

Nationaler Österreichischer Gesundheitsplan

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
Umsetzung	2
I. Ziele (auf Basis der Expertenmeinungen in den Arbeitsgruppen)	3
II. Patienten und Betroffenenorientierung: Gesundheit geht alle an!.....	6
III. Flächendeckende Umsetzung	8
IV. Qualität.....	13
V. Finanzierung	17

Einleitung

Es ist allgemein bekannt und braucht nicht näher erklärt bzw. betont zu werden, dass Österreich im internationalen Konzert anerkannt eine qualitativ hochwertige effektive, für alle Österreicherinnen und Österreicher, aber auch für sich in unserem Bundesgebiet aufhaltenden Ausländer frei zugängliche und gleichwertige wie auch finanzierbare Gesundheitsversorgung verfügt. Diese hat sich allerdings an die ständig wachsenden Anforderungen anzupassen. Es ist daher unsere besondere Aufgabe, sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene wissenschaftlich erhärtete Fakten zu gesundheitlichen Problemen aufzugreifen und so zu verarbeiten, dass sie helfen können, eine Politik zu führen, die der Gesundheit unserer Bevölkerung nützt. In diesem Zusammenhang tritt der Finanzierungsaspekt, der fälschlicherweise immer in den Vordergrund geschoben wird, vorerst in den Hintergrund. Es gilt demnach in erster Linie, die Ziele eines solchen Gesundheitsplanes zu definieren, die Möglichkeiten des Realisierungshorizontes (Erfolgsqualität) mit seriös wissenschaftlich untermauerten Daten zu skizzieren und schließlich die flächendeckende Umsetzung zu planen. Erst wenn dies geschehen ist, ist es möglich, die finanzielle Umsetzung gegebenenfalls mit Prioritätensetzung festzulegen.

Als Voraussetzung zum Nationalen österreichischen Gesundheitsplan ist es uns in nur 2 Jahren gelungen, das österreichische Gesundheitssystem zu modernisieren, zu reformieren und an die Bedürfnisse der Menschen des 21. Jahrhunderts anzupassen. Unterstrichen wird diese Feststellung durch die Sicherstellung der mittelfristigen Finanzierung im öffentlichen Sektor, welche durch zielgerichtete Steuerungsmaßnahmen in eine kurz- bis mittelfristige Zukunft dirigiert wurde. Auch die flächendeckende Versorgung ist einerseits durch einen hohen Standard in der Spitzenmedizin im intramuralen Bereich als auch andererseits durch eine breit angelegte medizinische Grundversorgung grundsätzlich gelungen, während in ländlichen Bereichen derzeit regionenweise diese letztere noch suboptimal entwickelt ist.

Der Österreichische Gesundheitsplan stellt ein Novum in der österreichischen Gesundheitsgeschichte dar und ist auch eine der ersten seiner Art im heutigen Europa, wobei hier der bestehende Nachholbedarf vor allem innerhalb der EU bereits jetzt und in den kommenden Jahren sehr rasch erfüllt werden wird, zumal seitens der Union hier klare Vorgaben beschlossen wurden.

Eine entscheidende Maßnahme in Österreich hiezu war die Einführung der Österreichischen Gesundheitskonferenz mit ihren Expertenarbeitskreisen, die zum Nationalen Österreichischen Gesundheitsplan geführt haben, welcher die Weichenstellung für gesundheitspolitische Maßnahmen der nächsten 5 bis 10 Jahre darstellt. Ein längerer Planungshorizont ist in der realen Umsetzung nicht zweckmäßig, bedarf natürlich aber einer darüber hinaus gehenden programmatischen Vision, zu der uns auch die demoskopischen Entwicklungen und Prognosen motivieren und zwingen.

Die Entwicklung zu einem solchen Plan werden einerseits durch nationale aber auch durch internationale Gegebenheiten wesentlich beeinflusst (z.B. grenzüberschreitende Gesundheitsprobleme, wie rasante Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen in Mittel- und Osteuropa, überbordende Drogenprobleme mit den damit verbundenen Ausbreitungen der übertragbaren Krankheiten, wie HIV, AIDS, Hepatitis in allen ihren Formen und dergleichen). Andererseits werden sie auf nationaler Ebene dadurch begünstigt, als Österreich über das eingangs erwähnte, aufgrund einer kontinuierlichen Entwicklung bestehende gute Gesundheitssystem zurückgreifen kann, welches allerdings in den Jahren vor der jetzigen Regierung durch Reformunwilligkeit in seiner Entwicklung eingerostet bzw. stagnierend war. Eine Ursache für die günstigen Voraussetzungen aufgrund unseres bestehenden Gesundheitssystems liegt vor allem darin, als der Solidaritätsgedanke in Österreich noch weit größer erhalten ist, als dies in anderen Ländern der Fall war. Dies soll nur am Beispiel der Erhebung hinsichtlich der Bereitschaft freiwilliger Leistungen für das Wohl der Gemeinschaft zu erbringen, in welcher Form auch immer, die in Österreich noch bei 2/3 gelegen ist, während sie z.B. im ebenfalls sozial entwickelten Skandinavien nur mehr bei 36 % und im Nachbarland Deutschland gar nur mehr bei 18 % der Bevölkerung zu finden ist. Dazu kommt, dass Österreich gemeinsam mit Dänemark innerhalb der europäischen Länder die geringsten Unterschiede im Einkommen der Bevölkerung aufweist, während z.B. Großbritannien und Portugal hier größten Unterschiede zeigen.

Umsetzung

Zur Entwicklung eines Nationalen Gesundheitsplanes ist es aber auch notwendig, dass man sich nicht abhebt von der Entwicklung in den Nachbarstaaten bzw. der Europäischen Gemeinschaft und im weiteren Sinn der Europäischen Völkergemeinschaft. D.h., es ist zweckmäßig, sich die Erkenntnisse der allgemeinen Gesundheitsentwicklung, wie sie im Rahmen von eher EU-Projekten, aber vor allem der WHO als erwiesen zu betrachten sind, zu Nutze zu machen und sie dem nationalen Gegebenheiten anzupassen. Das beginnt bei der Ermittlung der

häufigsten Krankheiten und geht zur Aktions- und Präventionsplanung für die häufigsten gesellschaftlichen Probleme, die die Gesundheit direkt oder indirekt tangieren. Das Ziel einer solchen Planung sollte es somit sein, für einen gewissen Zeitraum, z.B. anhand der 10 häufigsten Krankheiten sich zum Ziel zu setzen, durch geeignete Maßnahmen den Prozentsatz der Erkrankungshäufigkeit und Mortalität an diesen Erkrankungen, die ja in überwiegender Weise den Wohlstandserkrankungen zuzurechnen sind, innerhalb eines bestimmten Zeitraumes mit Planungshorizont von 5 bis maximal 10 Jahren zu reduzieren. Die Zielformulierung hat realistisch zu erfolgen und soll weder einem unerreichbaren Ideal entsprechen, wo man zwangsläufig kapitulieren muss, noch ein zu niedriges gesetztes Ziel darstellen, welches nach kurzer Zeit bereits wieder zwangsläufig in die Untätigkeit führt. Sie können hier anhand des Beispiels der 10 häufigsten Erkrankungsformen in den europäischen WHO-Ländern (gerade dieser Raum ist für unsere Gesundheitsplanung in erster Linie maßgebend) und den tatsächlichen in Österreich gegenüberstellen, wobei sie sehen, dass hier ein hoher Übereinstimmungsgrad vorliegt.

I. Ziele (auf Basis der Expertenmeinungen in den Arbeitsgruppen)

Ausgehend von diesen an sich guten Voraussetzungen ergeben sich folgende Zielsetzungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Österreich:

1. Mehr Menschen sollen gesund und beschwerdefrei älter werden

Die Lebenserwartung der Österreicherinnen und Österreicher hat sich in den letzten Jahren deutlich gebessert. So liegen wir bei den sogenannten „gesunden Jahren“ (HALE-Index), aber auch bei den sogenannten „verlorenen Jahren“ im oberen europäischen Drittel. Anhand von Prognosen zeigt sich, dass sich für die Gesundheitsversorgung insbesondere auch im Hinblick auf die Zunahme der immer älter werdenden Bevölkerung neue Anforderungen ergeben.

2. Patienten- bzw. Betroffenenorientierung in der Gesundheitsversorgung

Im Zentrum aller gesundheitspolitischen Bemühungen zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitsplans stehen die Patientinnen und Patienten als **Betroffene** wie auch ihr persönliches sowie soziales Umfeld. **Gesundheit betrifft** alle Bürgerinnen und Bürger direkt.

Das **Recht auf Gesundheit** sowie auf optimale medizinische Versorgung muss daher unabhängig vom Einkommen der Bürgerinnen und Bürger auch weiterhin garantiert sein. Ebenso ist von einer neuen zeitgemäßen „Arbeitsteilung“ in der Gesundheitsversorgung auszugehen, die die Bürger in ihrer Patientenverantwortung einbindet. Grundsätzlich haben folgende Schwerpunkte Priorität: „**Vorsorge vor Behandlung**“, „**ambulant vor stationär**“ und „**Rehabilitation vor Pflege**“. Zusätzlich soll aber auch der Bereich der Selbstmedikation ausgebaut werden. Die Gesundheitspolitik und ihre Institutionen hat bei der künftigen Entwicklung des Gesundheitswesens den Bürgerinnen und Bürgern eine aktive Rolle einzuräumen. Gefühle, Gedanken, Empfindungen und Wünsche der Menschen im Zusammenhang

mit ihrer Gesundheit müssen daher im Rahmen der Gesundheitsplanung eine stärkere Berücksichtigung finden.

- **Stärkung der Selbstverantwortung von PatientInnen für ihre Gesundheit**

Laut WHO ist Gesundheitsförderung „der Prozess, Personen zu befähigen, stärkere Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und damit ihre Gesundheit zu verbessern.“ (WHO 1986) Auch die positive gesundheitliche Wirkung dieses Ansatzes in der Krankenbehandlung (z.B. Reduktion von Komplikationen, Verkürzung von Verweildauern) durch eine aktive Einbeziehung von PatientInnen in ihren Behandlungsprozess in diesem Sinne ist in einer Vielzahl von Studien belegt.

3. Die Gleichstellung der Prävention und Gesundheitsförderung mit der Kurativmedizin

Wesentlichen Stellenwert in der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems wird die **Prävention und Gesundheitsförderung** einnehmen, die mit der Kurativmedizin auf ein und die selbe Bedeutungsebene zu setzen ist. Viele Erkrankungen und Befindlichkeiten stehen mit dem Lebensstil der Menschen in unmittelbarem Zusammenhang. Zu den bereits initiierten Lebensstilkampagnen wird die Errichtung von entsprechenden Nachhaltigkeitsstrukturen zur Verbesserung der Gesundheitseinstellungen der Bürgerinnen und Bürger angestrebt.

- **Intersektorale Kooperationen auch mit anderen Politikbereichen zur Unterstützung von Prävention und Gesundheitsförderung**

Gesundheit wird wesentlich durch die jeweiligen Lebensumstände der Menschen beeinflusst (vgl. WHO 1999). Zur Prävention und Gesundheitsförderung fordert der World Health Report der WHO 2002 konzertierte Aktionen zur Bekämpfung der Hauptrisiken für Gesundheit. Der Report sieht darin die größte Chance, innerhalb der nächsten 10 Jahre umfassende Gesundheitsverbesserungen zu erreichen. Dazu kann die Kooperation mit anderen Politikbereichen (z.B. Bildungspolitik, Verkehrspolitik, Wirtschaftspolitik) als Strategie für den ÖNGP empfohlen werden.

- **Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auch im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung**

Bereits auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fordert in der Ottawa-Charta von 1986 die Neuorientierung der Gesundheitsdienste in Richtung Gesundheitsförderung. Dies kann auf gesundheitspolitischer Ebene durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- **Verstärkte Berücksichtigung von Gesundheitsförderung und Prävention in gesetzlich-vertraglichen Rahmenbedingungen und in nationalen / regionalen Infrastrukturen:**

- Verstärkte Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe der Krankenanstalten in einschlägigen Gesetzen, Verträgen,

- Erlassen und Leitlinien (zum Beispiel Gesetze über Kranken- und Kuranstalten, im Rahmen des 15a-Vereinbarungen);
 - Verstärkte Berücksichtigung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Regelungen zur Leistungsfinanzierung für Krankenbehandlungsleistungen (zum Beispiel im Rahmen des LKF; Honorierung niedergelassener ÄrztInnen);
 - Verstärkte Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in Nationalen Gesundheitsplänen (Beispiele: Dänemark, Schweden, Großbritannien) und in regionalen / lokalen Gesundheitsplänen (wie z.B. dem Gesundheitsförderungsprogramm der Stadt Wien);
 - Verstärkte Förderung und Unterstützung von Öffentlichkeitsarbeit, Agenda-Setting und von ExpertInnen-Netzwerken (z.B. im Rahmen des Fonds Gesundes Österreich, im Rahmen von nationalen und regionalen Gesundheitsförderungs-Netzwerken wie dem Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, dem Österreichischen Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“, dem Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung und dem Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“);
 - Weiterentwicklung von nationalen Infrastrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention, z.B. Clearing-Stelle, Nationales Zentrum (wie z.B. das holländische Zentrum für Gesundheitsförderung und Prävention).
 - Verstärkte Entwicklung und Förderung von Gesundheits-(förderungs)-Berichterstattung als Basis für weiterführende Strategie- und Schwerpunktentwicklung
- **Verstärkte Integration in Aus-, Fort- und Weiterbildung:**
 - Verstärkte Adaption der gesetzlich geregelten Rahmenbedingungen für Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe (wie etwa für die Pflegeberufe in Österreich bereits erfolgt);
 - Verstärkte Entwicklung von Modulen und Materialien für Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe
- **Verstärkte Förderung von Entwicklung und Forschung**
 - Unterstützung der Entwicklung von Indikatoren und Mess-Systemen zur Qualität von Gesundheitsförderungs-Initiativen
 - Unterstützung der Entwicklung von neuem Wissen und neuen Technologien z.B.
 - durch Anregen und Beauftragen systematischer Reviews zu Gesundheitsförderung und Prävention im Krankenhaus und Erstellung von praxisorientierten Zusammenfassungen (z.B. Leitlinien) auf dieser Grundlage;
 - durch Unterstützung des Praxistransfers durch Förderung / Beauftragung von Modellprojekten (z.B. „Koproduktion durch Empowerment“ im Rahmen des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser).
 - durch Anregen und Beauftragen von Grundlagenforschung in ausgewählten Bereichen (orientiert an Bedarf und Ressourcen).

4. Langfristige Sicherung der Finanzierung künftiger medizinischer Leistungen

Die hochwertige österreichische Gesundheitsversorgung, der ständig voranschreitende medizinische Fortschritt und die Notwendigkeit neuer Leistungen für Patientinnen und Patienten erfordert eine langfristige Sicherung der Finanzierung. Die Sicherung der Finanzen muss in erster Linie in der Optimierung der vorhandenen Ressourcen, in der Entwirrung querlaufender Finanzströme sowie in der Lokalisierung von Effizienzsteigerungspotentialen erfolgen.

5. Medizin muss den direkten Weg zum Patienten finden

Zur technologischen Spitzenmedizin, die in Österreichs Krankenanstalten einen weltweit anerkannten hochwertigen Standard besitzt, muss auch eine wohnortnahe, serviceorientierte Medizin im niedergelassenen Bereich (z. B. Gruppenpraxen, Kooperationen mehrerer Ärzte und Hauskrankenbehandlung) vermehrt ausgebaut werden. Damit einher hat auch eine stärkere Einbindung der Selbsthilfe als logische Versorgungserweiterung zum Krankenanstalten- und niedergelassenen ärztlichen Bereich zu erfolgen. Die Medizin hat die Aufgabe zeitgerecht den direkten Weg zum Patienten zu finden. Die medizinische Planung muss sich daher am tatsächlichen Bedarf orientieren. Ebenso ist anhand der Bedarfsorientierung die Effizienz in der Versorgung der Patienten zu steigern. Bestehende organisatorische Barrieren, die eine zeitgerechte und bedarfsorientierte Diagnose oder Behandlung behindern sind zu entfernen. Zur Optimierung sowie Effizienzsteigerung der verschiedenen medizinischen Versorgungsbereiche sind weitgehende Kooperationen zu schließen. Dies bedarf einer koordinierten Vernetzung der Krankenanstalten untereinander wie auch zusätzlich die zumindest elektronische Vernetzung mit dem niedergelassenen ärztlichen Bereich.

6. Verminderung der „Volkskrankheiten“ und Qualitätssicherung

Im letzten Dezennium ist bedauerlicherweise eine Stagnation in der **zeitgemäßen Anpassung** unseres Gesundheitssystems an „**neue**“ **Anforderungen** eingetreten. In diesem Sinne sind vor allem, die bisher noch ungelösten „Gesundheitsprobleme“ in Angriff zu nehmen. Diese Gesundheitsprobleme zeigen sich einerseits im Rahmen der Qualitätskontrolle (so werden z. B. nur 15 % aller Rheumaerkrankten beim ersten Arztkontakt richtig behandelt) und sind strukturell im Rahmen der Bedarfsplanung einer Lösung zuzuführen. Andererseits bestehen permanente Gesundheitsprobleme – sogenannten Volkskrankheiten – die es im Rahmen effizienter Maßnahmen in einem entsprechenden Zeitraum zu reduzieren gilt.

II. Patienten und Betroffenenorientierung: Gesundheit geht alle an!

Gerade wegen der politischen Allgemeinplätze und medienwirksamen Krankheits-Hitlisten zum Thema Gesundheit muss man festhalten, dass Gesundheit überwiegend erst dann zum Thema wird, wenn es einen selber betrifft.

Die Darstellung der Lebenserwartung (EU, 1998: Frau- 80,8; Mann- 74,5) wird heute durch neue Indikatoren wie die Beurteilung der behinderungsfreien Lebenserwartung (Anteil an der Lebensdauer, welcher in Gesundheit verbracht wird: EU, 1994: Frau 62; Mann- 60), active life expectancy und die healthy- life expectancy ergänzt. Die demographische Entwicklung darf in diesem Kontext auch nicht übersehen werden, knapp 40% der Bevölkerung (3.2 Mio Personen) sind über 45 Jahre alt, 7% (0,58 Mio) über 75 Jahre, (4), und dies wird sich weiter nach oben verschieben,

Der Weg zur individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit/ Krankheit und die Umsetzung von Vorbeugung und gesundem Lebensstil ist noch weit, und nicht nur durch sozioökonomische Einflüsse, sondern auch eine unterschiedliche Ausprägung des Gesundheitsbewusstseins, des Gesundheitsverhaltens selbst, und durch das Lebensalter geprägt.

Der „Gender aspect“ (1) setzt sich im Gesundheitswesen immer deutlicher durch, und muss noch stärker Betonung finden, besonders vor dem Hintergrund, dass Inzidenzen und Schwere von Erkrankungen geschlechtsspezifische Unterschiede vorweisen.

Die Patienten- bzw. Betroffenenorientierung muss daher auch weiterhin parallel auf zwei Ebenen geschehen:

- der objektiven, wissenschaftlich mess- und belegbaren, zur Hebung der Volksgesundheit insgesamt, und
- auf der Ebene der Selbsteinschätzung des Befindens durch den Einzelnen,

wo eine verstärkte Beachtung der eigenen Beurteilung der Lebensqualität verstärkt Berücksichtigung finden muss.

Während man auf der einen Seite anhand der Mortalitätsstatistiken weiß, dass 70% aller Todesfälle auf Herz- Kreislauferkrankungen und Krebs zurückzuführen sind, bzw. die Hauptdiagnosegruppen an den österreichischen Krankenanstalten, abgesehen von den bereits genannten Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sind, gefolgt von Skelett- und Muskelerkrankungen, Krankheiten der Verdauungsorgane, etc., so ist es hier möglich, den Erfolg von zielgerichteten Maßnahmen zu messen, bzw. anhand der Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken abzulesen.

Die SERMO- Studie dazu sagt uns, dass 4% der Frauen über 45 Jahre und 12% der Frauen über 60 ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einstufen, 40% der jüngeren Frauen und 55 % der über 60-jährigen mindestens einmal im Jahr krank sind. Die häufigsten Krankheiten dabei sind Erkältungskrankheiten, Fieber, Blutdruckbeschwerden und Gelenkerkrankungen, die häufigsten chronischen Krankheiten sind Bluthochdruck und rheumatische Beschwerden, 20% beider Altersgruppen leiden an Gefäßerkrankungen der Beine; bei den Beschwerden werden vor allem Kopfschmerzen und Wetterempfindlichkeit, Schlafstörungen, sowie Rückenschmerzen angegeben. 40,1% der jüngeren und 60% der älteren Frauen nehmen regelmäßig Medikamente (Kopfschmerz, Blutdrucksenker, Rheuma und Nervosität, bzw. Hypertonie, Rheuma, Kopfschmerz, Schlafstörungen).

Bei Männern überwiegen in der Altersgruppe 45- 59 Jahre Wirbelsäulenerkrankungen (9%) und fieberhafte Zustände, während in der Gruppe

der über 60-Jährigen Bluthochdruck (19%) und Gelenkserkrankungen (19,5%) genannt werden. 2,5% der unter 60-jährigen und 6% der über 60-jährigen geben Herzkrankheiten an; 5% dieser Altersgruppe auch Diabetes. Bei den Beschwerden werden Rücken- und Kreuzschmerzen, Schlafstörungen und Gelenksschmerzen angegeben.

Dieses Wissen um die „self reported morbidity“, also das subjektive Krankheitsgefühl der Bevölkerung, muss Ausgangspunkt präventivmedizinischer, lebensstil-assoziierter Maßnahmen einer verantwortungsvollen patienten- oder betroffenenorientierten Gesundheitspolitik sein, wobei Strategien für risiko- und alterskonforme Maßnahmen zu entwickeln, umzusetzen und mittels geeigneter Erhebungsinstrumente (z.B. „Gesundheitsmonitor“) zu evaluieren sein werden.

- **Entwicklung der Lebenswelten der Menschen**

Es ist sinnvoll, verstärkt in die Entwicklung von Lebenswelten (Settings) von Menschen zu investieren, da die Gegebenheiten und Werte, von denen Menschen umgeben sind, ihr Gesundheitsbewusstsein und –verhalten im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung entscheidend beeinflussen. Dieser Ansatz wird auch vom World Health Report 2002 der WHO unterstützt. Darin heißt es, dass in Zukunft neben der Behandlung von Erkrankungen viel mehr Anstrengungen nötig sein werden, um die tatsächlichen Ursachen von Krankheiten in den Umwelten der Menschen zu bekämpfen. In Österreich empfiehlt sich dafür die verstärkte Unterstützung und Nutzung von bestehenden Infrastrukturen und Netzwerken der Gesundheitsförderung:

- Fonds Gesundes Österreich
- Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
- Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen
- Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
- Netzwerk Gesunder Städte Österreichs

III. Flächendeckende Umsetzung

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitskonferenz im Mai dieses Jahres wurde der offizielle Startschuss zur Entwicklung des nationalen österreichischen Gesundheitsplanes gegeben. Für die zehn „häufigsten Erkrankungen“, die bei österreichischen Patientinnen und Patienten auftreten, werden Strategien ausgearbeitet und evaluiert, diese gezielt zu bekämpfen.

Der österreichische Gesundheitsplan fokussiert sich auf folgende Erkrankungen:

- Diabetes
- Rheuma
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Herzkrankheiten
- Brustkrebs

- Prostata
- Lunge
- Zahngesundheit, Karies
- Psychische Gesundheit
- Hepatitis

Die Auswahl dieser Diagnosen erfolgte zum Teil auf Basis der Auswertungen der Daten der Krankenanstalten, die gemäß LKF unter Verwendung des ICD 10 dokumentieren, zum geringeren Teil auf Grund von gesundheitspolitischen Überlegungen. Diese betreffen die Themen Zahngesundheit, Karies, die natürlich im LKF nicht dokumentiert sind, da im Zusammenhang mit Karies keine Aufnahmen in Krankenanstalten erfolgen, aber auch Rheuma, das in seiner reinen medizinisch diagnostizierten Form im LKF nicht unter den Spitzenrängen ist, das aber als „Volksseuche“ bezeichnet werden kann, und Hepatitis.

Ziel der Arbeit der Experten wird es sein, zu diesen Erkrankungen kurz und mittelfristig wirksame Strategien zu entwickeln, die durch entsprechende Maßnahmen sicherstellen, dass sowohl die Anzahl der Neuerkrankungen reduziert werden kann als auch die Behandlung des Einzelnen verbessert.

Hinsichtlich der verfügbaren und behandelnden Einrichtungen soll die so genannte Strukturpolitik ausgelotet werden, das heißt, organisatorische Rahmenbedingungen, personelle Ausstattung, materielle und finanzielle Möglichkeiten etc. Unter dem Überbegriff „Prozessqualität“ sollen unter anderem die typischen bzw. in Österreich häufigsten Behandlungsroutinen dokumentiert werden.

Ein wichtiger Punkt ist die so genannte „Ergebnisqualität“, das heißt, wie wird von professioneller Seite der Outcome eingeschätzt. Genauso wichtig, wenn nicht – auf den einzelnen Patienten bezogen – sogar am wichtigsten: Wie ist die subjektive Zufriedenheit der PatientInnen mit den erbrachten Leistungen, wie wird die gewonnene Lebensqualität eingeschätzt, waren Behandlungen nachhaltig erfolgreich?

Basisdaten zu den 10 ausgewählten Diagnosen 1992-2000

Aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) des BMSG, aus der Statistik der meldepflichtigen Infektionserkrankungen des BMSG und aus der Todesursachenstatistik von Statistik Austria lassen sich für den Zeitraum 1992-2000 entsprechende Eckzahlen für die 10 ausgewählten Diagnosen ermitteln. Bei den Auswertungen aus der DLD handelt es sich um Orientierungswerte zur stationären Morbidität.

Die Angegebenen Zielsetzungen orientieren sich zum einen an Maßgaben der WHO (EUROPA) und zum anderen an als umsetzbar genannten Zielsetzungen nationaler medizinischer Fachgesellschaften.

- **Herz-/Kreislaufkrankungen**, inkl. cerebrovaskuläre Erkrankungen (ICD9 390.x-459.x)

Stationäre Fälle pro Jahr nach Hauptdiagnose: Männer rund 164.000; Frauen rund 164.000

Stationäre Fälle pro Jahr nach Haupt- **oder** Nebendiagnose: Männer rund 320.000; Frauen rund 370.000

Stationäre Prävalenz nach Hauptdiagnose (stationäre Fälle pro 100 Einwohner): Männer 4,2; Frauen 4,0

Stationäre Prävalenz nach Haupt- **oder** Nebendiagnose (stationäre Fälle pro 100 Einw.): Männer 8,2; Frauen 8,9

Todesfälle pro Jahr: Männer rund 17.000; Frauen rund 25.000

Sterblichkeit (Todesfälle pro 100 Einwohner - rohe Rate, nicht altersstandardisiert): Männer 0,44; Frauen 0,60

Die Mortalität von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre sollte im Durchschnitt – analog zum WHO-Europaschnitt - um mindestens 40 % zurück gehen.

Der Anteil der Nichtraucher sollte mindestens 80 % in der Altersgruppe über 15 Jahre und in der Altersgruppe unter 15 Jahren nahezu 100 % betragen.

Der Pro-Kopf-Alkoholkonsum sollte nicht zunehmen bzw. 6 Liter pro Jahr nicht übersteigen und er sollte in der Altersgruppe unter 15 Jahre nahezu Null betragen.

Bei Patienten mit Cholesterinwerten < 250mg/dl soll von dzt 25% auf 20% abgesenkt werden.

Der Anteil der Hypertoniker soll von dzt. 25% auf 20% reduziert werden.

- **Diabetes (ICD9 250.x)**

Stationäre Fälle pro Jahr nach Hauptdiagnose: Männer rund 23.000; Frauen rund 25.000

Stationäre Fälle pro Jahr nach Haupt- **oder** Nebendiagnose: Männer rund 90.000; Frauen rund 100.000

Stationäre Prävalenz nach Hauptdiagnose (stationäre Fälle pro 100 Einwohner): Männer 0,6; Frauen 0,6

Stationäre Prävalenz nach Haupt- **oder** Nebendiagnose (stationäre Fälle pro 100 Einw.): Männer 2,3; Frauen 2,4

Todesfälle pro Jahr (exkl. an Folgekrankheiten des Diabetes Verstorbene!): Männer rund 530; Frauen rund 900

Sterblichkeit (Todesfälle pro 100 Einwohner - rohe Rate, nicht altersstandardisiert): Männer 0,01; Frauen 0,02

Die Häufigkeit von Diabetesfolgen, wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere ernste Gesundheitsstörungen sollte um ein Drittel reduziert werden.

- **Rheumatische Erkrankungen (ICD9 714.x, 725.x, 729.x)**

Stationäre Fälle pro Jahr nach Hauptdiagnose: Männer rund 3.000; Frauen rund 7.000

Stationäre Fälle pro Jahr nach Haupt- **oder** Nebendiagnose: Männer rund 5.500; Frauen rund 13.000

Stationäre Prävalenz nach Hauptdiagnose (stationäre Fälle pro 100 Einwohner): Männer 0,07; Frauen 0,17

Stationäre Prävalenz nach Haupt- **oder** Nebendiagnose (stat. Fälle pro 100 Einw.):
Männer 0,14; Frauen 0,30

Todesfälle pro Jahr: Männer < 100; Frauen < 100

Sterblichkeit (Todesfälle pro 100 Einwohner - rohe Rate, nicht altersstandardisiert):
Männer < 0,01; Frauen < 0,01

Morbidität, Behinderungen und Todesfälle in Folge von chronischen Atemwegserkrankungen, Muskel-Skelettstörungen und anderen prävalenten chronischen Zuständen sollten nachhaltig und kontinuierlich zurück gehen. Eine Senkung der Mortalitätsrate ist langfristig möglich (10 bis 20 Jahre). Ziel bei der Senkung der Rate der erwerbsunfähigen Rheumaerkrankten kann bis 40% innerhalb von 5 Jahren angenommen werden.

- **Hepatitis, exkl. chronische Form (ICD9 70.x)**

Stationäre Fälle pro Jahr nach Hauptdiagnose: Männer rund 800; Frauen rund 600

Stationäre Fälle pro Jahr nach Haupt- **oder** Nebendiagnose: Männer rund 3.200; Frauen rund 2.500

Stationäre Prävalenz nach Hauptdiagnose (stationäre Fälle pro 100 Einwohner):
Männer 0,02; Frauen 0,02

Stationäre Prävalenz nach Haupt- **oder** Nebendiagnose (stat. Fälle pro 100 Einw.):
Männer 0,08; Frauen 0,06

Todesfälle pro Jahr: Männer < 100; Frauen < 100

Sterblichkeit (Todesfälle pro 100 Einwohner - rohe Rate, nicht altersstandardisiert):
Männer < 0,01; Frauen < 0,01

Inzidenz und Mortalität laut Statistik der meldepflichtigen Infektionserkrankungen des BMSG (alle Typen von Hepatitis): 835 gemeldete Neuerkrankungen pro Jahr im Zeitraum 1990-2000, < 10 Todesfälle pro Jahr.

Bis 2010 oder sogar früher sollte eine Reduzierung der Zahl neuer Hepatitis B-Virussträger um mindestens 80 % durch Einführung der Hepatitis B-Impfung als Standardimpfung für Kinder, erreicht werden.

- **Mental Health - psychiatrische Erkrankungen (ICD9 290.x-319.x)**

Stationäre Fälle pro Jahr nach Hauptdiagnose: Männer rund 58.000; Frauen rund 65.000

Stationäre Fälle pro Jahr nach Haupt- **oder** Nebendiagnose: Männer rund 110.000; Frauen rund 125.000

Stationäre Prävalenz nach Hauptdiagnose (stationäre Fälle pro 100 Einwohner):
Männer 1,50; Frauen 1,55

Stationäre Prävalenz nach Haupt- **oder** Nebendiagnose (stat. Fälle pro 100 Einw.):
Männer 2,80; Frauen 3,00

Todesfälle pro Jahr: Männer rund 300; Frauen rund 90

Sterblichkeit (Todesfälle pro 100 Einwohner - rohe Rate, nicht altersstandardisiert):
Männer 0,01; Frauen <0,01

Die Suizidraten sollen um mindestens ein Drittel zurück gehen.

Es sollte der Konsum illegaler psychotroper Substanzen um mindestens 25 % und die darauf zurück zu führenden Todesfälle um mindestens 25 % zurück gehen.

- **Mamma-Karzinom (ICD9 174.x)**

Stationäre Fälle pro Jahr nach Hauptdiagnose: Frauen rund 35.000

Stationäre Fälle pro Jahr nach Haupt- **oder** Nebendiagnose: Frauen rund 40.000

Stationäre Prävalenz nach Hauptdiagnose (stationäre Fälle pro 100 Einwohner):
Frauen 0,85

Stationäre Prävalenz nach Haupt- **oder** Nebendiagnose (stat. Fälle pro 100 Einw.):
Frauen 1,00

Todesfälle pro Jahr: Frauen rund 1.600

Sterblichkeit (Todesfälle pro 100 Einwohner - rohe Rate, nicht altersstandardisiert):
Frauen 0,04

Durch die Umsetzung in der medizinischen Praxis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse (insbesondere der genetischen Früherkennung) sind eine Senkung der Morbiditäts- und Mortalitätsraten um 5% im Zeitraum von 5 Jahren anzustreben.

- **Prostata-Karzinom (ICD9 185.x)**

Stationäre Fälle pro Jahr nach Hauptdiagnose: Männer rund 11.000

Stationäre Fälle pro Jahr nach Haupt- **oder** Nebendiagnose: Männer rund 18.000

Stationäre Prävalenz nach Hauptdiagnose (stationäre Fälle pro 100 Einwohner):
Männer 0,30

Stationäre Prävalenz nach Haupt- **oder** Nebendiagnose (stat. Fälle pro 100 Einw.):
Männer 0,45

Todesfälle pro Jahr: Männer rund 1.200

Sterblichkeit (Todesfälle pro 100 Einwohner - rohe Rate, nicht altersstandardisiert):
Männer 0,03

Durch verbesserte Diagnostik und rechtzeitig einsetzende Therapie soll eine Reduktion im angestrebten WHO-Europaschnitt erzielt werden.

- **Erkrankungen des Bewegungsapparats (ICD9 710.x-739.x, exkl. 714.x, 725.x, 729.x)**

Stationäre Fälle pro Jahr nach Hauptdiagnose: Männer rund 90.000; Frauen rund 125.000

Stationäre Fälle pro Jahr nach Haupt- **oder** Nebendiagnose: Männer rund 135.000;
Frauen rund 205.000

Stationäre Prävalenz nach Hauptdiagnose (stationäre Fälle pro 100 Einwohner):
Männer 2,3; Frauen 3,0

Stationäre Prävalenz nach Haupt- **oder** Nebendiagnose (stat. Fälle pro 100 Einw.):
Männer 3,5; Frauen 5,0

Todesfälle pro Jahr: Männer < 100; Frauen < 100

Sterblichkeit (Todesfälle pro 100 Einwohner - rohe Rate, nicht altersstandardisiert):
Männer <0,01; Frauen <0,01

Morbidität, Behinderungen und Todesfälle in Folge von chronischen Atemwegserkrankungen, Muskel-Skelettstörungen und anderen prävalenten chronischen Zuständen sollten nachhaltig und kontinuierlich zurück gehen.

- **Lungenerkrankungen, inkl. Lungen-Karzinom (ICD9 460.x-519.x, 162.x)**

Stationäre Fälle pro Jahr nach Hauptdiagnose: Männer rund 110.000; Frauen rund 80.000

Stationäre Fälle pro Jahr nach Haupt- **oder** Nebendiagnose: Männer rund 175.000; Frauen rund 140.000

Stationäre Prävalenz nach Hauptdiagnose (stationäre Fälle pro 100 Einwohner): Männer 2,9; Frauen 2,0

Stationäre Prävalenz nach Haupt- **oder** Nebendiagnose (stat. Fälle pro 100 Einw.): Männer 4,5; Frauen 3,4

Todesfälle pro Jahr: Männer 4.300; Frauen 3.000

Sterblichkeit (Todesfälle pro 100 Einwohner - rohe Rate, nicht altersstandardisiert): Männer 0,11; Frauen 0,07

Hauptaufgabe der Zukunft wird es sein, dass der Anteil der Nichtraucher mindestens 80% in der Altersgruppe über 15 Jahre und in der Altersgruppe unter 15 Jahren nahezu 100 % beträgt.

Morbidität, Behinderungen und Todesfälle in Folge von chronischen Atemwegserkrankungen, Muskel-Skelettstörungen und anderen prävalenten chronischen Zuständen sollten nachhaltig und kontinuierlich zurück gehen.

IV. Qualität

Österreich hat, und das ist international anerkannt, eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Die Experten der OECD bescheinigen unserem Gesundheitssystem eine sehr hohe Qualität, dessen Kosten im Durchschnitt der EU- und OECD Staaten liegen. Umso mehr ist es notwendig, diese hohe Qualität laufend weiterzuentwickeln und zu sichern und eine Kostenexplosion zu verhindern.

Die Formulierung von Zielen und Strategien zur Umsetzung der geforderten Qualitätssicherung sind notwendig, um dem veränderten Qualitätsbewusstsein der Bevölkerung Rechnung tragen zu können. Aber auch die Verknappung der Ressourcen, eine Verstärkung von Wettbewerb und der Konkurrenzdruck erforderten neue Strategien.

So müssen laufend Bemühungen unternommen werden, mit allen Akteuren im Gesundheitswesen Regelungen und Vereinbarungen zur Qualitätssicherung zu treffen. Eine Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern gemäß Art. 15a B-VG zur Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung mit einem Qualitätsschwerpunkt wurde bereits geschaffen und ist seit Beginn 2001 in Kraft. Mit dieser Vereinbarung wurde ein entscheidender Fortschritt für die

flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen erzielt.

Es ist besonders darauf hinweisen, dass dieser Vereinbarung auch akkordierte Prinzipien der Qualitätsarbeit zugrunde liegen. Besonderer Wert muss künftig auf die Orientierung an den Patienten, auf die Transparenz der Leistungserbringung und nicht zu vergessen auf einen qualitativ und quantitativ optimalen Mitteleinsatz gelegt werden.

- **Qualitätssicherung durch Vernetzung**

Die Verzahnung und Vernetzung unterschiedlichster öffentlicher und privater Einrichtungen und Institutionen, die Zusammenarbeit vieler unterschiedlicher Berufsgruppen und die zunehmenden Ansprüche der Bürger und Betroffenen des Gesundheitswesens machen es erforderlich, dass Strategien entwickelt und erarbeitet werden, den gleichen und gerechten Zugang zur Versorgung für alle Bürger nicht nur weiterhin zu gewährleisten sondern auch qualitätsgesichert weiterzuentwickeln.

Eine der zentralen Herausforderungen der Gesundheitspolitik ist es, die optimale Versorgung mit Gesundheitsleistungen flächendeckend und qualitativ hochwertig sicherzustellen. Obwohl in Österreich diesbezüglich ein hohes Niveau vorhanden ist und vielfältige Aktivitäten der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung durchgeführt werden, bedarf die Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen einer kontinuierlichen Weiterentwicklung und muss vor allem österreichweit akkordiert und systematisch betrieben werden.

Die bereits erwähnte Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG sieht vor, dass in der Strukturkommission bundeseinheitliche Grundsätze festzulegen und verbindlich zu vereinbaren sind. In enger Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern soll einvernehmlich eine Offensive zur verbindlichen Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens gestartet werden. In die beabsichtigten Maßnahmen zur systematischen Arbeit an der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sollen die wesentlichen Gesundheitsakteure und wichtige Settings des Gesundheitswesens sowohl extramural als auch intramural einbezogen werden. Auf Basis dieser Vereinbarung wurden und werden Projekte und Aktivitäten zur Erarbeitung von Strukturqualitätskriterien und zur Revision des österreichischen Krankenanstaltenplans und des Großgeräteplans genauso initiiert und durchgeführt, wie Projekte, die auf der Prozessebene in allen Bereichen des Gesundheitswesens ansetzen.

Auch die Weiterentwicklung der Gesundheitstelematik stellt eine unabdingbare Voraussetzung für Qualitätsarbeit dar.

Über diese grundsätzlichen Vorhaben hinaus haben wir genau definiert, in welchen Bereichen mit systematischer Qualitätsarbeit begonnen werden soll.

- **Qualitätsberichterstattung als Grundlage für Qualitätsplanung**

Einen wesentlichen Bereich stellt eine gesamtösterreichische, regelmäßige und strukturierte Qualitätsberichterstattung dar. Die geplante Qualitätsberichterstattung hat nicht nur zum Ziel, Informationen über bereit, sondern sie soll auch die Grundlagen für eine umfassende Qualitätsplanung im Gesundheitswesen liefern. Die Qualitätsberichterstattung soll als flexibles Instrument entwickelt werden, das laufend weiterentwickelt wird und jeweils die neuesten Erkenntnisse im Bereich der Qualitätsarbeit miteinbezieht.

- **Qualitätssicherung durch Patientenorientierung**

Außerdem wurden bereits Projekte zur flächendeckenden Umsetzung von Maßnahmen und Instrumenten zu anderen ausgewählten Bereichen in Angriff genommen. So findet seit Juni 2002 in 22 österreichischen Krankenanstalten an 43 Stationen ein Projekt zur Verbesserung der PatientInnenorientierung statt, das zur Aufgabe hat, Stärken und Schwächen - was die Patientenorientierung betrifft - zu definieren, zu analysieren und dann die bereits erprobten, evaluierten Maßnahmen auch wirklich flächendeckend umzusetzen. Die Besonderheit dieses Projektes ist es, dass einerseits Patientinnen und Patienten aktiv miteinbezogen werden, aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen werden über ihre Zufriedenheit zu diesem Thema befragt.

Modelle bester Praxis für ausgewählte Fragestellungen zu entwickeln ist somit eine der wesentlichsten Aufgaben der Strukturkommission, die bereits teilweise umgesetzt wird. Modellprojekte zum sinnvollen und ökonomischen Medikamenteneinsatz und zur Qualitätssicherung von Blutprodukten und deren sinnvollen Gebrauch werden in Angriff genommen. Die in diesen Modellprojekten zu entwickelnden Maßnahmen und Instrumente der Qualitätsverbesserung sollen nach Projektabschluss ebenfalls flächendeckend zur Verfügung gestellt und umgesetzt werden.

- **Qualitätsevaluierung**

Einen wesentlichen Schritt zur Umsetzung bereits erprobter Maßnahmen stellt das Projekt zur Optimierung des Antibiotikaeinsatzes dar. Hier werden 30 Krankenanstalten eingeladen, sich an der Umsetzung von qualitätsgesicherten, evaluierten Maßnahmen zur Optimierung des Antibiotikaeinsatzes und Verbrauchs zu beteiligen. Der zu erwartende Benefit des Projektes liegt nicht nur in der Reduktion der Kosten für den Antibiotikaverbrauch sondern auch bei der Reduktion von Antibiotika-Resistenzen, was eine unbedingte Qualitätsverbesserung darstellt.

- **Schwerpunkt: Schnittstellenmanagement**

Unser Gesundheitswesen ist ein hoch komplexes System, in dem viele verschiedene Berufsgruppen in unzähligen Institutionen eine Vielzahl von unterschiedlichen Leistungen erbringen. Diese starke Fragmentierung führt zu einer besonderen

Problematik in der Gesundheitsversorgung, nämlich dem Vorhandensein von Schnittstellen, deren Bedeutung für das Funktionieren bzw. Nichtfunktionieren einer optimalen gesundheitlichen Versorgung außer Frage steht. Wenn die einzelnen Bereiche nicht aufeinander abgestimmt sind und das Ineinandergreifen der Bereiche sowohl sachlich-inhaltlich als auch zeitlich nicht funktioniert, kommt es zum unnötigen Ressourcenverbrauch.

In dem vor kurzem gestarteten Projekt zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden derzeit Krankenhäuser eingeladen, sich mit ihren extramuralen Partnern, niedergelassenen Ärzten, Pflege- und Sozialeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Patientenselbsthilfegruppen und allen anderen interessierten Akteuren im Gesundheitswesen zu beteiligen. Ziel dieses in seiner Größe und seinem systematischen Qualitätsanspruch einmaligen Projektes ist es, Verbindlichkeiten für eine ressourcenschonende flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung zu schaffen und sicherzustellen, als auch neue Wege der Kooperation und Koproduktion aufzuzeigen und zu beschreiten. Regionale Unterschiede im Versorgungsbedarf werden hier genauso berücksichtigt werden, wie die Notwendigkeit einer vernünftigen Gesundheitsplanung.

- **Qualitätsverbesserungen im medizinisch-pflegerischen Bereich**

Zusätzliche Akzente und Schwerpunkte der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung werden durch Maßnahmen im medizinisch-pflegerischen Bereich gesetzt, wie die Antibiotika-Kultur, die Fehlerkultur, Surveillance von nosokomialen Infektionen und die Palliative Kultur.

Es muss für die Zukunft sichergestellt werden, dass auch weiterhin jene Rahmenbedingungen geschaffen werden, die im österreichischen Gesundheitswesen eine optimale Qualitätsarbeit ermöglichen. Mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG wurde bereits eine gute Grundlage dafür geschaffen. Somit besteht nun auch eine wesentliche Grundlage für die grundsatzpolitische Position, nämlich den gleichen und gerechten Zugang zu allen medizinischen Versorgungsleistungen nach jeweils fachlich definierten Qualitätsstandards für alle Bürger sicherzustellen.

- **Qualität und Gesundheitsförderung**

Die Budapest-Deklaration für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser (WHO 1991) empfiehlt die Qualitätsentwicklung der Gesundheitsdienste in Richtung Gesundheitsförderung (vgl. zu Gesundheitsförderung und Qualität z.B. auch Brandt E., Hg., 2001: Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Handbuch zur EFQM-Einführung. Neuwied und Kriftel: Luchterhand).

- Grundsätzlich kann die Verbindung von Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung durch die Integration von Kriterien der Gesundheitsförderung in Qualitätssysteme empfohlen werden (vgl. dazu z.B.

Strategieprogramm des Wiener Krankenanstaltenverbundes, das Gesundheitsförderung als eine Säule von Qualität definiert).

- Für den Unterpunkt „Qualitätsberichterstattung als Grundlage für Qualitätsplanung“ (Seite 12 im Entwurf zum ÖNGP) kann folgende Formulierungserweiterung empfohlen werden: „Qualitäts- und Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für die Qualitäts- und Gesundheitsplanung“

V. Finanzierung

Das österreichische Gesundheitswesen ist geprägt durch eine föderalistische Kompetenzverteilung zwischen dem Bund, den Ländern, den Gemeinden, der Sozialversicherung und dem privaten Bereich. Diese führt bedauerlicher Weise zu querlaufenden gesundheitspolitischen Entscheidungsstrukturen sowie zu intransparenten Finanzierungsströmen. Im Mittelpunkt stehen die Anforderungen lokaler Organisationen, wie Krankenkassen, Ärztekammern und Apotheken.

- **Keine Mehr-Klassen-Medizin**

Hinsichtlich der Finanzierung ist festzustellen, dass die Arbeit der vergangenen 2 ½ Jahre war, eine **Konsolidierung der ausufernden finanziellen Entwicklungen im Gesundheitswesen** herbeizuführen, da nur eine solche Basis für eine gesunde Weiterentwicklung sein kann. Dies beinhaltete eine **Eindämmung in der Steigerungsrate der Medikamentenkosten**, welche uns im weit überdurchschnittlich europäischen Maße gelungen ist. Es war notwendig, die **prognostizierten Abgänge in der sozialen Krankenversicherung auf ein mögliches Minimum herabzudrücken** und hier entscheidenden **Systemveränderungen** vorzubereiten, was in der Neustrukturierung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger gelang, wobei es auch hier unerheblich ist, ob diese Spitze des Gesundheitsmanagements jetzt um einige tausend Euro teurer ist als vorher oder nicht, da wir davon ausgehen müssen, dass die wesentlich Voraussetzung ist, dass hier selbsternannte Laienpolitiker durch Managementstrukturen mit Fachkompetenz ersetzt werden.

Bei aller Wertschätzung für eine Sozialpartnerschaft ist es unverständlich, dass in einer sozialen Krankenversicherung die gesunden Interessensvertreter die Interessen von gesunden Versicherten wahrnehmen und nicht betroffene bzw. geschulte Fachkräfte, denen die Auswirkung des Gesundheitssystems durch jahrelange Kompetenz oder eigene Erfahrung geläufiger sein müssen. Allerdings haben die Interessensvertretungen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber bei der Gesundheitsprävention und der Gesundheit am Arbeitsplatz eine ganz essentielle Bedeutung.

Die Bundesregierung hat sich nicht von den tagespolitisch beeinflussten Kassandrarufer kopfscheu machen lassen und hat die Horrorprognosen von Abgängern in der Bilanz der Krankenversicherungen nicht zur Kenntnis genommen, sondern hat sie aufgrund ihrer exzellenten Erfahrung auf jenes Maß heruntergedrückt, dass zum Augenblick möglich war. Durch die zukunftsweisende Neugestaltung im ASVG im Sinne des Finanzausgleiches zwischen einzelnen Krankenversicherungsträgern auf Basis einer flexiblen Budgetierung und eines Zielerreichungstopfes wird auch hier die Möglichkeit geboten, ein für alle Österreicher in gleicher Weise wirksames Gesundheitssystem in den kommenden Jahren zu entwickeln.

Ein Rückfall in die nunmehr seit mehr als 2 Jahren in überraschender Bedeutungslosigkeit überholten Altstrukturen würde sich allerdings für die Entwicklung des österreichischen Gesundheitswesens in den kommenden Jahren katastrophal auswirken und würde uns von einer **Vorreiterrolle** innerhalb des **Staatenkonzertes von Mittel- und Osteuropa**, die wir ohne weiters auch weiterhin betreiben könnten, zu einer raschen Nivellierung nach unten dann unter keineswegs mehr gleichgesinnten führen.

Nach diesem Konsolidierungsprozess ist allerdings festzustellen, dass die steigenden Anforderungen an das Gesundheitswesen, nicht auf die Dauer mit **Rationalisierung, Umstrukturierung** und in gewisser Weise auch **vorübergehenden Einsparungseffekten** finanziert werden können. Es ist aber die Aufgabe und daher auch das Ziel diese Nationalen Österreichischen Gesundheitsplanes, die Bedürfnisse der kommenden Jahre aufzuzeigen, die Zielvorstellungen darzustellen und die Finanzierungsmöglichkeiten in der Folge, etwa auch mit Prioritätensetzung in einer sachlichen Diskussion aufzuzeigen.

Dies ist auch keine Erfindung der Bundesregierung, sondern eine klare Vorgabe seitens der EU und der WHO, die aufgrund der allgemein bekannten Finanzierungsprobleme in den einzelnen nationalstaatlichen Systemen, wobei jene **West- und Mitteleuropas** der derzeitigen EU-Staaten aufgrund ihrer **multivalenten Struktur** besser zu bewältigen sind, als jene von Nord- und Südeuropa, denen bisher **markt- und wettbewerbsbestimmende** Maßnahmen im Gesundheitssystem unbekannt waren. Auch hier ist davor zu warnen, **Privatisierung** als ein **Allheilmittel alles Übels** anzusehen. Privatisierung bedeutet ja nichts anderes als **Überführung öffentlicher Gesundheitseinrichtungen in Privateigentum**, was durchaus in manchen Bereichen im Sinne von Auslagerungseffekten zweckmäßig sein kann, aber nicht als Grundsatzstandpunkt.

Wesentlich ist jedoch, dass es innerhalb der unter öffentlicher Verantwortung stehenden Gesundheitsplanung einen sogenannten privaten Sektor gibt, durch Vergabe von Leistungen an Einrichtungen, die das System kostengünstiger in Teilbereichen gestalten, z.B. Hotelleistung oder Diagnostik, als es unter rein staatlichen Strukturen bisher durchgeführt werden konnte und somit die Aufgabe der öffentlichen Kontrolle nicht ausgesetzt oder aufgehoben wird,

sondern von einem zunehmend versagendem Kommando und Kontrollkonzeptes zugunsten einer Steuerungs- und Kanalisierungsfunktion aufgibt.

Univ.-Prof.Dr.Reinhart **Waneck**, Staatssekretär für Gesundheit im BMSG
Stand: November 2002