

„Die Zukunft der Gesundheitsreform 2013 – 2018. Anforderungen für eine erfolgreiche Umsetzung.“

**19. August 2013, 16.30 – 20:30 Uhr,
CCA Alpbach, Liechtenstein-Hayek-Saal**

Impulsstatements

- ▶ Bundesminister für Gesundheit Alois Stöger
- ▶ Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Rudolf Hundstorfer
- ▶ Bundesministerin für Finanzen Maria Fekter

Keynotes

- ▶ Prof. Dr. Volker Amelung, Bundesverband Managed Care e. V., Berlin: „Die Logik von Gesundheitsreformen“
- ▶ Dr. Thomas Czypionka, Insitut für Höhere Studien, Wien: „Reinvestment in Health“

Vier Arbeitsgruppen mit Entscheidungsträgern und Experten

Bernhard Achitz, Volker Amelung, Helwig Aubauer, Clemens Martin Auer, Gerald Bachinger, Heinz Becker, Dagmar Belakowitsch-Jenewein, Thomas Czypionka, Julian M. Hadschieff, Andreas Khol, Peter McDonald, Josef Probst, Ingrid Reischl, Christa Peinhaupt(i.V. v. Pamela Rendi-Wagner), Renate Römer, Markus Roth, Alois Stöger, Bernhard Tilg, Christina Unterberger, Jürgen Wallner, Bernhard Wurzer

Zusammenfassung (Ergebnisse der Arbeitsgruppen)

„Wiedersberger Horn“: Stärkung der Gesundheitsorientierung – Prävention und Gesundheitsförderung“

- ▶ **Rahmengesundheitsziele konsequent implementieren**
 - ▶ Ziel ist, die Anzahl der gesunden Lebensjahre zu steigern, die Prozesse zielorientiert und strukturiert fortsetzen.
 - ▶ Alle Institutionen sollten an den gemeinsamen Zielen arbeiten. Einzelmaßnahmen mit guten Ansätzen sind zu wenig.
 - ▶ Alle Maßnahmen müssen auf ihre Tauglichkeit in Bezug auf die Zielerreichung überprüft werden.
 - ▶ Health in all policies („HIAP“) muss gelebt werden; entsprechende Verantwortung für alle Minister in der Bundesregierung wäre wünschenswert („Ich als Gesundheitsminister“ für alle...).



- ▶ Psychische Gesundheit ist ein Thema, das an Stellenwert gewinnen wird, ebenso das Management von chronischen Erkrankungen. Hier ist neben primärer auch die sekundäre und tertiäre Prävention von Bedeutung.
- ▶ Frühe Diagnose und frühe Behandlung sind ebenfalls eine Voraussetzung für mehr gesunde Lebensjahre.
- ▶ **Bedarfsorientierter individueller Zugang**
- ▶ **Freiraum für Innovationen schaffen**
 - ▶ Forderung nach einem innovationsfreundlicheren Klima in Österreich; Abkehr von einem System, das von seiner Struktur her prinzipiell innovationsfeindlich ist, da dieses sich bei Reformen schwer tut.
 - ▶ Kosten sind selbstverständlich ein Faktor; die Sichtweise, „Ausgaben für Gesundheit und Prävention“ aber als Investitionen zu sehen, ist eine entscheidende Voraussetzung für neue Ansätze.
 - ▶ Dazu zählt auch, die Nutzenkategorien „Prävention und Risikoreduktion bei Arzneimitteln“ in der Erstattung zu berücksichtigen .
- ▶ **Gesundheitskompetenz stärken**
 - ▶ Je früher mit der Stärkung von Gesundheitskompetenz begonnen wird, desto besser. Prävention (Ernährung, Bewegung) soll dabei ein zentrales Thema sein. Schlagworte dabei: „Putze Deine Zähne und steh´ auf einem Bein.“; schon im Kindergartenalter muss begonnen werden.
 - ▶ Frage der Motivation für eine gesundes Leben: Intrinsische Motivation ist immer stärker als extrinsische; diese ist zu fördern.
 - ▶ Unterschiedliche Sichtweisen zu finanziellen Anreizsystemen
 - ▶ Die eigene Gesundheit sollte der stärkste Antrieb sein; darüber hinaus gilt es, die Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben vorzugeben. Das beginnt bei der Ernährung im Kindergarten bis hin zur Arbeitsplatzqualität.
- ▶ **2014 als „Jahr der Bewegung“ mit einem eigenen „Tag der Gesundheit“ im Mai**

„Sonnenjoch“: Health Disparities / Patientenversorgung - Zugang

- ▶ **Stärkung des solidarischen Systems**
 - ▶ Forderung nach österreichweiter Harmonisierung der Leistungen über Grenzen der Bundesländer hinweg. Es sollen alle PatientInnen in Österreich dieselbe Leistung erhalten.
 - ▶ Stärkung und Ausbau des Sachleistungssystems ; die Reform muss zügig umgesetzt werden (vor allem Gesundheitsziel 10, bei dem es um Effizienz- und Effektivitätssteigerung geht). Frei werdende Mittel müssen verwendet werden, um derzeitige Lücken im System zu schließen. Private Ausgaben müssen reduziert werden.
 - ▶ Ein Schlüssel für den Erfolg ist die zügige Umsetzung der Gesundheitsreform.

▶ **Vernetzte Versorgung**

- ▶ Entwicklung vernetzter Strukturen inkl. eines Best-Point-of-Service (derzeit haben PatientInnen die freie Arztwahl)
- ▶ Hausarzt soll zur Schaltstelle im System werden; Disease Management Programme können vom Hausarzt begleitet werden. Berufstand Hausarzt soll an Attraktivität gewinnen
- ▶ Forderung nach Versorgungszentren, die viele Gesundheitsberufe umfassen (Ärzte, Therapeuten, Diätologen, etc.)

▶ **Transparenz**

- ▶ Forderung nach einer verpflichtenden Veröffentlichung von Qualitätskriterien. Kernfrage: Was kann der Patient wo erhalten?
- ▶ Forderung nach mehr Transparenz über Entscheidungen in der Erstattung

▶ **Einrichtung eines Public Health Instituts**

- ▶ Analyse der Bevölkerungsgesundheit; Kernfrage dabei lautet „Ist das, was wir tun, im Sinne der Bevölkerung bzw. der PatientInnen?“
- ▶ Forderung daher nach einem übergeordneten Institut, das sich mit Fragen der Versorgungsqualität befasst (über bestehende Strukturen hinaus)

▶ **Gesamtwirtschaftliche Wirkungs- und Nutzenorientierung im Sinne der PatientInnen**

- ▶ Stärkung interdisziplinärer, wissenschaftlicher Entscheidungsfindung
- ▶ Adäquate Berücksichtigung der Kosten UND gleichermaßen des Nutzens eines Medikaments

„Loderstein“: Ökonomie als ethischer Grundsatz - Finanzierung im Gesundheitswesen

▶ **Spielraum für Innovation und Technologie**

- ▶ Erhaltung und Verbesserung des hochqualitativen Zugangs zu Innovation und Technologie im Gesundheitswesen
- ▶ Sicherung von "Headroom for Innovation" und einem innovationsfreundlichen Klima in Österreich
- ▶ Förderung von Kreativität in den Bereichen Prävention, Diagnose und Therapie

▶ **Stärkung Primary Health Care in Österreich**

- ▶ Forderung nach Entwicklung eines adäquaten Primary Health Care Systems in Österreich inkl. entsprechender Infrastruktur und Ausbildung
- ▶ Forderung nach mehr Wissen für eine evidenzbasierte Verbesserung
- ▶ Orientierung des Honorierungssystems im niedergelassenen Bereich am Gesamtsystem und an Krankheitsbildern

- ▶ Steuerung von PatientInnen dergestalt, dass sie nicht am teuersten Ort versorgt werden.
- ▶ Mehr Beratung im niedergelassenen Bereich
- ▶ Qualitätsprüfung für ambulante niedergelassene Strukturen
- ▶ **Optimierung von Prozessen**
 - ▶ Systematische Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten und Optimierungspotenzial im intra- wie im extramuralen Bereich
 - ▶ Damit Identifikation des "Finanzierungsdeltas" , Hebung des Effizienzpotenzials im System
- ▶ **Abbau von Über- und Fehlversorgung**
 - ▶ Beispiel für Über- und Fehlversorgung: In Wien fänden beispielsweise 75 Prozent der Krankentransporte liegend statt, wobei nur 25 bis 30 Prozent notwendig wären
 - ▶ Mittel, die für die Über- und Fehlversorgung ausgegeben werden, fehlen dort, wo sie notwendig sind
 - ▶ Daher ist Über- und Fehlversorgung abzubauen.
- ▶ **Umfassende Nutzenbewertung medizinischer Therapien**
 - ▶ Trotz Kostenfokus müssen Innovationen den Weg ins System finden
 - ▶ Forderung nach Berücksichtigung individueller und volkswirtschaftlicher Nutzenkategorien bei der Bewertung von Innovationen
- ▶ **Neue, alternative Finanzierungsformen**
 - ▶ Vorschlag einer Steuerfinanzierung: Versicherungsfremde Leistungen sollten durch Steuern finanziert werden
- ▶ **Standardisierung von Medizin** ist enorm wichtig: Beim „klinischen Pfad“ müssen alle Fachleute (i.w.S.) eingebunden werden

„Standkopf“: Health in all Policies

- ▶ **Health in all Policies (HIAP)**
 - ▶ Nicht Zusätzliches tun, sondern im Kerngeschäft sehr gut sein, ist das Ziel; dies hilft für die Gesundheit in allen Lebensbereichen (z. B. gute Schulbildung); Kernaufgaben aller Politikbereiche sollen gesünder gemacht werden.
 - ▶ Steigende Sorge um Gesundheitsbildung der > 60-Jährigen; Forderung nach eigenen Bildungsprogrammen für
 - ▶ Senioren, aber auch für
 - ▶ Familien
 - ▶ Kinder
 - ▶ bildungsferne Schichten
 - ▶ Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) ist gut, hat aber Grenzen. Dafür ist ein gutes Prozedere erforderlich, jedoch keine Bürokratisierung

- ▶ In der Schule sollte nicht nur über Gesundheit gesprochen, sondern gelebt werden. Die Schulen werden tw. mit Gesundheits-Programmen überfordert.
- ▶ Forderung, bei Ausschreibungen der öffentlichen Hand (zB Schulbuffet) Gesundheitsfolgen bzw. derartige Überlegungen einzuführen.
- ▶ „Gesundheit“ muss stärker in die Gestaltung der Ausbildung einfließen
- ▶ **Gesundheitsreform umsetzen**
 - ▶ Ziele der Gesundheitsreform sind umzusetzen; Bundeszielsteuerungsvertrag ist umzusetzen; die Länder-Zielsteuerungsverträge sind auf Konsistenz zu prüfen
 - ▶ Einbindung der Ärzte in die Umsetzung
 - ▶ Strikte Beachtung der Finanzziele
 - ▶ Einrichtung eines professionellen Kommunikationsmanagements
 - ▶ Stärkung Primary Health Care; die wohnortnahe, multiprofessionelle Versorgung reduziert Spitalsaufenthalte und sichert die Spitalsreform; dafür muss das Angebot extramural verbessert werden
- ▶ **Staat als „Befähiger“, Wettbewerb, Transparenz**
 - ▶ Staat sollte Befähiger, nicht Durchführer sein
 - ▶ Länder sind derzeit Zahler, Träger und Aufsicht in einem, dies sollte getrennt werden
 - ▶ Wettbewerb ist nötig für bessere Qualität, Innovation und Prozesse
 - ▶ Forderung nach Schaffung eines innovationsfreundlichen Klimas
 - ▶ Mehr Transparenz ist notwendig
 - ▶ Gesundheitsbildung sollte auch die Erwachsenen erreichen, zB via ihre Kinder.
- ▶ **Anreize für Prävention**
 - ▶ Schaffung von Anreizen für Prävention, zB beim Mutter-Kind-Pass
- ▶ **Verhinderung von 2-Klassen Medizin**
(Derzeit gibt es eine Zwei-Klassen-Medizin beim Zugang zu Medikamenten, nicht alle Wahlärzte dürfen auf Kasse verschreiben.)
- ▶ **Förderung von Innovationen** durch eine gesamtwirtschaftliche Nutzenbewertung (GFA); da auch scheinbar „kleine“ Innovationen großen Nutzen bringen können
- ▶ Forderung nach **Einführung einer täglichen Turnstunde**
- ▶ Forderung nach **Anstrengungen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit** (Gesundheit & Arbeit)
- ▶ **Pensionsantrittsalter erhöhen**
- ▶ Zugang **verbessern, vor allem für Ärmere**
- ▶ Der Bereich „**Pflege**“ muss **systematisch eingebunden werden**, sobald die GH-Reform greift. Hintergrund: Für Pflege gibt es derzeit völlig unterschiedliche Finanzierungslogiken und tlw. nicht schlüssige Situationen, zB das Ruhen des Pflegegeldes bei stationärem Aufenthalt