

## „Gesundheit 2020 - Patienten im Mittelpunkt! Jetzt die Weichen stellen!“

Das österreichische Gesundheitssystem hat einen ausgezeichneten Ruf, ist aber auch für seinen hohen Mitteleinsatz bekannt. Aber wie gut ist unser Gesundheitssystem wirklich? Welche Ergebnisse produziert es? Stimmt die Qualität? Sind die Menschen gesünder, weil wir viel Geld ins System stecken?

Wir wissen wenig darüber, denn die vorhandenen Dokumentationen dazu sind mangelhaft. Tatsache ist aber, dass die Österreicher trotz relativ hoher Lebenserwartung im Durchschnitt 20 gesunde Lebensjahre verlieren und damit unter dem europäischen Schnitt liegen.

Die Bemühungen um eine große **Gesundheitsreform** sind vor allem wegen des Zusammenwirkens von Bund, Ländern und Sozialversicherung auf Grundlage des von den Sozialpartnern im Hauptverband entwickelten Masterplans Gesundheit positiv zu werten.

Hohe Qualität, umfassende Information, guter Zugang und Wirtschaftlichkeit müssen im Gesundheitssystem keine Widersprüche sein. Experten der Wirtschaftskammer und der Arbeiterkammer haben vor diesem Hintergrund gemeinsam mit der Patienten-anwaltschaft ein Konzept erstellt, das **in aller Konsequenz die Patienten in den Mittelpunkt** weiterer notwendiger Reformschritte stellt. Das Konzept ist gegliedert in sechs klare Handlungsbereiche.

### 1) Mehr gesunde Lebensjahre

*„Hoher Mitteleinsatz bei durchschnittlicher Gesundheit“*

- Im internationalen Vergleich werden in Österreich laut einer OECD Studie 59,4 gesunde und beschwerdefreie Jahre erlebt, während der EU-Schnitt 60,7 Jahre beträgt. Bei einer in Österreich durchschnittlichen Lebenserwartung von mehr als 80 Jahren gehen demnach mehr als 20 Jahre an Lebensqualität durch Krankheit verloren.
- Ein Drittel aller Pensionsantritte - also ca. 30.000 Personen pro Jahrgang - geht auf gesundheitliche Gründe zurück. Daraus resultieren Zahlungen in Höhe von fast 3 Mrd. Euro.
- Bei den Präventionsausgaben liegt Österreich im untersten Drittel der OECD Länder.

**Martin Gleitsmann, Leiter Abteilung für Sozialpolitik und Gesundheit in der WKÖ:**

„In der Gesundheitsförderung und Prävention liegt der Schlüssel zu einem langen und beschwerdefreien Leben, wie auch in der Verbesserung in der Behandlung der chronischen Erkrankungen. Trotz sehr hoher Ausgaben für das gesamte Gesundheitssystem ist Österreich in Bereich der Ausgaben für Prävention- und Gesundheitsförderung im untersten Drittel aller OECD-Staaten. Gerade bei den Jugendlichen muss bereits früh das Bewusstsein geschaffen werden, dass Gesundheit nicht selbstverständlich ist, sondern durch gesundes Verhalten aktiv beeinflusst werden kann. Der Ausbau von Gesundheitsförderungsprogrammen bereits im Kindergarten und in der Volksschule ist essentiell. Zur Früherkennung und besseren Behandlung von chronischen Krankheiten ist die Erhöhung der Anzahl der teilnehmenden Ärzte und Patienten an Disease Management Programmen, wie zum Beispiel bei Diabetes Therapie aktiv erforderlich.“  
Als positives Beispiel zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ist die erfolgreiche Implementierung des Anreize Modells „SVA-Gesundheitsversicherung“ hervorzuheben.

## 2) Information und Transparenz

*„Wo ist die richtige Behandlung für mich?“*

- Viele Menschen fragen sich: Wo ist der beste Arzt, die beste Ärztin, wo ist das beste Krankenhaus für mich, welche Therapie ist für mich die richtige/beste Therapie?
- PatientInnen benötigen valide und leicht verständliche Informationen und Hilfestellungen, um die für sie richtigen gesundheitlichen Entscheidungen treffen zu können.
- Mehr Transparenz im System erhöht die Qualität und reduziert die Kosten!

**Gerald Bachinger, Patienten- und Pflegeanwaltschaft:** Im Dschungel der verschiedenen Einrichtungen wählen PatientInnen frei und landen dadurch oft auf der falschen Versorgungsstufe. Das führt zum Verschieben von Patienten, suboptimaler Qualität, PatientInnenunzufriedenheit und ökonomisch vermeidbaren und unnötigen Zusatzkosten. Die laufende Gesundheitsreform zielt darauf ab die erforderlichen strukturellen Rahmenbedingungen für wesentliche Verbesserungen zu schaffen:

- einen telefon- und webbasierter Erstberatungsservice (best practice Beispiel: „nhs-direct“, „MedGate“),
- den „best point of service“ zu definieren,
- Aufbau eines „Primary Health Care Systems“.

### 3) Bestmögliche Qualität und Patientensicherheit

*„Gute Qualität kostet Geld, schlechte Qualität kostet viel mehr!“*

- Die Rate der fatalen Behandlungsfehler mit relevantem dauerhaften Schaden für PatientInnen beträgt etwa 2 bis 4%. Nach Schätzungen wären bei optimalen Präventionsmaßnahmen 30 bis 50% dieser Patientenschadensfälle vermeidbar.
- Jährlich verzeichnen die Patientenanwaltschaften bundesweit rund 10.000 Beschwerden.
- Vergleichende Benchmarkstudien zeigen, dass die Performance des österreichischen Gesundheitswesens im EU-Vergleich bloß im guten Mittelfeld liegt, gleichzeitig liegen die Gesundheitsausgaben im oberen Drittel.

**Gerald Bachinger:** „Was erwarten BürgerInnen/PatientInnen/Angehörige eigentlich, wenn sie krank werden und die für sie richtigen Angebote/Betreuungseinrichtungen suchen? Was verstehen Bürger/Patienten/Angehörige unter Qualität, welche Qualitätsmerkmale werden gesucht/erwartet? Auf diese Fragen gibt eine jüngste Studie der Bertelsmann Stiftung (Gesundheitsmonitor 2012), die sich mit den Erfahrungen der Patientenanwaltschaften deckt, klare Antworten. Die medizinische Qualität (fachliche Ergebnisqualität) ist der wichtigste Entscheidungsfaktor. Komfortmerkmale, wie etwa Qualität des Essens und die regionale Erreichbarkeit des Krankenhauses spielen kaum eine Rolle.

Best practice Beispiele sind:

- „weiße Liste“ der Bertelsmann Stiftung
- [www.qualitätskliniken.de](http://www.qualitätskliniken.de)
- Patientenzufriedenheitserhebung der GÖG.

Gute Qualität entsteht aber nicht aus sich selbst und entwickelt sich auch nicht von selbst weiter. Begleitendes Qualitätsmanagement/Initiativen zur Verbesserung der Patientensicherheit und unabhängige Qualitätskontrolle sind unabdingbar.

Qualitätsmessungen („Was man nicht messen kann, kann man nicht verbessern“) müssen sowohl im fachlichen Bereich als auch im Bereich der PatientInnenzufriedenheit erfolgen. Die Leistungsanbieter sollen für gute und beste Qualität belohnt werden („pay for quality“).

## 4) Zugang zum Gesundheitssystem

*„Freier Zugang auf allen Versorgungsebenen bedeutet nicht optimale Versorgungsqualität“*

- Das österreichische Gesundheitssystem bietet derzeit den völlig freien und ungesteuerten Zugang zu allen Versorgungsebenen vom Spital über Ambulatorien bis zu FachärztInnen und praktischen ÄrztInnen. Das muss nicht unbedingt zum Vorteil für den Patienten sein.

**Bernhard Rupp, Leiter der Abt. Gesundheitswesen der AKNÖ:** „Angemessene evidenzgesicherte Anreizsysteme für PatientInnen sind zu etablieren, um Behandlungen auf der richtigen Versorgungsebene zu fördern. Die Schaffung bzw. Wiederherstellung nachhaltiger vertrauensvoller Beziehungen zwischen Patienten und Gesundheitsdienstleistern besonders im Bereich der Primärversorgung ist anzustreben. Zwischen PatientInnen und Gesundheitsdienstleistern vereinbarte Diagnose- und Therapieschritte - statt Doktor- und Ambulanz-Shopping - können sowohl medizinisch als auch ökonomisch sinnvoll sein.

Es ist auch die sprachliche Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem sicherzustellen, viele Informationen um das österreichische Gesundheitssystem herum sind nur auf Deutsch verfügbar und auf einem sprachlichen Niveau, das es manchen Personengruppen nicht ermöglicht, die Inhalte zu verstehen und entsprechend zu handeln.

Um den Zugang zu innovativen - evidenzgesichert hochwirksamen - Medikamenten und Medizinprodukten auch weiterhin für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen ist auf der Ebene der Entscheidungsträger Transparenz zur wissenschaftlichen Nachvollziehbarkeit einzufordern.“

Beispiel: MOMA - medizinisches Call-Center für die Behandlung von chronischen Krankheiten, MACCABI - Israel

## 5) Eigenverantwortung

*„Nicht Geldarmut, sondern Bildungsarmut macht krank“*

- Österreichs 15-Jährige Jugendliche sind sowohl beim Rauchen mit 30% (Mädchen) bzw. 24% (Burschen) als auch beim jährlichen Alkoholkonsum mit ihrem Risikoverhalten deutlich über dem OECD-Schnitt.
- Nach einer aktuellen Hauptverbandsstudie liegt die Therapietreue bei österreichischen HerzpatientInnen unter 50% (!)

**Bernhard Rupp:** „Das Gesundheitssystem kann nur zu 20 bis 30% zur Gesundheit beitragen, der weitaus überwiegende Prozentsatz wird durch den persönlichen Lebensstil, die Genetik und andere Faktoren wie etwa Umwelt etc. beeinflusst. Eigenverantwortung setzt Befähigung und Kompetenzen der Betroffenen voraus wobei die Bildungs- und Gesundheitspolitik besonders gefordert sind. Aus Sicht der Patienten sind Transparenz und angemessene Information zu medizinischen Maßnahmen einzufordern. Persönliche Lust zu mehr Bewegung und ansprechende Gelegenheiten, das heißt ansprechende Rahmenbedingungen, gehören zusammen. Politik, Medizin und Sportwissenschaften müssen anerkennen, dass für manche ein „Kickerl“ mit Freunden oder ein Tango-Tanzabend lustiger sind als einsam durch die abendlichen Gassen zu joggen. Der „Spaß an der Freude“ muss im Mittelpunkt moderner Gesundheitsförderungspolitik stehen und gewürdigt werden.“

## 6) Nachhaltigkeit

*„Ineffizienz schadet letztendlich den Ärmsten“*

- Die Dichte an Spitalsbetten liegt um 50% über dem EU-Schnitt, die Krankenhausaufnahmerate ist die höchste europaweit (Quelle: ÖBIG), aber auch bei den Allgemeinmediziner liegt Österreich mit 1,6 Ärzten pro 1.000 Einwohner fast 70% über dem Schnitt der EU-15. In Dänemark mit 5,5 Mio. Einwohnern gibt es nur 3.500 Allgemeinmediziner und ca. 800 Fachärzte, in Österreich üben weit über 40.000 ÄrztInnen ihren Beruf aus.
- Laut IHS sind 20% Einsparungen bei Spitälern durch bessere Zusammenarbeit allein im stationären Bereich möglich.

**Martin Gleitsmann:** „Zur Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung und zum Nutzen der Patienten müssen künftig Effizienzpotentiale gehoben werden, denn Ineffizienz und in weitere Folge Rationierungen schaden letztlich vor allem den Ärmsten. Es muss gelingen einen Wettbewerb um die bessere Qualität zu entfachen. Wir müssen durch bessere Kooperation und Steuerung aus Schnittstellen Nahtstellen machen. Bestehende Gesundheitsberufe sollen mit neuen Kompetenzen versehen und weiterentwickelt und neue Gesundheitsberufe sollen gefördert werden. Darüber hinaus brauchen wir einen verpflichtenden Kennzahlenvergleich und Performance Monitoring.“