



**Hauptverband der österreichischen  
Sozialversicherungsträger**

## »Masterplan Gesundheit«

### **Einladung zum Dialog**

Donnerstag, 18. November 2010  
Radisson Blu Palais Hotel

#### **Teilnehmer:**

**Dr. Hans Jörg Schelling** (Hauptverband, Vorsitzender des Verbandsvorstandes)  
**Mag.<sup>a</sup> Ingrid Reischl** (Hauptverband, Vorsitzende der Trägerkonferenz)

## **Gemeinsam Österreichs Gesundheitssystem erhalten und weiterentwickeln** „Neuen Kurs setzen, um Gutes zu sichern“

Die Sozialversicherung lädt mit dem Masterplan Gesundheit zu einem umfassenden Dialog mit allen Partnern im Gesundheitssystem ein. Dies mit dem Ziel, das sehr gute österreichische Gesundheitswesen weiter zu entwickeln und, um eine nachhaltige solidarische Gesundheitsfinanzierung weiterhin zu ermöglichen.

Mit 3.970 US-Dollar pro Kopf liegt Österreich bei den Gesundheitsausgaben nach Luxemburg und den Niederlanden an dritter Stelle der EU-27. Nach aktuellen Prognosen des Instituts für Höhere Studien (IHS) werden die Gesundheitsausgaben ohne Maßnahmen zur Kostendämpfung von derzeit 10,5 Prozent bis zum Jahr 2030 auf über 12,5 Prozent des Bruttoinlandproduktes steigen. Kontinuierlich steigend sind auch die pro-Kopf-Kosten im Bereich der Spitäler. Legt man diese Steigerungen auf die bestehenden Finanzierungsquellen um, lässt sich erkennen, dass entweder die Abgaben- und Steuerlast dramatisch ansteigen wird oder weitere Schuldenaufnahmen für die laufenden Gesundheitsausgaben getätigt werden müssen.

## **Gesundheitssystem steht vor neuen großen Herausforderungen**

Unser Gesundheitssystem steht vor neuen Herausforderungen, die es zu meistern gilt:

- Soziodemografische Veränderungen aufgrund sinkender Geburtenraten und steigender Lebenserwartung.
- Zunehmende Zahl von Menschen, die an chronischen Krankheiten leiden und zur Sicherung ihrer Lebensqualität, Führung und Begleitung durch diese Krankheiten benötigen.
- Individuelle Reparaturmedizin hat Vorrang vor der Gesundheitsförderung und Prävention, weil es keine einheitlichen nationalen Gesundheitsziele gibt.
- Geplant und agiert wird in Strukturen, die sich nicht ausreichend am Bedarf des Patienten orientieren und es daher zu Fehlversorgungen kommt.
- Die Kompetenzen im Gesundheitsbereich sind zersplittert und die Finanzierung orientiert sich an vorhandenen Einrichtungen und nicht am Bedarf der Patienten. Von einer gemeinsamen, sektorenübergreifenden Planung kann keine Rede sein.
- Die in allen Wirtschaftsbereichen üblichen Qualitätskontrollen und Kriterien werden als „Sakrileg“ von wichtigen Systempartnern zurückgewiesen.

## **Die Motive für den Masterplan Gesundheit**

„8,3 Millionen ÖsterreicherInnen haben ein Recht darauf, dass ihre Beiträge bestmöglich und in ihrem Sinn ausgegeben werden“

8,3 Millionen ÖsterreicherInnen zahlen jährlich rund 13 Mrd. Euro an Beiträgen in die Krankenkassen ein. Damit bestreiten diese 50 Prozent aller Gesundheitsausgaben in Österreich. Die Beitragszahler haben ein Recht darauf, dass diese Mittel bestmöglich in ihrem Sinn ausgegeben werden – nicht nur von den Krankenkassen selbst, sondern auch von allen Gesundheitseinrichtungen, die mit diesen Beiträgen zur Gänze oder mitfinanziert werden. Die Krankenkassen befinden sich auf einem erfolgreichen Sanierungskurs, ohne die Ausgaben für die Patienten zu senken.

Die österreichische Sozialversicherung hat bereits 2009 das Sanierungskonzept „Gesundheit: Finanzierung sichern – Langfristige Potenziale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung“ erarbeitet. Das Maßnahmenportfolio sieht für den Zeitraum 2010 bis 2013 ein Kostendämpfungsvolumen von insgesamt 1,725 Mrd. Euro vor. Das laufende Monitoring der Finanzziele zeigt, dass die Krankenkassen insgesamt ihre Finanzziele erreichen und aus heutiger Sicht vorbildlich erfüllen werden. Mehr als ein Drittel der österreichischen Gesundheitsausgaben entfallen auf die Spitäler – mit stark steigender Tendenz. In diesem Bereich gilt es ebenso Potenziale für eine Dämpfung der Kostenentwicklung zu erschließen. Dies auch unter dem Aspekt, dass eine weitere Explosion der Spitalskosten auch den Sanierungskurs der Krankenkassen gefährdet.

## **Unsere Vision: Länger selbstbestimmt leben bei guter Gesundheit**

Dem Masterplan Gesundheit der österreichischen Sozialversicherung liegt eine klare Vision zu Grunde: Länger selbstbestimmt leben bei guter Gesundheit.

Diese Vision ist nur zu realisieren, wenn es gelingt, die steigende Lebenserwartung aller Bürger unabhängig von ihrem Einkommen oder sozialem Status mit der „Gesundheitserwartung“ in Einklang zu bringen. Das ist derzeit bei weitem nicht der Fall: Die ÖsterreicherInnen haben im Schnitt eine Lebenserwartung von 80,4 Jahren mit steigender Tendenz, die Gesundheitserwartung in Lebensjahren liegt aber um mehr als 20 Jahre darunter. Diese Diskrepanz zwischen Lebens- und Gesundheitserwartung wollen wir mit den im Masterplan festgelegten Maßnahmen langfristig abbauen.

Da offensichtlich mehr Ausgaben für die „Reparatur-Medizin“ nicht zu mehr gesunden Jahren führen, geht es somit um das Management der Gesundheit der Bevölkerung!

Die Reformschritte zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens müssen darauf ausgerichtet sein, drei zentrale Ziele des Gesundheitswesens bestmöglich zu erfüllen:

- Verbesserung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung;
- Orientierung am Bedarf der Bevölkerung;
- Sicherstellung einer nachhaltigen und fairen Finanzierung.

# Die Kernforderungen im Masterplan Gesundheit:

## 1. Entwicklung von Gesundheitszielen

Zielgerichtet agieren und gestalten – statt anlassbezogen reagieren

Bereits im Jahr 2009 wurde zwischen dem Bund und Ländern die Entwicklung österreichweiter Gesundheitsziele vereinbart. Einige Bundesländer wurden bereits tätig. Der Bund wird daher dringend aufgefordert, im Rahmen der Bundesgesundheitskommission einen Prozess zur Entwicklung von nationalen, Politikfelder übergreifenden Gesundheitszielen zu initiieren, die sich an den WHO-21 Grundsätzen orientieren.

## 2. Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung

Damit der „Ernstfall“ nicht immer der Regelfall ist!

Es braucht den **Paradigmenwechsel**: Weg von der reinen Reparaturmedizin hin zum Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung. Der Ansatz Gesundheit in allen Politikbereichen ist aus Sicht der Sozialversicherung zu verstärken. Die Politik hat die gesetzlichen Grundlagen für den Ausbau der Gesundheitsförderung zu schaffen.

## 3. Planung, Steuerung und Qualitätssicherung auf österreichischer Ebene

Der Blick über den Tellerrand statt Besitzstandsdenken

Im Mittelpunkt der Planung steht der Patient / die Patientin und sein / ihr Bedarf. Diese muss in Zukunft bundesweit einheitlich erfolgen und hat sich an Gesundheitszielen zu orientieren. Die Detailplanung bleibt dezentral, aber unabhängig von den Leistungsanbietern. Ziel ist eine gesamthafte Finanzplanung für das Gesundheitswesen inklusive vereinbarter Konsolidierungsmaßnahmen aller Bereiche. Für die Verteilung der Finanzmittel gilt das Prinzip: „Erst ein an gemeinsam formulierten Gesundheitszielen orientierter Bedarf löst Zahlungsströme aus.“

## 4. Der/die selbstbestimmte eigenverantwortliche Versicherte

Vom Lippenbekenntnis zum Lebensprinzip

Ein modernes Gesundheitssystem setzt auf die aktive Mitwirkung der Versicherten. Der Mensch ist eigenverantwortlicher Gestalter seiner persönlichen Lebenswelt. Voraussetzung dafür ist allerdings das notwendige Wissen. Versicherte sollen zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen und Formen der integrierten Versorgung motiviert werden. Dazu sind die notwendigen Instrumente zu schaffen. Die Sozialversicherung fordert die Stärkung der Patientensicherheit und des Konsumentenschutzes.

In Zukunft muss das Sachleistungsprinzip auch im Falle eines vertragslosen Zustandes gesichert sein. Weiters sollen die Kompetenzen der Patienten-anwaltschaft gesetzlich um den niedergelassenen Bereich erweitert werden.

Die Sozialversicherung bekennt sich aufgrund ihrer internationalen Vorreiterfunktion (e-card) klar zu den neuen elektronischen Kommunikationsformen und zum umfassenden Einsatz der e-health Technologien.

## 5. Entwicklung strukturierter Programme zur Behandlung chronisch Kranker und multimorbider Patienten

### „Disease Management wirkt!“ – Mehr Lebensqualität für Patienten, weniger Kosten für das System

Chronische Massenerkrankungen (z.B. Diabetes) und PatientInnen mit schweren multiplen Krankheiten bedürfen besonderer strukturierter Betreuungsformen. Der Patient darf nicht aufgrund unterschiedlicher Finanzierungsströme zum Spielball im System werden.

Für die Behandlung von chronischen Erkrankungen haben sich international „Disease Management Programme“ bewährt. Neben dem bestehenden DMP für Diabetes werden für weitere Krankheitsbilder strukturierte Betreuungsprogramme entwickelt. Der Allgemeinmediziner muss im Rahmen von Disease Management Programmen die Funktion eines **verantwortlichen Gesundheitskoordinators** übernehmen. Bis Ende 2015 sollen mindestens zwei Drittel der medikamentös versorgten Diabetiker im neuen Disease Management Programm eingeschrieben sein.

PatientInnen, die unter mehreren chronischen Krankheiten leiden, sind durch individuelles Krankheitsmanagement (Case-Management) zu unterstützen. Die zur Betreuung installierten Case-Manager müssen besonders auch für ein geregeltes Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM) an den Nahtstellen sorgen.

## 6. Neue Versorgungsstrukturen

### Krankheit kennt keine Öffnungszeiten

Integrierte Versorgung bedarf eines neuen ganzheitlichen Zugangs. Dieser ist an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren, zwischen allen Leistungserbringern abzustimmen und an die Patienten zu kommunizieren. Organisatorische Integration von Leistungsanbietern oder ganzer Versorgungsregionen (Modellregionen) fördern eine patientenorientierte ganzheitliche Betreuung.

Die neuen Ärzte GmbHs, Kassenambulatorien, Spitalsambulanzen und medizinische Institute müssen künftig umfassend abgestimmte Gesundheitsdienstleistungen anbieten und ihre Öffnungszeiten an die Bedürfnisse der Patienten anpassen.

Neue Strukturen bedeuten auch neue Berufsbilder und brauchen eine verbesserte Ausbildung in allen Gesundheitsberufen.

## 7. Qualität messbar machen

### „Wettbewerb der Besten um Qualität“

Die Sozialversicherung wird einen Wettbewerb der Gesundheitsdienstleister um Qualität initiieren. Es braucht sektorenübergreifende Parameter für Prozess, Struktur und Ergebnisqualität. Entscheidende Kriterien für Qualität sind **Objektivität und Transparenz**. Die Erhebung und Messung muss durch ein unabhängiges Qualitätsinstitut erfolgen.

Unverzichtbare Beiträge dazu sind unter anderem das standardisierte verpflichtende Risikomanagement (Checklisten) zum Beispiel für operative Eingriffe, das elektronische Rezept und die e-Medikation zur Reduktion von Medikationsfehlern. In diesem Sinne sollte auch die Ärzteausbildung sowie die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen reformiert werden. Der Patient soll auf einen Blick erkennen, welche Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen absolviert wurden.

## 8. Restrukturierung der Spitäler

### Vom traditionellen Spital zum regionalen Gesundheitszentrum

Im Jahr 2008 standen 52.200 Betten im Rahmen der akut-stationären Versorgung zur Verfügung. Mit einer Akutbettendichte von 6,4 Akutbetten pro 1.000 Einwohner liegt Österreich über dem EU-Durchschnitt von 3,6. Österreich hat jährlich 28 Spitalsaufenthalte pro 100 Einwohner und Jahr, im Durchschnitt der EU sind es 17 Aufenthalte. Verschiedenste Parameter zeigen einen hohen Konsolidierungsbedarf im österreichischen Spitalswesen. Standortschließungen stehen allerdings für die Sozialversicherung nicht zur Diskussion. Notwendig ist die bedarfsgerechte, länderübergreifend zu planende Umwandlung und Weiterentwicklung der Standorte in modern organisierte Gesundheitszentren wie Tages- oder Wochenkliniken, sowie eine Umstrukturierung von Spitalsambulanzen in Aufnahme- und Erstversorgungszentren oder Spezialambulanzen. Überkapazitäten im Bereich der Akutbetten sind bedarfsorientiert in Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen umzuwandeln.

Zwischen Bund und Ländern sind – ähnlich wie mit der Sozialversicherung – Zielvereinbarungen über einen definierten Konsolidierungspfad zu vereinbaren.

## 9. Finanzierung: Der Bedarf zählt, nicht das Defizit

### Weg von einer einrichtungsorientierten Abgangsfinanzierung zur bedarfsgerechten Mittelverwendung

Ein öffentliches Gesundheitswesen muss langfristig nachhaltig finanziell abgesichert sein. Die heute Versicherten müssen darauf vertrauen, dass sie auch morgen noch durch das System versorgt werden. Zu einem späteren Zeitpunkt ist es ihnen nicht möglich private Vorsorgen zu treffen. Nachhaltigkeit verlangt das Bekenntnis der Verantwortungsträger zu einer Sicherung des Leistungsniveaus und zu einer ausgeglichenen Gebarung.

Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass im Zeitraum 1999 bis 2009 die Aufwendungen in der Krankenversicherung jährlich im Schnitt um +3,8 % und die der Landesfondspitäler um +4,4 % gestiegen sind. Das BIP entwickelte sich im selben Zeitraum nur um +3,3 %. Will man den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt künftig annähernd konstant halten, ist es dringend notwendig, sich auf einen Konsolidierungskurs zu verständigen.

Wenn die Entwicklung der Spitalskosten auch im Zeitraum 2011 bis 2020 jährlich wie in den letzten 10 Jahren über dem BIP liegen, ergeben sich im Vergleich zu einer parallelen Entwicklung zum BIP (IHS- Modellrechnung) **Mehraufwendungen** von jedenfalls **5,7 Milliarden** Euro.

#### **Es wird ein Konsolidierungskurs im Spitalswesen analog zur Krankenversicherung gefordert:**

- Vereinbarung eines mittelfristigen Kostenentwicklungspfades im Rahmen des nächsten Finanzausgleiches bis 2020 orientiert an der Entwicklung des BIP.
- Gemeinsames begleitendes Controlling dieses Konsolidierungspfades.

Die Mittel für die Umsetzung der Reformschritte (Ausbau integrierte Versorgungsmodelle, eine Qualitäts-offensive sowie für Gesundheitsförderung und Prävention) sind aus dem zu hebenden Konsolidierungsbedarf zu finanzieren.

Unabhängig von der Neuordnung der Finanzierung wird sich das System insgesamt nur dann steuern lassen, wenn die vieldiskutierte Staatsreform auch das Gesundheitswesen inkludiert.

Eine grundlegende Reform braucht zwingend eine Verfassungsänderung mit eindeutiger, dauerhafter Klärung der Kompetenzen. Die Mittelflüsse müssen einfacher und transparenter werden. Alle Mittel zur Spitalsfinanzierung sind zu bündeln und nach einheitlich festgelegten Parametern zu verteilen. Ein öffentliches Berichtswesen und eine verstärkte Rechenschaftspflicht sichern Transparenz und unterstützen eine zielkonforme Entwicklung des Systems.

## **Der erste Schritt zum neuen Gesundheitssystem**

### **Erste nationale Gesundheitskonferenz**

Die österreichische Sozialversicherung ist sich dessen bewusst, dass sie nicht im Alleingang die notwendigen Reformschritte bestimmen und umsetzen kann. Notwendig ist daher der Eintritt aller in einen Gesundheitsreformdialog für Österreich. Zum Startschuss lädt die Sozialversicherung zur ersten **nationalen Gesundheitskonferenz** Anfang 2011. Bund, Länder und Sozialversicherung sollen dabei die wesentlichen Eckpfeiler einer künftigen Gesundheitsreform erarbeiten und einen verbindlichen Zeitplan mit Meilensteinen zur Umsetzung vereinbaren. Der Hauptverband als sozialpartnerschaftliche Interessenvertretung aller Versicherten bietet sich als Einlader und Koordinator dieser Gesundheitsreform an. Bis Herbst 2011 sollen die Reformschritte inklusive eines zehnjährigen Konsolidierungsplans erarbeitet und in einer weiteren Gesundheitsreform beschlossen werden. Die Zeit bis 2013 muss genutzt werden, um die gemeinsam vereinbarten Reformschritte in den nächsten Finanzausgleich einfließen zu lassen. Bis dahin sind die notwendigen Datengrundlagen zu schaffen und nationale Gesundheitsziele zu entwickeln. Ab 2014 (dem Inkrafttreten des neuen Finanzausgleichs) ist ein Umsetzungsplan mit allen Systempartnern mit den zur Zielerreichung zu setzenden Maßnahmen zu vereinbaren.