **Bedingungen für ein gesundes Arbeitsleben** sind ein wesentlicher Baustein für eine solidarische Versorgung.

II. Systemoptimierung

Der Patientenpfad muss transparent sein.

1. Die Erarbeitung von **Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien** in größerem Ausmaß ist wesentlich. Es sollte nachdrücklich über ein **Präventionsgesetz** nachgedacht werden, denn Gesundheitsförderung und Vorsorgemaßnahmen entlasten das Gesundheitssystem.
2. Der **Ausbau von Primärversorgungseinheiten** (PVE) ist rasch umzusetzen, die Zusammenarbeit von **multiprofessionellen Teams** (vgl. Chroniker- bzw. Diabetesversorgung) im Zuge entsprechender Rahmenbedingungen zu unterstützen und die **Primärversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte** – u. a. in den Einzelordinationen – zu stärken.
3. Es ist grundlegend, eine einheitliche, transparente und evidenzbasierte **Personalbedarfsberechnungsbasis** zu erstellen.
4. Eine **ausreichende ärztliche Versorgung** (Stichwort Ärztemangel) ist im Hinblick auf den künftigen Bedarf sicherzustellen.
5. Diesbezüglich benötigt es vor allem eine **Ausbildungsoffensive** für alle Gesundheitsberufe.
6. **Neue Gesundheitsberufe** könnten die Ärzteschaft bei der Versorgung unterstützen, beispielsweise gut ausgebildete Nurse Practitioners und Diplompflegepersonen; bestehende Gesundheitsberufe wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten könnten bestimmte Berechtigungen

erhalten, um z. B. Diagnose und Therapie selbst vorzunehmen. **[1]**

Als Best-Practice-Beispiel für die Verbreiterung der Versorgung kann Dänemark herangezogen werden.

7. Die **Finanzierung der sozialen Krankenversicherung muss sichergestellt** bleiben und alle Mittel, die z. B. durch Steuerreformen entzogen werden, sind dauerhaft zu ersetzen.
8. Es braucht **Attraktivierungsmöglichkeiten** für die **kassenärztliche Versorgung**.
9. Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem gehen über die finanzielle Leistbarkeit hinaus: **Aufnahmekriterien für Innovations- und Tumorboards** sind **transparent** zu **gestalten**, bürokratische Barrieren (vgl. Bewilligungspflichten) abzubauen und individuelle Sonderwege zu hinterfragen.

III. Finanzierung

Prävention macht Gesundheit leistbarer, Reparaturmedizin verbraucht mehr Ressourcen.

1. Prinzipiell sollte der **Staat** in einer strukturierten Art und Weise **Partner in einem solidarischen Finanzierungssystem** sein.
2. Versicherungsleistungen dürfen nicht von der Postleitzahl, vom Wohnort der Patientinnen und Patienten abhängig sein. Die **Leistungsharmonisierung** sollte rasch im Zuge aller Gesundheitsleistungen umgesetzt werden.
3. Über den **Risikostrukturausgleich** zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern kann ein Ausgleich der Finanzierungspraxen erreicht werden.
4. Es braucht eine **transparente Preisgestaltung** und die Möglichkeit einer **Preismitbestimmung seitens öffentlicher Hand**, insbesondere für hochpreisige Arzneimittel wie Orphan Drugs, Onkologika und Rheumatherapien. Diese hochpreisigen Medikamente werden meist gemeinsam auf Basis von Mitteln der öffentlichen Hand und der pharmazeutischen Industrie entwickelt. Studien belegen, dass 40 bis 80 Prozent der Entwicklungskosten im öffentlichen Bereich liegen.

5. Menschen, die unter sogenannten **seltene** **Erkrankungen (Rare oder Orphan Diseases)** leiden, sind vom **Ökonomisierungsdruck** in der medizinischen Forschung besonders betroffen, jedoch auch – sofern es bereits Medikamente oder Therapien gibt – vom Ökonomisierungsdruck im Kassensbereich. Damit niedergelassene Ärztinnen und Ärzte den Betroffenen bestmöglich helfen können, braucht es zum einen ein klares Bekenntnis zu einem solidarischen Gesundheitssystem seitens der Politik durch spezielle **Förderungen** von im besten Fall **heimischer Forschung und Entwicklung**, zum anderen eine entsprechende **Ausstattung des Systems**.
6. Werden global voranschreitende **Antibiotikaresistenzen** nicht eingedämmt, könnte die jährliche Zahl der damit zusammenhängenden Todesopfer bis

2050 auf zehn Millionen ansteigen. Um dem entgegenzuwirken, ist die **finanzielle Stärkung der Antibiotikaforschung** nötig. Es braucht ein klares Bekenntnis für **Partnerschaften und Kooperationen von privaten und öffentlichen Geldgebern** in allen Bereichen der Forschung.

Patientenorientierung

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 spricht sich gegen Einsparungen im Gesundheitssystem aus. Im Fokus steht immer eine **patientenorientierte Ausgabenpolitik**, insbesondere auch, um Menschen zu helfen, die durch ihre Erkrankung **speziellere Bedürfnisse und Pflege- sowie Betreuungsbedarf** haben.

[1] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 03.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Solidarische Finanzierung und Versorgung



03.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissensposition der Ärztekammer für Wien

[1] Zu II.6.: Die Ausübung von Diagnose und Therapie ohne ärztliche Anordnung seitens nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe ist für die Ärztekammer nicht konsensfähig, da im Sinne der Ausbildung und Versorgungsqualität Diagnosen und Therapien in jenen Berufsgruppen zu verorten sind, die entsprechend dafür geschult sind und somit auch dahingehende Verantwortung tragen. Es spricht nichts gegen die Möglichkeit für Ärztinnen, Ärzte, Aufgaben vermehrt an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zu delegieren.

Ergänzung der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO)

Die OEGO setzt sich für Optimierungen in drei wichtigen Themenfeldern ein. Diese betreffen die rechtliche Situation des Berufs der Osteopathin, des Osteopathen, die Sicherung höchster Standards in Aus- und Weiterbildung und den **niederschweligen Zugang zu osteopathischen Leistungen**.

Im Sinne einer solidarischen Finanzierung und Versorgung ist daher die **Förderung der flächendeckenden osteopathischen Versorgung** eines der Hauptanliegen der als gemeinnützigen Verein organisierten Interessensvertretung der Osteopathinnen und Osteopathen in Österreich.

Darüber hinaus ist es ein wichtiges Ziel, für alle Patientinnen und Patienten den **chancengleichen und niederschweligen Zugang zu osteopathischer Behandlung auf Kassenleistung sicherzustellen und gegebene Strukturen dahingehend zu vereinheitlichen**.

Sozioökonomische Barrieren sollten im Sinne einer Verhinderung der Entwicklung hin zur Zweiklassenmedizin nicht entscheidend für den Erhalt evidenzbasierter Therapien seitens Patientinnen und Patienten sein. In diesem Sinne **fordert die OEGO die Regelung des Berufs der Osteopathin und des Osteopathen als gesetzlich anerkannten Gesundheitsberuf sowie eine einheitliche Vergütung osteopathischer Leistungen** für Versicherte.

Handlungsempfehlungen für die Politik



PRAEVENIRE Weißbuch
GESUNDHEITSSTRATEGIE 2030

Version 2021/22