

Gesundheitsenquete

des Landtages von Niederösterreich

„Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich
Qualitätssteigerung durch Kostensenkung?“

Montag, den 4. Juni 2012

Inhalt:

- | | |
|---|--|
| 1. Eröffnung durch Präsident Ing. Penz (Seite 774). | (Seite 792), OA Dr. Christian Zürner, Landes-
klinikum Horn (Seite 793). |
| 2. Impulsreferate | 3. Statements |
| ao. Univ. Prof. MMag. Dr. Gottfried Haber,
Universität Klagenfurt (Seite 775), Dr. Gerald
Bachinger, NÖ Patientenanwalt (Seite 780),
Mag. Peter McDonald, Obmannstv. SVA d.
gewerbl. Wirtschaft (Seite 785), Prof. Kjeld
Møller Pedersen, Department of Public Health,
Health economics, University of Southern
Denmark, Odense (Seite 788), Univ. Prof. Dr.
Paul Bratusch-Marrain, Ärztl. Dir. LK Horn | Landesrätin Mag. Karin Scheele (Seite 796),
Landeshauptmannstellvertreter Mag. Wolfgang
Sobotka (Seite 797). |
| | 4. Stellungnahmen |
| | Abg. MMag. Dr. Petrovic (Seite 800), Abg.
Waldhäusl (Seite 802), Abg. Mag. Leichtfried
(Seite 803), Abg. Mag. Riedl (Seite 804). |

* * *

Sandra Baierl: Ich begrüße Sie zur Gesundheitsenquete des NÖ Landtages! Mein Name ist Sandra Baierl. Ich bin stellvertretende Wirtschaftschefin beim „Kurier“ und moderiere Sie heute durch diesen Vormittag.

Das Thema des Vormittages lautet „Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich Qualitätssteigerung durch Kostensenkung?“ Es erwartet Sie ein dichtes Programm, hochkarätig besetzt. Zahlreiche Experten - sie haben es in der Einladung gesehen – sind heute Vormittag zu uns gekommen. Auch ein Gast aus Dänemark ist extra angereist. Und Sie bekommen Impulse und neue Einblicke in das Gesundheitssystem.

Bevor wir mit dem Programm starten, eine kurze Begrüßungsrunde. Wir freuen uns sehr, in unserer Mitte begrüßen zu dürfen Landeshaupt-

mannstellvertreter Mag. Wolfgang Sobotka. (*Beifall*), Landesrätin Mag. Karin Scheele (*Beifall*). Ich begrüße ganz herzlich die Klubobleute der im Landtag vertretenen Fraktionen (*Beifall*). Herzlich willkommen auch alle Repräsentanten aus den NÖ Gesundheitseinrichtungen (*Beifall*). Und ein Grüßgott an alle Referenten des heutigen Vormittags. Ganz besonders hervorheben möchte ich Kjeld Møller Pedersen. Er kommt extra aus Dänemark für diese Veranstaltung (*Beifall*). Weiters begrüßen wir Hermann Haneder, Präsident der NÖ Arbeiterkammer (*Beifall*) und Willi Sauer, Präsident des NÖ Roten Kreuzes (*Beifall*).

Ich bitte den Initiator des heutigen Vormittags zu seiner Begrüßung auf die Bühne: Ing. Hans Penz. Er ist Präsident des NÖ Landtages und hat diese Veranstaltung auf die Beine gestellt (*Beifall*).

Präsident Ing. Penz: Herr Landeshauptmannstellvertreter! Herr Landtagspräsident! Frau Landesrätin! Meine sehr geehrten Repräsentanten der Klubs! Kolleginnen und Kollegen des Landtages! Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Ich darf Sie sehr, sehr herzlich hier im Landtagssitzungssaal zu dieser Gesundheitsenquete willkommen heißen. Das große Interesse bestätigt zum Einen, dass wir mit dieser Veranstaltung ein hoch aktuelles Thema angerissen und aufgegriffen haben. Zum Anderen zeigt dieses Interesse aber auch die Verpflichtung, dass wir uns mit dieser Thematik – und ich möchte sagen, auch mit dieser Problematik – nicht nur heute, sondern permanent auseinanderzusetzen haben. Und ich danke daher in besonderer Weise auch Landeshauptmannstellvertreter Mag. Sobotka für seine Unterstützung bei dieser Enquete und allen Referentinnen und Referenten des heutigen Tages.

Meine sehr geehrten Damen und Herren! Die Qualität, Nachhaltigkeit und Finanzierung des Gesundheitswesens wird die zentrale Herausforderung dieses Jahrhunderts sein. Heute garantieren die niederösterreichischen Spitäler durch ihre wohnortnahen Gesundheitsleistungen eine optimale Versorgung auf, man kann sagen, wirklich europäischem Spitzenfeld.

95 Prozent aller Niederösterreicher können innerhalb von 30 Minuten ein Landesklinikum erreichen. In den 27 Klinikstandorten werden jährlich 385.000 Patienten stationär und mehr als eine Million Menschen ambulant behandelt. Und damit sind unsere Kliniken nicht nur ein bedeutender Wirtschaftsfaktor, sondern insbesondere ein Standortfaktor.

Wir werden hier, meine sehr geehrten Damen und Herren, in wenigen Tagen, nämlich am 14. Juni das Landesbudget für das Jahr 2013 beschließen. Mehr als ein Viertel der 7,6 Milliarden Euro umfassenden finanziellen Vorsorge fließt in die Kliniken und in die Aufrechterhaltung des Betriebes. Das ist eine enorme Summe, wenn wir uns das im Budget vergegenwärtigen.

Aber wir haben den klaren Auftrag, in allen Landeskliniken nicht nur den Beschäftigten eine verlässliche Perspektive zu bieten, sondern auch zuverlässige Rahmenbedingungen für ihre nicht immer leichte Arbeit. Aber wir haben auch in dieser Legislaturperiode mehr als ein Dutzend Umbau- und Ausbaumaßnahmen in diesem Sitzungssaal beschlossen mit etwa 1,5 Milliarden Euro. Und das, meine sehr geehrten Damen und Herren, alles einstimmig. Hier gab es keine Polyphonie. Vielleicht da und dort einen anderen Zugang zur Thematik. Aber

wenn es um die Gesundheitsversorgung der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher geht, sind alle Parteien einer Meinung.

Wir wissen aber auch, dass ein Klinikum immer nur so gut sein kann, so gut die Menschen sind, die dort arbeiten. Mit größtem persönlichen Einsatz sorgen Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger, aber auch alle Mitarbeiter in den Kliniken für eine optimale Versorgung der Patienten. Und damit geben sie auch der Hochleistungsmedizin in Niederösterreich ein menschliches Antlitz.

Die zweite Säule unseres Gesundheitswesens in Niederösterreich sind die praktischen Ärzte und die Fachärzte im niedergelassenen Bereich. Rund 3.200 Ärztinnen und Ärzte versorgen die Patienten in Ordinationen und Gruppenpraxen. Auch wenn sich das Berufsbild der niedergelassenen Ärzte in den letzten Jahren gewandelt hat und die Bindung des Arztes an seine Gemeinde nicht mehr so wie früher gegeben ist, ist der Hausarzt nach wie vor die primäre Anlaufstelle mit einer sehr persönlichen Beziehung zu den Patienten.

Rund 40 Prozent im niedergelassenen Bereich haben einen Kassenvertrag. Und alleine die Vertragsärzte in Niederösterreich behandeln rund 16 Millionen mal pro Jahr. Aber wir müssen auch zugeben, dass es mancherorts Probleme gibt mit der Nachfolge, insbesondere von praktischen Ärzten, insbesondere im ländlichen Bereich.

Dazu kommt, meine sehr geehrten Damen und Herren, dass wir bis zum Jahre 2016 auf Grund des Stabilitätspaktes rund 5,2 Milliarden Euro einsparen müssen. Das wird im Gesundheitswesen und im Spitalsbereich nicht spurlos vorübergehen. Auf der einen Seite wünschen sich alle Menschen eine medizinische Versorgung, die alle gesundheitlichen Risiken abdeckt. Auf der anderen Seite müssen wir uns fragen, ob dieses System auf Dauer in der Qualität auch finanzierbar ist. Daher stellen sich für uns in der Landespolitik auch folgende Fragen:

1. Welche Reformen sind notwendig um das bestehende Gesundheitssystem kostengünstiger und auch effizienter zu machen?

2. Ist der ständige Reformbedarf im Gesundheitswesen allein mit dem medizintechnischen Fortschritt, den erweiterten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten und den zunehmenden Anteil älterer und chronisch Kranker überhaupt zu begründen?

3. Wie kann die Nahtstelle zwischen den Spitälern und dem niedergelassenen Bereich optimiert

werden mit dem Ziel einer besseren Abstimmung des intramuralen und extramuralen Bereiches um Gesundheitsleistungen wohnortnah, gut erreichbar und in höchster Qualität anzubieten.

Und 4. ist die Frage, ob es uns gelingt, über präventive Maßnahmen die Eigenverantwortung des Einzelnen für seine eigene Gesundheit zu stärken. Denn ein Zugewinn an gesunden Lebensjahren der Bürgerinnen und Bürger kann nicht durch ein Mehr an Krankenversorgung erreicht werden, sondern vielmehr durch eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung.

Um die Finanzierbarkeit und die Qualität des heimischen Gesundheitswesens auf Dauer zu sichern, muss man investieren. Und zwar in Qualität und Effizienz. Unsere Landeskliniken werden deshalb laufend modernisiert, auf den letzten Stand gebracht und es werden Synergien genutzt, Doppelgleisigkeiten abgebaut, Kooperationen angestrebt. Und diese gibt es nicht nur auf regionaler, sondern in der Zwischenzeit – Gott sei Dank – auch auf Bundesländer und länderübergreifender Ebene. Ich denke nur an die Gesundheitseinrichtungen mit Tschechien.

All das, meine sehr geehrten Damen und Herren, haben wir auch unter dem Blickwinkel des demografischen Wandels zu sehen. Im Jahre 2050 wird jeder dritte Einwohner in Niederösterreich bereits 60 Jahre oder älter sein. Die heute 12-Jährigen werden, wenn sie 60 Jahre alt sind, in einer Gesellschaft leben, in der die über 80-Jährigen nicht so wie bisher 4 Prozent, sondern 12 Prozent unserer Gesellschaft ausmachen. Also eine Verdreifachung. Mit all den Auswirkungen die damit einher gehen, auf die Sozialversicherung, auf die Pensionssysteme sowie auf das Gesundheitswesen, die Pflege und Betreuung älterer Menschen.

Die heutige Veranstaltung, meine sehr geehrten Damen und Herren, wird sicherlich nicht alle Fragen beantworten können, aber, ich bin davon überzeugt, viele wichtige Impulse für das niederösterreichische Landesparlament geben. Wir wollen, und das ist der Sinn und der Zweck der heutigen Gesundheitsenquete, in Niederösterreich mit gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen sicherstellen, dass auch in Zukunft die optimale Versorgung unserer Landsleute gewährleistet sein wird. In diesem Sinne wünsche ich der heutigen Enquete viel Erfolg und ein gutes Gelingen! *(Beifall)*

Sandra Baierl: Herzlichen Dank, Herr Präsident Hans Penz. Sie haben den Bogen gespannt für die Veranstaltung und den heutigen Vormittag und das zentrale Spannungsfeld aufgezeigt zwischen dem niedergelassenen Bereich und dem intramuralen Bereich. Wir kommen zum ersten Vortrag des heutigen Vormittags, zum Impulsreferat und seiner ersten Einleitung. Ich freue mich besonders, a.o. Univ. Prof. MMag. Dr. Gottfried Haber zu uns zu bitten. Er ist Universitätsprofessor am Institut für Volkswirtschaftslehre an der Alpen Adria Universität Klagenfurt. Man kennt ihn von seiner langjährigen Tätigkeit in den Bereichen Wirtschaftspolitik, Volkswirtschaft, Kreditwirtschaft, Bankwesen und natürlich Gesundheitsökonomie. Seit 2009 ist er auch Vorsitzender des wirtschaftspolitischen Beirates des Landes Kärnten und Finanzmarktbeauftragter des Landes Kärnten. Impulse geben kann er besonders gut. *(Beifall)*

Impulsreferat und Einleitung

Ao. Univ.Prof. MMag. Dr. Gottfried Haber: Einen schönen guten Morgen sehr verehrter Herr Präsident! Sehr verehrter Herr Landeshauptmannstellvertreter! Sehr geehrte Frau Landesrätin! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordneten! Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich freue mich, dass ich bei Ihnen bin. Einen Impuls geben ist immer etwas Schweres. Wir haben den Bogen schon ein bisschen gespannt. Ich möchte mir den Luxus herausnehmen, ein paar Punkte herauszugreifen und ein bisschen noch über den Systemkontext mit Ihnen zu sprechen. Wir werden dann in weiteren Fachvorträgen einige Details zu Best Practice-Beispielen sehen, Fragen zu Anreizsystemen. Was ich mit Ihnen gemeinsam machen möchte, ist, wie gesagt, den Bogen etwas zu spannen, ein paar grundlegende Fragen unseres Systems zu klären. Vor allem auch im Hinblick und in Anbetracht der gegenwärtigen Situation, die wir ja in der Wirtschaft haben.

Ausgangspunkt, Rahmenbedingungen, Kennzahlen dafür. Ich möchte gerne mit der Demografie starten. Sie sehen hier nicht nur die Frage der Alterung in Bezug auf die Bevölkerungspyramide, in Bezug auf den Bedarf an medizinischen Leistungen. Was Sie dunkelrot sehen auf dieser Karte ist die Prognose für 2050, die Entwicklung der Bevölkerung seit 2009. Und die dunkelroten Bereiche

heißen, wir rechnen mit einem Wachstum von mehr als 30 Prozent. Das ist ja an sich etwas Schönes, denn wir haben damit mehr Arbeitskräftepotenzial, wir haben damit eine Basis für Wirtschaftswachstum und Wohlstand.

Auf der anderen Seite haben wir einen enormen Bedarf an entsprechenden Gesundheitsdienstleistungen, vor allem in Kombination mit den Fakten, die Sie schon gehört haben vom Herrn Präsidenten, wonach sich der Anteil der über 80-Jährigen drastisch auf das Dreifache, relativ auf die Bevölkerung bezogen, erhöhen wird.

Ich möchte daher, wie gesagt, mir und Ihnen den Luxus gönnen, ein bisschen noch über den klassisch nur ambulanten Bereich hinauszugehen und möchte folgende Frage aufwerfen: Im Moment beschäftigt uns nichts mehr als die Problematik, dass wir Angst davor haben, dass unsere Wirtschaft stagniert und schrumpft. Das heißt, was wir uns wünschen, ist nachhaltiges Wirtschaftswachstum. Wie entsteht nachhaltiges Wirtschaftswachstum? Es entsteht dadurch, dass Leistungen erbracht werden von Menschen und in der Dienstleistungsgesellschaft auch für Menschen.

Es gab in der Wirtschaftskrise seit 2008 nur eine Branche, die stabil in ihrer Entwicklung war, in ihrer Wertschöpfungs- und Beschäftigungsentwicklung, und das ist der Gesundheitsbereich. Wenn wir uns hier zusammensetzen und darüber sprechen, wie Kostensenkungen und Qualitätssteigerungen zusammenhängen, dann würde ich gerne eine dritte Frage mit in den Raum stellen. Nämlich die Frage, was bedeutet das auch für das Prosperieren eines Landes wie Niederösterreich und seine Wirtschaftsleistung? Denn das ist untrennbar verknüpft!

Wir haben im Bereich der Gesundheitsdienstleistung, wenn Sie so wollen, ein Problem, das uns eigentlich glücklich stimmen sollte. Nämlich das Problem, dass es Nachfrage nach Leistungen gibt, die von den Menschen als sinnvoll wahrgenommen werden. Die gerne konsumiert werden. Welches Unternehmen im Gesundheitswesen, sei es in der Pharmaindustrie, sei es woanders, welches Unternehmen freut sich nicht darüber, wenn die Nachfrage stetig steigt?

Das Problem, das wir haben, ist eine Frage der Finanzierbarkeit. Diese Frage der Finanzierbarkeit liegt primär daran, dass die Zahlungsbereitschaft und auch die Struktur, wer der Nutznießer, wer der Zahler und wer der vermeintliche Zahler der Leistung ist, auseinanderklaffen.

Das heißt, wir haben an sich sehr gute Voraussetzungen. Lassen Sie mich vielleicht einen leicht polemischen Schwenk machen nach Griechenland. Worunter leiden denn die Griechen im Moment? Die Griechen leiden im Moment darunter, dass sie einen großen Apparat haben, auch im öffentlichen Bereich, aber auch in der Privatwirtschaft, wo die Produktivität, die Effizienz, nicht groß genug sind. Das heißt, es gibt Menschen, die Geld bezahlt bekommen, die Leistungen entweder – ich sage es jetzt ganz hart – nicht erbracht werden, oder für Leistungen, die keiner will. Weil Formulare hin- und hergetragen werden oder andere Dinge gemacht werden. Wir müssen nicht nach Griechenland gehen uns zu überlegen, wo sind die Ansatzpunkte, die wir in unserem Gesundheitssystem in Österreich und natürlich auch, weil das eine Struktur ist, die auf die Bundesländer ausstrahlt, auch in Niederösterreich haben?

Auch wenn wir ein sehr hoch entwickeltes Gesundheitswesen haben mit hoher Effizienz, ist bei uns oft die Frage, heißt Effizienzsteigerung nicht eigentlich einen Verlust an Qualität? Einen Verlust an Wertschöpfung? Einen Verlust an Beschäftigung? Und die Antwort ist Nein!

Wenn nämlich sinnvolle Leistungen erbracht werden, dann bedeuten sie jedenfalls Wertschöpfung. Und jetzt verrate ich etwas Überraschendes. Wenn Sie Leistungen erbringen, die ineffizient sind, die also mehr kosten als das was in der Leistung drinnen steckt, dann wird keine Wertschöpfung geschaffen. Wir Volkswirte behaupten schon, ja? Also alles, was bezahlt wird, vor allem vom öffentlichen Sektor, führt automatisch dazu, dass das Bruttoinlandsprodukt genau um diesen Bereich, um diesen Wert, steigt.

Es ist aber eine scheinbare Gegenleistung! Es ist eine Leistung, die nicht gewünscht wird oder die eben tatsächlich nicht erbracht wird. Also was ich Ihnen jetzt als ersten Punkt meines Impulses mitgeben möchte, ist: Beschränken wir uns bitte in der Diskussion nicht ausschließlich auf die Kostenfrage! Und lassen Sie uns auch in Anbetracht von staatsvertraglichen Vereinbarungen, auch in Anbetracht eines dringend notwendigen Konsolidierungskurses in Österreich, der nicht in Frage steht, schon gar nicht von mir in Frage gestellt wird, lassen wir uns nicht dazu verleiten, im Gesundheitssystem hier unreflektiert ausschließlich uns Kostensenkungen einreden lassen zu wollen und in Kostensenkungen zu denken und zu operieren.

Der ambulante Bereich ist, wenn Sie so wollen, einer der Bereiche wo wir – und jetzt komme ich da

zum Kern der Frage – einer der Bereiche, wo wir das größte Potenzial haben. Denn hier sind Leistungen, die entsprechend doppelt erbracht werden. Sie verzeihen mir auch, wenn ich sehr direkt bin. Das ist etwas, was glaube ich, in dieser Sache angebracht ist: In den Krankenanstalten, vor allem in Niederösterreich, haben wir schon sehr viele Optimierungspotenziale in den letzten Jahren genützt. Diese Optimierungspotenziale schlagen sich in den entsprechenden Kennzahlen nieder. Der ambulante Bereich hat eine Schnittstellenproblematik. Über die werden wir in einem der Folgeferate auch noch im Detail sprechen. Die Schnittstellenproblematik führt dazu, dass Leistungen doppelt erbracht werden. Sie führt dazu, dass Leistungen uneffizient erbracht werden, dass Informationsflüsse nicht ausreichend vorhanden sind. Und das ist insofern problematisch als der ambulante Bereich auch einen großen Teil der Kosten verursacht.

Das möchte ich Ihnen gleich zeigen anhand der gesamt-österreichischen Zahlen.

Schauen wir uns zuerst einmal den ambulanten Bereich an, was das überhaupt ist. Vom ambulanten Bereich, damit meinen wir Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, natürlich Fachärztinnen und Fachärzte, die niedergelassen sind, Zahnärztinnen und Zahnärzte bitte nicht zu vergessen. Wir haben österreichweit eine etwas höhere Quote an Kassenverträgen, knapp 50 Prozent sind es, in Niederösterreich ist es etwas weniger.

Es gehören aber auch dazu die Ambulanzen der Krankenhäuser. Und da haben wir eine Problematik im Bereich der Gatekeeper-Funktion. Das nämlich immer noch Spitalsambulanzen über Gebühr verwendet, genützt werden und das anhand der Kostenstruktur zu ineffizienten Verteilungen der Patientenströme führt. Ambulatorien, sowohl Kassen- als auch private Ambulatorien, runden diesen Bereich ab.

Wir haben eine sehr ähnliche Struktur in Österreich. Wir haben, weil das auch schon angesprochen wurde, wir haben 42.600 Ärztinnen und Ärzte etwa, inklusive Zahnärzte, in Österreich. Davon haben wir 19.000 in einer freien Praxis und Kassenverträge, sie sehen die Zahlen hier, bei rund 4.240 Allgemeinmedizinern österreichweit. Und wir haben tatsächlich im ländlichen Bereich ein Nachfolgeproblem.

Das heißt, die Frage des Ärztemangels im ambulanten Bereich ist auch eine Frage der Verteilung der Ärzte und eine Frage der Durchgängigkeit des Ausbildungssystems. Es geht nicht so sehr darum, und das sage ich als jemand, der von der Univer-

sität kommt, es geht nicht so sehr darum, dass wir zu wenig Ärzte prinzipiell auszubilden beginnen. Wir haben nur ein Problem damit, eine ausreichende Anzahl aus dem System auch wieder in den niedergelassenen Bereich hineinzubekommen. Und das liegt daran, dass die Ausbildungswege zu lange sind, nicht durchgängig sind. Und man muss auch sagen, dass unser System hier, was den niedergelassenen Bereich betrifft, für Ärztinnen und Ärzte oft nicht anreizkompatibel ist. Das heißt, Sie haben in ländlichen Regionen die Problematik, dass diese Gatekeeper-Funktion im Gesundheitsbereich, sagen wir es auch wieder ganz offen, teilweise finanziell unattraktiv ist.

Sie haben in der Vergangenheit zum Beispiel durch die Verknüpfung mit Hausapotheken und anderen Leistungen ein Geschäftsmodell gehabt, wenn man auch dazu ökonomisch sagen darf, das anders funktioniert hat als die Geschäftsmodelle, die sie jetzt haben. Und das macht teilweise diese Bereiche unattraktiver als bisher. Das heißt, die Analyse des Ökonomen sagt, wir haben, wenn Sie so wollen, ein Angebotsproblem, das noch nicht schlagend ist, sondern das uns in den nächsten Jahren immer stärker beschäftigen wird. Ein angebotsseitiges Problem!

Jetzt könnten Sie sagen, das macht aber nichts, denn wir haben ohnehin, ja, wir vermuten es zumindest immer, Uneffizienzen und überhöhte Kosten in diesem Bereich. Trotzdem, wenn Sie sich die Demokratie anschauen und die Entwicklung der Nachfrage, dann wird hier eine entsprechende Schere aufgehen, die uns in den nächsten, vielleicht nicht fünf Jahren, aber in den nächsten 20 oder 30 Jahren beschäftigen wird. Und das sind die Horizonte in denen wir denken müssen!

Ich habe Ihnen eine Grafik mitgebracht, die Ihnen zeigt, das Torteneck unten, die 24,7 Prozent sind die Gesundheitsausgaben, die auf den ambulanten Bereich entfallen. Wenn Sie im Vergleich dazu den stationären Bereich anschauen, das sind - österreichweit wieder, diese Zahlen - 37,5 Prozent, dann werden Sie sehen, dass die Relation eine andere ist als die, die wir gemeinhin denken.

Denn wir diskutieren immer über die Frage, ob wir ein Akutbett mehr oder weniger an einem Standort benötigen. Vergessen aber, dass auch die Auslastung der Krankenhäuser sehr stark damit zusammenhängt, wie der ambulante Bereich hierfür als Zubringer fungiert oder nicht. Bedenken auch vielleicht nicht, dass dieser gelbe Teil des Tortendiagramms, dieser orange-gelbe Teil, die 13,1 Prozent Arzneimittel, ebenfalls etwas sind, das ja indirekt auch mit der Frage von Effizienz im ambulan-

ten Bereich zusammenhängt. Mit der Mehrfachverschreibung von Medikamenten etc.

Wenn Sie sich die nackten Zahlen anschauen - für 2011 gibt es noch keine endgültigen Zahlen, deswegen habe ich Ihnen 2010 mitgebracht -, haben wir immerhin 24 Milliarden Euro an öffentlichen Gesundheitsausgaben. Und damit komme ich zurück zu meiner ersten These. Wir sehen deswegen ein Problem hier, weil das eben ein enormer Kostenfaktor ist. Dieser Kostenfaktor ist aber auch ein enormer Wirtschaftsfaktor, der dann sinnvoll ist, wenn das Gesundheitssystem auch gesunde Menschen produziert. Und ich glaube, das ist etwas, womit ich das Argument des Herrn Präsidenten auch sehr stark unterstreichen möchte: Der Ansatz muss schon vorher sein, nämlich bei der Gesundheitsförderung! Wir haben in Österreich nämlich von den Qualitätsindikatoren oder von den mit Qualität korrelierten Indikatoren eine Problematik, die wir nicht vergessen dürfen und die jetzt noch potenziert wird von der demografischen Entwicklung.

Wir haben zwar im weltweiten Vergleich eine sehr hohe Lebenserwartung, im Spitzenfeld, aber wir sind auch im Spitzenfeld was die nicht gesunden Lebensjahre bis zum Ende der Lebenserwartung hin betrifft. Und das ist etwas, das ein großes Problem darstellt, wenn Sie eine Lebenserwartung haben, die sich noch positiv – was ja schön ist – erhöht.

Das heißt, wir können davon ausgehen, dass wir inklusive der privaten Gesundheitsausgaben weit über 30 Milliarden in diesem Bereich drinnen haben. Und es wäre noch mehr drinnen. Sowohl vom Angebot als auch von der Nachfrage.

Wie kann man jetzt Qualitätssteigerung, Kostensenkung und Wirtschaftsleistung zusammen sehen? Bei der Qualität, damit ich alle Schlagworte der Überschrift auch im Impuls bringe, bei der Qualität haben wir das größte Problem, dass wir keine ausreichenden Qualitätsindikatoren haben.

Ich habe da ein Beispiel das mir sehr gut gefällt, das, glaube ich, auch in diesem Hause schon immer wieder genannt wurde. Das Beispiel ist, dass wir in Österreich auf einem der letzten Plätze sind, was die Qualität der Akutversorgung betrifft. Wir haben einen hohen Anteil von Menschen, die nach einem Notfall oder Unfall in medizinischer Behandlung sterben. Jetzt könnten Sie daraus ableiten, unser System ist so schlecht. Das liegt aber nicht an der mangelnden Qualität des Systems, sondern an der hohen Qualität! Weil die Dauer bis zum Eintreffen einer Akutversorgung, sowohl gestützt durch

den stationären als auch den ambulanten Bereich, durch die hohe Versorgungsdichte so gut ist, dass die „hoffnungslosen Fälle“, wenn ich das auch so hart sagen darf, eben schon in ärztlicher Behandlung dann schlagend werden.

Das heißt, wir haben bei den Qualitätsindikatoren, aber auch vor allem im niedergelassenen Bereich, ein großes Problem. Die Abrechnungssysteme sind intransparent und unvollständig. Wir haben im ambulanten Bereich auch ein System der Verrechnung, das nicht anreizkompatibel ist. Das Wiederbestellungen maximiert. Wir haben ein System, das auch, was die Verschärfung von Haftungsfragen betrifft, dazu führt, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich jeder Arzt gut beraten ist, hier Untersuchungen zu wiederholen. Sogar wenn sie vom selben Tag stammen! Weil die Haftungsthematik immer schlagender wird!

Wir haben hier einen Trend, der stark aus den USA kommt, den ich im Gesundheitssystem und vor allem im ambulanten und an der Schnittstelle zum niedergelassenen Bereich, sehr problematisch finde. Die Problematik nämlich, dass im Falle von Notfällen, auch von ärztlicher Hilfe, dass hier ein Überborden von Haftungsfragen stattfindet. Und dass der, der rettet, der hilft, tendenziell gut beraten ist, sehr, sehr vorsichtig zu sein. Weil er oft dann auch für den Misserfolg verantwortlich gemacht wird. Das ist etwas, das dazu führt, meine sehr geehrten Damen und Herren, dass auch der ambulante Bereich Anreize hat, in Spitäler, in Ambulanzen unter Anführungszeichen „abzuschieben“. Auch wenn das nicht bewusst und auch nicht die Mehrzahl der Fälle ist, es ist aber eine Thematik, die „zur Sicherheit“ so ist.

Man muss auch dazu sagen, es geht auch um die Frage der Verfügbarkeit. Die Verfügbarkeit ist auch vor allem in Nachtstunden, an Wochenenden problematisch. Wir haben eine Einschränkung der Möglichkeit bei Gruppenpraxen, die immer noch nicht sozusagen so möglich sind wie im internationalen Umfeld. Das heißt, wir haben hier sehr viele Systemrahmenbedingungen, die es einfach nicht möglich machen, Effizienz zu generieren.

Ich habe zum Beitrag zur Wirtschaftsleistung schon einiges gesagt. Die Multiplikatoren im Gesundheitssystem sind in den Top 3 aller Multiplikatoren. Das betrifft den stationären Bereich genauso wie den niedergelassenen Bereich. Und ich habe schon darüber gesprochen, deswegen mache ich es hier kurz, dass Effizienz- und Kostensenkung selbstverständlich in die gleiche Richtung gehen und dass das auch zu Qualitätssteigerung führt, so

wie der Titel dieser Enquete suggeriert. Dass aber auch Qualitätserhöhungen letztendlich Kostensenkungen hervorrufen.

Es ist also kein Widerspruch. Wir werden noch am internationalen Best Practice-das Beispiel sehen, dass es sehr viele positive Effekte davon gibt.

Was sind nun die möglichen Ansatzpunkte? Damit möchte ich meine Redezeit auf die Minute genau auch nicht überschreiten. Es sind vor allem Systemfragen die uns beschäftigen. Das heißt – und ich habe das bewusst auch ein bisschen auf die nachfolgenden Referenten getrimmt –, es geht natürlich um die Frage der Finanzierungsstrukturen. Es geht natürlich um die Frage der Kostenträgerschaft zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Es geht somit auch um die Frage der Struktur der Verwaltungen bis hin in die Richtung der Sozialversicherungsträger. Es geht um die Schnittstelle ambulanter Bereich - stationärer Bereich. Es geht dabei natürlich auch – und das wird ja Ende dieser Woche wieder ein heißes Thema werden – es geht um ELGA. Es geht um Informationen. Es geht um die Frage, wie kann man sicherstellen, dass bei maximalem Datenschutz trotzdem gewährleistet ist, dass die Information für das ärztliche Personal, für die niedergelassenen Ärzte auch verfügbar ist und trotzdem der Patient sicher sein kann, dass seine Daten in guten Händen sind.

Tendenziell haben wir hier aus meiner Sicht eine sehr skeptische Haltung. Was die Effizienz betrifft, ist natürlich eine entsprechende Verfügbarkeit von großer Bedeutung, auch was die Qualität betrifft. Gruppenpraxen, Ärztezentren. Da geht's um die Verfügbarkeit an Wochenenden. Da geht's um die Verfügbarkeit an Feiertagen, in den Nachtstunden. In der Regel lassen sich – und das sehen wir international – solche Modelle kostengünstiger darstellen als der Betrieb ausschließlich über Spitalsambulanzen.

Kostenbeteiligungen: Das ist ein Punkt, wo ich noch ganz kurz ausholen muss. Das System ist immer noch intransparent. Der Zahler der medizinischen Leistung ist nicht der Nutznießer. Und der Nutznießer ist nicht derjenige, der überhaupt die Nachfrageentscheidung trifft. Das macht der Dienstleister, der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin. Und das führt trotz einer Verbesserung dazu, dass vollkommen unklar ist, welche Kosten produziert werden.

Wir sollten hier die Patientinnen und Patienten nicht unterschätzen. Die sind durchaus auch gewillt, entsprechend kostengünstig effizient zu operieren. Weil sie ja auch wissen, dass das System

letztendlich von ihnen selbst bezahlt werden muss. Allerdings: Die Abrechnungen die wir erhalten, haben ein Jahr Verspätung! Wir wissen gar nicht, was alles abgerechnet wurde. Manche Leistungen werden gar nicht erfasst auf der Patienteninformation. Wir wissen gar nicht Bescheid über Qualitätsindikatoren. Nämlich zum Beispiel, das beginnt schon jetzt im stationären Bereich, dass Sie sich die Indikatoren erarbeiten. Und dass auch Patienten als mündige Patienten dann auswählen können, welche Standorte für sie relevant sind. Im ambulanten Bereich haben wir so was überhaupt nicht.

Gibt es eine verpflichtende Auszeichnung dafür, welche durchschnittlichen Wartezeiten man bei einem Arzt hat? Gibt's eine verpflichtende Qualitätsindikatorenveröffentlichung auf Webpages? Nein! Und das ist aus meiner Sicht ein großer Fehler, weil hier die Anreizwirkungen nicht da sind.

Ich denke, wir haben in Zeiten der Wirtschaftskrise, und damit schließe ich diesen Bogen, doch gesehen, dass es nicht immer funktioniert wenn man versucht zu steuern. Dass die Kontrolle eines komplexen riesigen Systems manchmal auch entgleisen kann. Wie kann man damit umgehen? Verantwortung und Entscheidungskompetenz an die Patientinnen und Patienten delegieren! Und das geht über Qualitätsindikatoren auf der einen Seite und das geht über Kostenindikatoren auf der anderen Seite. Das geht über Bonus-Malus-Systeme. Auch dazu werden wir heute noch etwas hören. Das geht darüber, dass man auch den Wert der eigenen Gesundheitsvorsorge maximiert. Und auf diese Weise, verspreche ich Ihnen, Sie werden den Gesundheitsbereich auf den ambulanten Bereich nicht reduzieren. Das ist unrealistisch bei der demografischen Entwicklung.

Aber wir werden ihn weniger stark wachsen lassen können im Vergleich zu dem was an Leistungen erbracht werden wird.

Letztendlich, das sind die zwei letzten Punkte von mir, die wichtigsten aus meiner Sicht: Die Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Transparenz und die Systeme bei der Abrechnung werden ausschlaggebend sein, ob auch die Steuerungsfunktion ambulanter Bereich - stationärer Bereich und sonstige Bereiche des Gesundheitssystems funktionieren oder nicht. Die Illusion, hier ausschließlich per Zwang, per Gesetz, per Steuerung der Patienten einzugreifen, die funktioniert nicht. Es wird nur funktionieren, wenn die gesamte Bevölkerung in diesen Prozess eingebunden wird. Damit darf ich mich bei Ihnen recht herzlich bedanken und freue mich schon auf die nächsten Inhalte. Danke sehr! *(Beifall)*

Sandra Baierl: Herzlichen Dank Dr. Gottfried Haber mit der These, dass Qualitätssteigerung und Kostensenkung kein Widerspruch sein müssen.

Unser nächster Vortragender ist Dr. Gerald Bachinger. Er ist NÖ Patientenanwalt, seit 1995 in der Verwaltung des Landes Niederösterreich tätig, hat einen Lehrauftrag an der Medizinischen Universität Wien und an der Donau Universität Krems. Weiters zahlreiche Funktionen, Sprecher der ARGE der Patientenanwälte Österreichs, Vorsitzender der NÖ Patienten- und Entschädigungskommission, Mitglied des NÖ Landessanitätsrates und vieles mehr. Und weil es so schön aussieht im Lebenslauf: Verheiratet und sechs Kinder. Dr. Bachinger über die Rolle der Kassenärzte im Gesundheitssystem.

„Die Rolle der Kassenärzte im Gesundheitssystem?“

Dr. Gerald Bachinger, NÖ Patientenanwalt:

Herzlichen Dank! Verheiratet und sechs Kinder mit einer Frau, muss man heutzutage schon dazu sagen.

Herzlichen Dank für die Einladung! Ich werde mich beschäftigen mit etwas, was wirklich die Basis dessen ist, was Prof. Haber bereits gesagt hat. Mit einem Thema, das mir sehr am Herzen liegt und das den Patienten und Patientinnen und auch den Angehörigen sehr am Herzen liegt, nämlich mit der Rolle der Kassenärzte im Gesundheitssystem.

Wie ein roter Faden wird sich auch durchziehen diese Thematik, die auch bereits angesprochen war. Ist es wirklich möglich, Qualitätssteigerungen mit Kostensenkungen zu kombinieren? Ist hier ein Fragezeichen angebracht? Meine erste These dazu lautet, Nein! Es wäre eigentlich ein Rufzeichen hinter diesem Satz zu sprechen. Denn die Erfahrungen zeigen, dass es genau in diese Richtung geht, wenn man es richtig macht. Es ist immer so, wenn was wichtig ist, dass man sagt, es gibt viele Wege, man muss sozusagen die richtigen Wege finden.

Ich halte das für einen sehr interessanten Ansatz, dass ich heute im Landtag zu diesem Thema sprechen darf. Denn als Patientenvertreter über die Rolle der Kassenärzte zu sprechen, ist durchaus nicht selbstverständlich. Normalerweise, wie Sie wissen, sind es die Ärztekammervertreter, die in diesem Bereich verschiedene Vorstellungen ihnen präsentieren. Also ich denke, es ist ein ganz guter, neuer, erfrischender, hoffentlich erfrischender An-

satz, wenn ich als Patientenvertreter Ihnen dazu einiges sagen kann.

Ich möchte sozusagen diese Rolle der Kassenärzte im Grunde etwas darstellen und möchte auch am Ende des Referats sehr klar auf bestimmte konkrete Punkte eingehen, von denen ich mir vorstellen kann, dass die Richtung stimmt, wenn wir diese Richtung einschlagen. In dem Wissen auch, je konkreter man wird, desto angreifbarer wird man. Aber trotzdem möchte ich dieses Auditorium hier jetzt verwenden, ganz konkret in bestimmte Richtungen zu argumentieren.

Vielleicht noch eine kleine Ergänzung: Ein Alarmsignal im Hinblick auf den kassenärztlichen Bereich ist für mich auch – und ich sehe mich wirklich als Vertreter eines öffentlichen österreichischen Gesundheitssystems –, ich halte nicht sehr viel davon, dass, gewisse Ausnahmen abgesehen, das sehr stark in Richtung Privatisierung – sprich amerikanische Systeme – gegangen wird als ein Vertreter des öffentlichen Gesundheitssystems. Und ein Alarmsignal, das wir hier in ganz Österreich sehen und auch in Niederösterreich sehen ist, dass die Zahl der Wahlärzte im Vergleich zu der Zahl der Kassenärzte immer steigt.

Das ist für mich deswegen ein Alarmsignal, weil es ja eigentlich die Aufgabe der öffentlichen Hand wäre, im niedergelassenen Bereich die durchgehende und flächendeckende Versorgung anzubieten! Und wir wissen auch aus verschiedenen Studien, auch aus dem internationalen Vergleich, dass sozusagen der Teil, den Patienten unabhängig von ihren Sozialversicherungsbeiträgen bereits zu zahlen haben, also Selbstbehalte und ähnliche Dinge, diese „Out of Pocket“-Finanzierung, dass die in Österreich bereits sehr hoch ist.

Trotzdem sind die Patienten immer mehr bereit an und für sich noch mehr Geld in die Hand zu nehmen für sozusagen Wahlärzte, die, wie Sie wissen, nur 80 Prozent der Kassenhonorare dann von der Kasse ersetzt bekommen. Und die Honorare des Wahlarztes können ja viel höher sein als die Kassentarife. Also das ist eine Entwicklung, die mir als Alarmsignal erscheint, weil sie eigentlich in eine vollkommen falsche Richtung geht.

Das Gesundheitswesen in Österreich bzw. in Niederösterreich wurde bereits erwähnt. Ich kann aus meiner Sicht und Erfahrung hier ganz aus volstem Herzen sagen, wir haben sicher ein sehr gutes Gesundheitssystem, keine Frage. Aber auch ein sehr gutes Gesundheitssystem hat Bereiche, wo man noch besser werden kann. Wir haben auch in Österreich und in Niederösterreich Bereiche wo

es Überversorgung gibt. Und wir haben auch Bereiche – und das ist besonders schmerzhaft für mich als Patientenvertreter –, wir haben auch Bereiche wo es Unterversorgung gibt.

Wenn man sich ein modernes öffentliches Gesundheitswesen anschaut, dann sollte es so aufgebaut sein, idealerweise, idealtypisch, wie Sie es hier in dieser Pyramide sehen. Mit Spitzenversorgung im Bereich der stationären Versorgung der Patienten, dann geht's 'runter zu den Ambulanzen, dann zu den Fachärzten, zu den Kassenärzten, zum Hausarzt. Das will ich jetzt einmal synonym verwenden, Kassenarzt oder Hausarzt oder wie immer wir es nennen wollen, sozusagen die Basisversorgung.

So wäre die idealtypische Vorstellung eines öffentlichen abgestuften Gesundheitssystems, wo also der Patient je nach seinen gesundheitlichen, krankheitlichen Bedürfnissen dort hinkommt wo er nach seinen fachlichen Beziehungen auch hinkommen sollte. Und eben eine starke Basisversorgung.

Wie schaut's aber in Niederösterreich und in Österreich wirklich aus? Das mag vielleicht etwas übertrieben sein, aber ich möchte sehr deutlich eben herausstreichen, wie derzeit der Stand ist. Wir haben eine sehr gute ausgebaute - zum Glück, sage ich dazu -, eine sehr gute ausgebaute stationäre Versorgung. Wir haben eine sehr gut ausgebaute ambulante Versorgung. Und die Patienten gehen ja nicht deswegen in die Ambulanzen, weil es so lustig ist dort. Dort haben sie ja auch Wartezeiten. Sondern sie gehen in die Ambulanzen, weil die Struktur im niedergelassenen Bereich nicht ausreicht. Denken Sie an Öffnungszeiten, denken Sie an verschiedene Fachdisziplinen, die hier nicht zusammen arbeiten wie sie zusammen arbeiten sollten.

Das heißt, das System zwingt die Patienten eigentlich in den ambulanten Bereich. Ich möchte aber auch dazu sagen, dass solche Modelle, wie wir sie dann noch hören werden, IAS Horn, also die interdisziplinäre Aufnahmestation in Horn, durchaus Zukunftsmodelle sind, die man neben allem, was ich auch sagen werde, natürlich weiter verfolgen sollte.

Dann haben wir sozusagen einen ganz gut ausgebauten fachärztlichen Bereich, auch da oder dort mit Wartezeiten. Aber da geht's eher um die Verteilung auch. Und wir haben einen relativ kleinen Bereich von Kassenärzten, Hausärzten, die eigentlich die Basisversorgung, die Primärversorgung durchführen sollten. Also eigentlich würden

wir so was brauchen, wie Sie sehen: Das ist der Atlas, der sozusagen die Basisversorgung trägt. Also Damen natürlich auch. Ich habe jetzt keine Göttin gefunden, die da dazupassen würde, ich möchte da gendermäßig korrekt bleiben. Aber das hat ganz einfach dazu gepasst. Derjenige, der quasi die Grundlast, die Basisversorgung trägt, das sollte eigentlich so jemand sein im Bereich der Primärversorgung.

Wie schaut's aber im Bereich der Primärversorgung derzeit wirklich aus? Es geht in Richtung Suppenkaspar! Und zwar im Laufe der Jahre immer verstärkter. Das heißt, das ist eine Entwicklung, die vollkommen in die falsche Richtung läuft und wo wir natürlich gegensteuern sollten.

Es kommt ein Zweites dazu. Es wurde bereits angeschnitten von Prof. Haber, diese Problematik der Schnittstellen. Heutzutage sagt man Nahtstellen. In Wirklichkeit sind es meiner Ansicht nach immer noch in vielen Bereichen Schnittstellen. Also diese Kluft zwischen den verschiedenen Bereichen, die für etwas, was auch ein Zukunftswort ist, nämlich für den Bereich integrierte Versorgung, das heißt, die Versorgung des Patienten über die verschiedenen Versorgungsebenen hinweggehend, nämlich Patienten orientiert und nicht Institutionen orientiert, ist nach wie vor in Österreich ein Fremdwort. Das heißt, es gibt hier eine Kluft und die Nahtstellen Schnittstellen wirken nach wie vor sehr stark.

Das heißt, das, was eigentlich das Zukunftsprojekt wäre, das wir so nach Mosaiksteinchen um den Patienten, um die Patientin herum die verschiedenen Versorgungsformen haben und wirklich der Patient, die Patientin dort landet, wo er sie hingehört und dort auch weiter gegeben, weiter geführt wird, das haben wir in Österreich und in Niederösterreich nach wie vor nicht.

Wir haben sogar etwas - das ist die Berliner Mauer, damals noch. Wir haben sogar etwas, das so wirkt wie eine Berliner Mauer. Man kann so ein bisschen durchschauen als Patient und sieht vielleicht, wie es wirklich besser sein sollte. Aber diese durchgehende Versorgung von Patienten haben wir nachher nicht. Und da komme ich auf etwas, was mir sehr am Herzen liegt. Ein Instrument, ein Werkzeug, das, wie wir aus vielen Konzepten und Projekten von integrierter Versorgung wissen, eigentlich ein kritischer Erfolgsfaktor ist, nämlich die Vernetzung von Gesundheitsdaten.

Gesundheitsinformationen, relevante Gesundheitsinformationen müssen möglichst niedrigschwellig zwischen den einzelnen Versorgungs-

bereichen fließen. Wenn das nicht funktioniert, brauchen wir gar nicht über integrierte Versorgung reden. Denn das ist die Grundlage für eine bestmögliche Qualität, die den Patienten geboten werden sollte.

Also wir hören ja in, ich weiß nicht wie vielen Regierungsprogrammen schon immer in den letzten Jahrzehnten, dass das Hausarztssystem, die Primärversorgung, gestärkt werden sollte. Es finden aber relativ wenige konkrete Schritte in diese Richtung statt. Die Frage ist natürlich, warum will man überhaupt ein gutes Hausarztssystem haben? Ist es nur wieder irgendwas Neues, wo man verschiedene neue Vorstellungen einbringen will? Oder hat es wirklich einen Sinn? Aus meiner Sicht hat es wirklich einen Sinn im Hinblick auf die vielen betroffenen Patienten! Nämlich dass ein flächendeckendes, wohnortnahes und - auch in einem öffentlichen Gesundheitssystem ist dieser Punkt sehr wichtig – nämlich niedrigschwelliges, solidarisches Gesundheitssystem zur Verfügung steht. Ich erinnere Sie an die jüngste Initiative zu den Gesundheitszielen, wo es eigentlich darum geht, dass sehr viel außerhalb des eigentlichen Gesundheitswesens geleistet werden soll. Damit eben die Lebensjahre zum Beispiel viel höher werden als bisher.

Wir brauchen auch auf der Basisversorgung ein patienten-familienorientiertes System, das hier entsprechende Antworten gibt. Wir brauchen ein ganzheitlich gesundheitsorientiertes System im Bereich der Primärversorgung. Und warum brauchen wir das alles? Weil es das ökonomisch günstigste Versorgungssystem ist im Vergleich zu anderen, die vielleicht da oder dort die gleiche oder auch eine bessere Qualität erzielen!

Es ist für mich nicht selbstverständlich: Prof. Haber hat natürlich im Finanziellen etwas, wo er laufend drinnen ist und wo er wahrscheinlich in jedem zweiten Satz darüber spricht. Ich als Patientenanwalt halte mich an und für sich bei der Ökonomiedebatte immer zurück. Trotzdem gibt's einen Punkt, den ich hier auch entsprechend zu Gehör bringen will. Es ist durchaus auch unethisch, begrenzte öffentliche Ressourcen zu verschwenden. Wir reden gerade im Bereich der Medizin und im Bereich des Gesundheitswesens viel von Ethik. Keine Frage, das ist wichtig! Begrenzte öffentliche Ressourcen: Sie haben gesehen, wir sind bei 11 Prozent des BIP, also viel mehr Steigerung wird da im Hinblick auf die Gesamtsituation des Staates nicht mehr drinnen sein. Es ist also genauso auch unethisch, nicht nur ökonomisch sinnlos sondern auch unethisch, begrenzte öffentliche Ressourcen zu verschwenden!

Ein paar Punkte noch die mir im Hinblick auf den Hausarzt sehr wichtig sind. Das Ziel sollte sein, vom Einzelkämpfer in einer abgestuften und integrierten Versorgungspyramide zum Teamspieler zu kommen. Das sind übrigens meine Kinder. Ich habe vier Kinder, die spielen bei Generali Invaders in St. Pölten Football und da lernen sie eigentlich Teamgedanken, ja? Und wissen, wie das ist, wie stark man eigentlich ist wenn man in einem Team arbeitet. Und wenn ich vom Team in dieser Hinsicht spreche, dann meine ich nicht nur das Team von Ärzten. Ich meine ein interdisziplinäres, multidisziplinär zusammengesetztes Team auch im Bereich der Primärversorgung.

Vom Behandler der Krankheit zum - auch das sind so schöne Worte - zum Gesundheitsmanager, zum Lotsen, zum Navigator. Auch das hört man ja immer wieder und das kann ich nur unterstreichen. Das ist sicher sehr wichtig. Weil es jemanden benötigt, der nicht alle kranken Menschen, aber doch sehr viele in diesem Dschungel des Gesundheitswesens, in diesen Dschungel der integrierten Versorgung, in diesem Labyrinth des Gesundheitswesens dorthin führt und managt wo er eigentlich hingehört. Und auch vieles – und das sage ich auch bewusst dazu – vieles, was Bürokratie bedeutet, eigentlich auch den Patientinnen und Angehörigen abnehmen sollte. Und wir brauchen natürlich jemanden, der als Gesundheitsmanager, Lotse, mit den neuen elektronischen Möglichkeiten voll umgehen kann und sie nicht ablehnt, sondern im Gegenteil, sehr stark in diese Richtung geht.

Und da komm ich jetzt zu dem Punkt, den ich auch aufgreifen will, nämlich zur Vernetzung von Gesundheitsdaten. Was ist das Ziel und der Zweck eigentlich von dieser Vernetzung von Gesundheitsdaten? Es ist nicht das, was man immer wieder hört, Datenschutz und Datensicherheit. Ja, das ist schon wichtig, Datenschutz und Datensicherheit. Nur, was hat ein Patient vom absoluten Datenschutz wenn er dann wegen nicht fließender Informationen eine Gesundheitsverschlechterung hat oder vielleicht sogar stirbt. Gibt genug Beispiele, wo das der Fall ist.

Also, das oberste Ziel muss natürlich sein, mehr Qualität und verbesserte Patientensicherheit. Auch das ist bereits angesprochen worden: Gesteigerte Effizienz der Prozesse, Standardisierungen, Verhinderungen von Systembrüchen, die wir in vielerlei Hinsicht im Gesundheitswesen haben, weil Informationen vom einen System ins andere transportiert werden müssen. Und wenn ich von Standardisierungen spreche, meine ich nicht – wie immer wieder gesagt wird – die Standardisierung des Arztes oder die Standardisierung des Patienten. Es

geht nicht um Standard-Patienten. Es geht um die Standardisierung der Prozesse und das ist ein wesentlicher Unterschied! Es geht, auch das ist angesprochen worden, ich kann das nur sehr unterstützen, es geht um mehr Autonomie, Transparenz für Patientinnen und um mehr Evidenz basierte Gesundheitsinformation. Und natürlich, last but not least, das gehört selbstverständlich dazu, es geht auch um verbesserte Datensicherheit und verbesserten Datenschutz auf höchstem Niveau. Absolute Datensicherheit wird es nicht geben.

Ich möchte in dem Zusammenhang auch eine Studie präsentieren, die in Österreich mehr oder minder tot geschwiegen wird. Die ein riesiges Problem aber eigentlich darstellt. Es ist das Problem Polypharmakotherapie oder Polypharmazie.

Sie wissen, es gibt eine Definition der WHO, wonach nach 5, 6 Medikamenten eigentlich niemand mehr weiß, wie die miteinander interagieren und wie die Wechselwirkungen sind. Und es gibt eine der ganz wenigen Studien in Österreich, die sich eigentlich mit diesem Thema beschäftigt hat, von der Uni Salzburg. Und ich kann nur sagen, das ist 1:1 übertragbar auf alle Bundesländer. Es ist in Salzburg sicher nicht anders im Hinblick auf dieses Thema als in den anderen Bundesländern.

Dort ist es darum gegangen, dass man die Verordnungsqualität sozusagen von Patienten, die aus den niedergelassenen Bereichen ins Krankenhaus gekommen sind, untersucht hat. Also da hat ein Team von Internisten, Pharmazeuten sich angeschaut, wie schaut es aus mit den Verordnungen der Patienten, die ins Krankenhaus kommen? Zielgruppe waren Patienten ab 75 Jahren. Das sind vor allem diejenigen, wo eben diese Polypharmakotherapie eine Rolle spielt. Und da ist das evaluiert worden, wie schaut es da aus mit der Verordnungsqualität?

Bitte, Sie sitzen ja zum Glück alle, weil das kratzt sehr an dem Mythos dass wir das beste Gesundheitssystem haben oder hätten. Es wurden bei 36,3 Prozent dieser Patienten verzichtbare Medikamente gefunden. Also man muss eigentlich die Patienten vor der Medizin schützen, ja? Das könnte so aus dem hervor kommen. Medikamente, die für alte Menschen – und bitte noch einmal, das sind verordnete Medikamente gewesen, also nicht „OTC“ oder sonstwas oder irgendwelche selbst genommene, sondern das sind verordnete Medikamente gewesen – Medikamente, die für alte Menschen inadäquad sind bei 30,1 Prozent der Patientinnen. Doppelverordnungen bei 7,6 Prozent, Fehldosierungen bei 23,4 Prozent, unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei 17,8 Prozent der Pati-

enten und Patientinnen. Und jetzt kommt die eigentliche Bombe: Nämlich in 56,7 Prozent der Fälle war diese unerwünschte Arzneimittelwirkung auf Grund der schlechten Verordnung der Grund für die stationäre Aufnahme.

Also, die These am Anfang, gute Qualität bedeutet Kostensenkung, können Sie ganz einfach damit begründen! Da brauch' ich eigentlich keine umfassenden Studien oder sonstwas dazu, sondern ich glaube, das kann jeder „mit dem Krückstock greifen“ was hier ein Potenzial eigentlich da ist wenn die Verordnungsqualität ordentlich und so wie sie sein sollte ist.

Das heißt, wir brauchen, und das ist jetzt kein Vorwurf an irgendjemanden, der niedergelassen im Bereich arbeitet, sondern es ist eine Feststellung, gleichzeitig mit dem Hinweis, dass da Hilfestellung notwendig ist, wir brauchen also Werkzeuge im niedergelassenen Bereich, Stichwort E-Medikation - ich verstehe nicht, dass es diese Widerstände dagegen gibt -, die einen Überblick dem niedergelassenen Arzt geben im Hinblick auf die aktuelle Medikationssituation. Die hat er derzeit nicht, ja?

Einen Überblick, der das umfasst, was Allgemeinmediziner, Fachärzte, Krankenanstalten und Apotheken in ihrer Medikationsdatenbank drinnen haben. OTCs, also die Medikamente, die ohne Verordnung in der Apotheke gekauft werden dürfen, auch da gibt's wechselwirkungsrelevante, ... Aspirin zum Beispiel mit verschiedenen Blut verdünnenden Medikamenten. Das kann zu Todesfällen führen. Doch es geht im Hintergrund um ein Wissensmanagement. Denn einer niedergelassener Arzt kann heutzutage nicht mehr die hunderte oder tausende Studien, die es jedes Jahr gibt, wirklich nicht bis ins letzte Detail kennen. Das heißt, das Wissensmanagement im Hintergrund ist ein ganz wichtiger Punkt.

Ein zweiter Eckpunkt, der mir als Zielbestimmung sehr wichtig ist. Mir ist es wichtig, dass wir weg kommen vom Eminenz-basierten medizinischen Künstler, so wie Sie es hier aus dem vorigen Jahrhundert als Beispiel sehen. So ein medizinischer Heroe. Ist auch gendermäßig nicht in Ordnung, was Sie hier sehen, aber ich habe kein besseres Bild gesehen. Sozusagen der medizinische Heroe, der sich dem Tod entgegenstellt und für die Patientinnen kämpft. Das kann nicht das Bild der Zukunft sein! Sondern wir brauchen jemanden, der Empathie, Kommunikation und neueste elektronische Mittel und Möglichkeiten vereint, natürlich auch mit entsprechender Ausbildung, um die entsprechende Qualität auch für die Patientinnen geben zu können.

Ein paar Punkte, die sehr wichtig sind. Das ist für die Spezialisten unter Ihnen. Wir brauchen evidenzbasierte Betreuung nach aktuellen wissenschaftlichen Standards. Wir brauchen Leitlinien. Das sind alles Reizworte, ja, für manche unter Ihnen. Wir brauchen Leitlinien, wir brauchen klinische Pfade, wir brauchen Berufsgruppen übergreifend abgestimmte, Sektoren übergreifende Versorgungsprozesse.

Und jetzt komm ich schon zum Ende: Ein paar ganz konkrete Punkte, von denen ich meine, dass wir in diese Richtung gehen sollten. Darüber kann man sicher viel diskutieren. Ich möchte Ihnen empfehlen, dazu eine Lektüre zu lesen. Von der österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin gibt's da nämlich sehr gute Vorschläge, in welche Richtung man gehen könnte. Sehr vieles von dem habe ich auch übernommen, weil es wirklich sinnvoll ist.

Ein wichtiger Eckpunkt ist, dass die Versicherten die Vorgabe haben, dass sie einen Allgemeinmediziner wählen. Und wir brauchen Anreize, das Wort ist bereits gefallen, wir brauchen neue Honorierungssysteme. Bei diesen Versichertenmodellen ist es so, dass aus meiner Sicht diese Wahl für einen bestimmten Zeitraum sein sollte, der Wechsel sollte natürlich aus wichtigen Gründen möglich sein, und Sonderregelungen natürlich für Akut-/Notversorgung.

Wir brauchen entweder ein Bonussystem oder ein Malussystem, Selbstbehalt. Das heißt, aus meinem Mund klingt das jetzt seltsam, aber die Steuerung der Patientenströme können wir nicht durch Gesetze erzwingen. Da bin ich ganz bei Ihnen. Sondern wir brauchen eigentlich finanzielle Anreize in diesem Bereich, dass wir sinnvolle und gute Anreizsysteme hier schaffen. Und wir brauchen neue Honorierungssysteme für niedergelassene Ärzte. Die derzeit mengenoptimierenden Systeme im niedergelassenen Bereich mit den hunderten Tarifpositionen, die aus meiner Sicht auch sehr eigenartig sind und nichts mit der Leistung zu tun haben, sondern das sind Verhandlungslösungen, die sich in den letzten Jahrzehnten entwickelt haben, die gehören eigentlich ersetzt durch ein pauschales Honorierungssystem mit Qualitätsanreizen, ja? Also Stichwort P für Performance oder P für Quality. Qualitätsanreize gehören hier rein!

Und auch diese leidige Diskussion mit den ärztlichen Hausapotheken, ja? Die ärztlichen Hausapotheken sind nicht dazu da um dem Arzt ein ordentliches Einkommen zu verschaffen. Das ist nicht der Sinn dessen. Wir brauchen vielmehr für

bestimmte Regionen natürlich Strukturzuschüsse, damit sich Ärzte dann auch ansiedeln.

Die letzten drei Punkte, Vernetzung von Gesundheitsdaten, Qualitätssicherung, Kontrolle und obligatorische Lehrpraxis, ein ganz wesentlicher Punkt, um auch diesen „Titanen“ dann zu haben, den man eigentlich braucht. Bei der Vernetzung von Gesundheitsdaten, ELGA und E-Medikation wurde bereits genannt, bei der Qualitätssicherung, Kontrolle muss ich leider dazu sagen, die Qualitätssicherung und Kontrolle gehört weg von der Standespolitik. Also die Ökumed ist aus meiner Sicht nicht geeignet, hier eine unabhängige Qualitätskontrolle, aus Standesinteressen - auch ganz klar, durchzuführen. Wir brauchen Qualitätssicherung, Qualitätskontrolle durch unabhängige Einrichtungen. Es gehört die medizinische Qualität kontrolliert, Strukturqualität, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Landeskrankenanstalten zeigen ja vor mit dem AIQul wie das geht.

Und wir brauchen eine obligatorische Lehrpraxis, um Ärzte zu bekommen, die kommunikative, soziale, empathische Kompetenz haben. Ein weites, gerade für die Allgemeinmediziner wichtig, ein weites fachliches Wissen haben und auch – auch ein wichtiger Punkt – diese Managementkompetenz haben, die ein Gesundheitsmanager in diesem Bereich haben sollte.

Zur letzten Folie: Leider kein Zitat von mir, aber ich glaube, das passt trotzdem: „Gute Qualität kostet viel Geld, schlechte Qualität kostet viel mehr Geld.“ Ich glaube, nach dem Grundsatz kann man das sehen. Danke schön! (*Beifall*)

Sandra Baierl: Herzlichen Dank Dr. Garald Bachinger, dem die Patienten immer ein sehr zentrales Anliegen sind. Herzlichen Dank auch für die Reizworte, Patienten und Kunden brauchen Anreizsysteme.

Damit kommen wir zu unserem nächsten Vortrag von Mag. Peter McDonald. Er ist seit 2011 geschäftsführender Obmann der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Direktor im Österreichischen Wirtschaftsband. 2011 wurde er auch zum stellvertretenden Vorsitzenden der Trägerkonferenz im Hauptverband und somit an die Spitze der österreichischen Sozialversicherungsträger gewählt. Unter dem Leitsatz „Solidarität bedingt Eigenverantwortung“ entwickelte er in der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft neue gesundheitspolitische Ansätze, die für ein modernes und nachhaltig finanzierbares Gesundheitssystem stehen. Sein Vortrag „Best Practice-Modell eines Bonus-Systems der SVA“.

„Best Practice-Modell eines Bonus-Systems der SVA“

Mag. Peter McDonald: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrter Herr Landeshauptmannstellvertreter! Sehr geehrte Frau Landesrätin! Liebe Damen und Herren Klubobleute!

Zuerst gleich eine Korrektur: An der Spitze steht natürlich ein Niederösterreicher mit Hans Jörg Schelling. Ich bin nur ein Teil dieses Spitzengremiums. Aber vielen Dank für die Einladung, dass ich hier unsere Sichtweisen für die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens darlegen darf.

Wir in Österreich, wir Österreicherinnen und Österreicher investieren über 30 Milliarden in das österreichische Gesundheitssystem und liegen mit diesen Investitionen europaweit im Spitzenfeld. Wir werden durch diese Investitionen im Gesundheitswesen Jahr für Jahr älter, aber wir werden leider nicht Jahr für Jahr gesünder. Wir wissen heute, dass wir in unserer Gesundheitserwartung mehr als 20 Jahre verlieren und liegen damit weit unter dem Durchschnitt in Europa. Das heißt, jede Österreicherin, jeder Österreicher lebt nur 60 Jahre beschwerdefrei und bleibt dabei gesund, während der Durchschnittseuropäer eineinhalb Jahre mehr gesunde und beschwerdefreie Jahre hinter sich bringt.

Das heißt auch, das sollte uns in der Gesundheitspolitik und für jeden Gesundheitspolitiker die wichtigste Handlungsanleitung sein, nämlich sein Engagement in die Richtung der Gesundheitserhaltung und Gesundheitsweiterentwicklung zu lenken. Wir in der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft haben uns gefragt, was können wir, die wir zuständig sind für ein Klientel von 7 Prozent der Versicherten, hier in dem Bereich der jetzigen Strukturen vorzeigen und vielleicht auch angehen? Nachdem seit 30 Jahren über Gesundheitsreformen gesprochen wird und da und dort vielleicht ein kleiner Schritt funktioniert, haben wir gesagt, wir warten nicht auf die großen Reformen, sondern versuchen selbst in unserem Bereich einmal vorzuzeigen, was wir in den derzeitigen Strukturen bereits ermöglichen können.

Und wir glauben, dass das Gesundheitswesen nur dann gesunden kann, wenn wir selbst gesünder werden. Und wir den Fokus, den wir sehr erfolgreich jetzt auf die Reparaturmedizin gelegt haben, wo wir sehr hohe Zufriedenheitswerte in der Reparaturmedizin haben, auch stärker in Richtung Prävention, Vorsorge und Eigenverantwortung legen, wo wir mit Investitionen von rund eineinhalb Prozent dieser über 30 Milliarden bei der Hälfte von

Deutschland und auch sonst weit unter dem Durchschnitt in diesem Bereich liegen.

Wir haben dieses Modell jetzt seit 1. Jänner im Laufen. Es nennt sich „selbständig gesund“. Und wir wollen damit für alle unsere Versicherten, die sich selbst für ihre eigene Gesundheitserhaltung engagieren wollen, und da im Rahmen dessen mit ihrem Vertrauensarzt Gesundheitsziele vereinbaren, die sie dann auch aktiv, entweder in einer Gesundheitserhaltung oder in einem besseren Engagement für bessere Werte dann auch erreichen, mit einem Anreiz von einer Reduzierung ihres Selbstbehalts, das heißt, dass sie sich konkret die Hälfte ihres Selbstbehaltes die kommenden Jahre ersparen werden, auch anrechnen.

Ich darf Ihnen dieses Modell jetzt in einem kleinen Video vorführen lassen. (http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=72601&p_tabid=3):

Selbständig Gesund. Übernehmen Sie Verantwortung für Ihre Gesundheit. Ersparen Sie sich den halben Selbstbehalt.

Mit dem freiwilligen Vorsorgeprogramm „selbständig gesund“ will die SVA Sie dabei unterstützen, möglichst lange gesund zu bleiben und möglichst beschwerdefrei zu leben. Durch Ihr persönliches Engagement profitieren Sie dabei doppelt: Einerseits gesundheitlich durch erhöhte Lebensqualität, andererseits finanziell durch halbierten Selbstbehalt.

Und so funktioniert das neue System: Fünf Gesundheitswerte, die jedermann durch seine Lebensweise selbst beeinflussen kann, stehen im Mittelpunkt des neuen Programms. Blutdruck, Gewicht, Bewegung, Tabak und Alkohol.

Sie legen gemeinsam mit Ihrem Hausarzt oder Hausärztin einen Termin fest für einen Gesundheitscheck. Dabei definiert Ihr Hausarzt, Ihre Hausärztin Ihr persönliches Gesundheitsziel. Sind die Werte von diesem Gesundheitscheck für Sie in Ordnung, dann heißt das Gesundheitsziel ganz einfach: Gesundheit erhalten.

Zeigen die Resultate allerdings dass Handlungsbedarf besteht, dann heißt das Gesundheitsziel für Sie: Gesundheit verbessern. Heißt es, Gesundheit verbessern, dann legen Sie gemeinsam mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt fest, wie Sie am besten diese Werte, um die es in Ihrem Fall geht, verbessern können. Und auch bis wann es sinnvoll ist, diese Ziele umzusetzen. Frühestens aber nach sechs Monaten.

Nach Ablauf dieses vereinbarten Zeitraums machen Sie einen neuerlichen Termin mit Ihrem Arzt aus und dabei wird überprüft, ob Sie Ihre Gesundheitsziele auch tatsächlich erreicht haben. Ist das der Fall, dann zahlen Sie ab sofort für alle zahnärztlichen und ärztlichen Leistungen nur noch 10 statt 20 Prozent Selbstbehalt. Um den reduzierten Selbstbehalt zu bekommen, müssen Sie einen Antrag stellen. Das Formular „Meine Gesundheitsziele“ bekommen Sie bei Ihrem Arzt, in jeder SVA-Landesstelle oder aber unter www.svagesundheitsversicherung.at zum Download.

Wenn Sie alle Gesundheitsziele umgesetzt haben, dann ist die nächste Untersuchung, je nach Ihrem Lebensalter – davon ist es abhängig – erst in zwei bis drei Jahren fällig. Und die SVA wird Sie mit Sicherheit daran rechtzeitig erinnern damit dieser Termin ja nicht vergessen wird.

Sinn ist es, die Selbstverantwortung der Versicherten zu fördern. Der Arzt gibt Empfehlungen, wie die Gesundheitsziele erreicht werden können. Die Umsetzung liegt aber letztlich in der Eigenverantwortung jeder Patientin, jedes Patienten.

Ein zu hoher Blutdruck, in der Fachsprache auch Hypertonie genannt, ist Ursache vieler Krankheiten. Beispielsweise der Gefäße, der Augen, auch Krankheiten im Gehirn. Aber ein gut eingestellter Blutdruck senkt das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen deutlich. Daher ist ein gut eingestellter, ein gesunder Blutdruck ein ganz wichtiger Baustein Ihrer Gesundheit. Noch dazu, wo man in vielen Fällen das gar nicht bemerkt, dass man einen zu hohen Blutdruck hat. Warum? Weil man zunächst, und dieses „zunächst“ kann jahrelang sein, keinerlei Beschwerden hat. Also ganz wichtig, nicht vergessen, im Rahmen Ihres Gesundheitschecks unbedingt auch eine Kontrolluntersuchung Ihres Blutdrucks machen lassen.

Die gute Nachricht: Es gibt viele Möglichkeiten, hohem Blutdruck vorzubeugen oder ihn zu senken, sollte er bereits erhöht sein. Bewährt haben sich mehr Bewegung, weniger Kochsalz- und Alkoholkonsum, Stressbewältigung und Gewichtsabnahme. Für jene Fälle, in denen diese einfachen Mittel nicht ausreichen, gibt es entsprechende medikamentöse Therapien. Stellt Ihr Hausarzt erhöhten Blutdruck fest, wird er mit Ihnen geeignete Maßnahmen zur Senkung des Blutdrucks festlegen sowie einen Zeitrahmen, in dem sich entsprechende Fortschritte erzielen lassen.

Das Gesundheitsziel Blutdruck gilt als erreicht, wenn der aktuelle systolische Wert unter 140 und

der diastolische Wert unter 90 liegen oder wenn der Blutdruck im Beobachtungszeitraum ausreichend eingestellt war. Letzteres können Sie mit regelmäßigen Selbstmessungen nachweisen.

Erhöhtes Gewicht und insbesondere natürlich Fettleibigkeit sind Risikofaktoren für sehr viele Erkrankungen. So wird beispielsweise die Entstehung von Diabetes mellitus, also der Zuckerkrankheit, durch hohes Gewicht, sehr begünstigt. Und die Kombination von Fettleibigkeit, Diabetes mellitus und Bluthochdruck kann zu sehr vielen Krankheiten führen. Wie beispielsweise Herzinfarkt, Schlaganfall, Gefäßkrankungen, Fußkrankungen, Nierenerkrankungen und Augenerkrankungen bis zur Blindheit.

Um festzustellen, ob Ihr Gewicht im Normalbereich liegt, wird der so genannte Body-Mass-Index berechnet. Ergibt die Berechnung einen Wert zwischen 18,5 und 24,9 bedeutet das, das Gewicht liegt im Normalbereich. Liegt der Wert darunter, bedeutet dies Untergewicht. Ein Wert darüber Übergewicht oder Fettleibigkeit. Stellt der Hausarzt Über- oder Untergewicht fest, lautet das Gesundheitsziel für Sie Normalgewicht erreicht. Unter Umständen sind dazu mehrere Schritte notwendig. Bei Übergewicht oder Fettleibigkeit sollten Sie bis zum Evaluierungsgespräch zumindest 5 Prozent Gewicht abnehmen.

Jeder weiß es, Sie natürlich auch, und trotzdem ist es so schwer, es zu leben. Fakt ist, wer sich ausreichend bewegt, der bleibt länger gesund. Warum? Regelmäßige Bewegung optimiert Ihre Blutzucker- und Blutfettwerte, beugt der Osteoporose vor, schützt vor chronischen Krankheiten. Und vor allen Dingen - ganz, ganz wichtig - senkt das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen deutlich.

Selbstverständlich sollten Sie nicht von null auf hundert gehen. Das heißt, sollten Sie sich jahrelang gar nicht sportlich betätigt haben, macht es keinen Sinn, täglich zu joggen. Im Gegenteil, es ist sogar gefährlich. Aber bei der Besprechung Ihrer Teilziele, wo natürlich auf Ihr individuelles Risikoprofil Rücksicht genommen wird, wird man gemeinsam sinnvolle Ziele erarbeiten. Beispielsweise statt der Rolltreppe zu Fuß zu gehen und in einem weiteren Schritt sogar auf den Lift zu verzichten. Zu Fuß bis in den 2. Stock usw. Langsam die Aktivitäten steigern. Und Sie werden sehen, Sie fühlen sich zunächst einmal besser, wohler, vor allen Dingen, auf Dauer, auf Sicht gesehen, bleiben Sie länger gesund.

Sollten sie in den letzten Jahren keine Bewegung gemacht haben, so lautet Ihr Gesundheitsziel:

Wieder in die Gänge kommen. Das heißt, es geht zunächst darum, dass Sie wieder gelegentliche oder regelmäßige Bewegung machen.

Ich denke, viele Erkrankungen im Zusammenhang mit Tabakkonsum sind bekannt. Denn die im Zigarettenrauch enthaltenen Stoffe zerstören die Blutgefäße und sind unter anderem für das so genannte Raucherbein verantwortlich. Außerdem, auch das, glaube ich, ist bekannt, erkranken Raucher häufiger an Krebs. Wie beispielsweise an Zungenkrebs, an Lippenkrebs, an Speiseröhrenkrebs, an Magenkrebs, an Dickdarmkrebs, an Blasenkrebs und natürlich an Lungenkrebs. Außerdem ist das Risiko für chronische Lungenerkrankungen wie Bronchitis eindeutig erhöht.

Nikotin wirkt binnen weniger Sekunden direkt auf das Gehirn und ist eine der am schnellsten süchtig machenden Substanzen. Die Entzugerscheinungen machen sich körperlich, aber auch seelisch bemerkbar und können monatelang anhalten. Deshalb ist es so schwierig, mit dem Rauchen aufzuhören. Und die Gefahr eines Rückfalles ist hoch! Professionelle Angebote zur Raucherentwöhnung können eine große Hilfe sein und erhöhen die Erfolgchancen. Um dieses Gesundheitsziel zu erreichen, gibt es nur einen Weg: Nicht rauchen! Es gibt viele unterstützende Angebote zur Raucherentwöhnung, die dabei eine Hilfe sein können. Ein Nichtraucher muss Nichtraucher bleiben.

Thema Alkohol: Auf den braucht niemand zu verzichten – im Gegenteil: In Maßen genossen, gehört Alkohol ja auch zu unserer Kultur, zu einem Festmahl, zu schönen Anlässen, keine Frage. Und in kleinen Mengen genossen, wie beispielsweise ein Glas Rotwein zum Essen, das kann sogar was Gutes haben. Denn dem Glas Rotwein werden ja sogar positive, Gefäß schützende Eigenschaften zugeschrieben. Aber ganz anders verhält es sich mit einem Übermaß an Alkohol. Das ist ein sehr schwerwiegendes Problem, das mehrere, eine ganze Reihe von gesundheitlichen Folgen haben kann. Denn ein langfristiger Alkoholmissbrauch schädigt nicht nur, wie allgemein bekannt, die Leber, sondern auch den Magen und die Bauchspeicheldrüse. Zudem kann Alkoholmissbrauch eine Reihe von Stoffwechselkrankheiten auslösen. Zudem kann er Nerven und Gehirn schädigen und kann es langfristig zu Persönlichkeitsveränderungen kommen.

Ernste Gesundheitsschäden können bereits bei Konsummustern eintreten, die von vielen Menschen noch als ganz normal erlebt werden. Betroffene entwickeln oft ohne es zu ahnen durch langjähriges regelmäßiges Trinken chronische Leiden.

Auch das Unfall- und das Verletzungsrisiko steigt erheblich. Im Rahmen des Gesundheitschecks wird mit Hilfe eines speziellen Fragebogens ermittelt, ob der Alkoholkonsum in einem verträglichen Rahmen liegt, oder ob es ratsam ist, den Alkoholkonsum einzuschränken. Das Ergebnis des Fragebogens sind so genannte Auditpunkte. Als unbedenklich gelten bei Frauen weniger als 5, bei Männern weniger als 8 Auditpunkte. Das Gesundheitsziel gilt als erreicht, wenn die zulässige Auditpunktzahl nicht überschritten wird.

Ihre Gesundheitsversicherung unterstützt Sie natürlich beim Start in ein fiteres Leben. Beispielsweise bei den dreitägigen SVA-Aktivcamps. Da vermitteln Ihnen qualifizierte Sportlehrer die Grundlagen von Nordic walking oder Joggen im Sommer, von Skilanglauf oder Schneewandern im Winter. Und vor allen Dingen, sie helfen Ihnen dabei, die für Sie optimale Trainingsfrequenz zu ermitteln.

Oder aber es gibt „SVA bewegt“. Das ist für Menschen, die Sport neu für sich entdecken. Das ist ein hochwertiges Gesundheitstraining, bei dem Sie mit fachlicher Unterstützung ein für Sie attraktives Bewegungsprogramm entwickeln. Speziell auf Unternehmerinnen und Unternehmer zugeschnitten sind die SVA No-Smoking-Camps. In dreitägigen Trainings, die übrigens in ausgesuchten Hotels stattfinden, lernen Sie vor allem, wie Nikotinentzug ein erster Schritt weg von der lästigen Gewohnheit hin zu mehr Lebendigkeit sein kann.

Das war jetzt sehr, sehr viel Wissenswertes auf einmal, ich weiß. Ich möchte mich auch sehr herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie uns bis hier hier gefolgt sind. Aber vielleicht doch noch einmal in Kürze das Wichtigste zusammengefasst: Wie kommen Sie zu mehr Gesundheit um weniger Geld?

Also: Zunächst vereinbaren Sie mit einem Arzt Ihres Vertrauens einen Termin für einen Gesundheitscheck. Basierend auf dem Ergebnis von diesem Gesundheitscheck definieren Sie mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Gesundheitsziele. Das kann nun entweder der Erhalt Ihrer guten Werte sein, oder aber die Verbesserung in einzelnen Bereichen oder auch nur in einem einzigen Bereich. Je nachdem. Nach frühestens sechs Monaten vereinbaren Sie dann einen Kontrolltermin. Und sollten Sie es tatsächlich geschafft haben, dass Sie alle Ihre Gesundheitsziele umgesetzt und erreicht haben, dann stellt Ihnen Ihr Arzt ein positives Gutachten aus und damit beantragen Sie dann bei der SVA eine Halbierung Ihres Selbstbehalts. Bereits ab dem Folgemonat, sofern Sie eine Leistung in Anspruch

nehmen, zahlen Sie nur noch die Hälfte des bisherigen Selbstbehaltes.

Sollten Sie Ihre Ziele nicht erreicht haben, dann haben Sie eine neue Chance. Nehmen Sie einen neuen Anlauf, definieren Sie wiederum gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Gesundheitsziele und versuchen Sie es neuerlich, einen Schritt zu mehr Lebensqualität, zu mehr Gesundheit. Falls Sie alle Ihre Gesundheitsziele umgesetzt haben, dann ist – je nach Lebensalter – erst nach zwei bis drei Jahren die nächste Untersuchung fällig.

Alle weiteren Informationen und Sonderregelungen wie beispielsweise für Diabetiker oder in der Schwangerschaft finden Sie unter www.svagesundheitsversicherung.at. Also machen Sie mit und vor allem: Bleiben Sie gesund!

Vielen Dank! Das ist unser Ansatz. Wir sagen, eine Solidarität der versicherten Gemeinschaft, der Sozialversicherung bedarf auch der Eigenverantwortung des Einzelnen. Die wollten wir mit diesem Modell stärken und Anreize dafür schaffen, dass man sich freiwillig daran beteiligt. Weil wir der Meinung sind, wenn man sich erst mit der Gesundheit auseinandersetzt wenn man krank ist, ist das leider sehr spät und verhindert ein frühzeitiges Eingreifen. Und dass wir damit auf dem richtigen Weg sind, sehen wir, weil die Gesundheitsökonomien das sehr positiv betrachtet haben, und weil wir in der österreichischen Bevölkerung mit 88 Prozent für solche Anreizmodelle Unterstützung haben.

Aber, was uns besonders wichtig ist: Dass die Versicherten das annehmen. Und wir haben österreichweit eine Steigerung der Vorsorgeuntersuchungen um 50 Prozent. Und Niederösterreich ist da Spitzenreiter mit einer Steigerung der Vorsorgeuntersuchungen um 100 Prozent. Und das zeigt, dass hier im kleinen Rahmen schon einiges möglich ist. Vielen Dank! (Beifall)

Sandra Baierl: Herzlichen Dank Peter McDonald. Wir kommen zu einem weiteren Best Practice-Beispiel von unserem Gast, der den weitesten Anfahrtsweg gehabt hat, nämlich Kjeld Møller Pedersen. Er ist vom Institut für Public Health an der Universität von Süddänemark. Seit 1999 dort Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Er hat zahlreiche Mitgliedschaften und Vorstandsposten im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen. Seine Forschungsinteressen sind Krankenhausmanagement, Gesundheitspolitik und Gesundheitsreformen. Er ist Herausgeber und Ko-Herausgeber zahlreicher Zeitschriften und Bücher. 17 Bücher hat er geschrieben, 69

Buchkapitel, 91 wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht. Sein Vortrag wird in englischer Sprache stattfinden und wird für Sie simultan übersetzt. Ich bitte auf die Bühne Kjeld Møller Pedersen zum Thema „Dänemark: Steuerungssystem im ambulanten Bereich und Gesundheitsvorsorge/Prävention“. Herzlich willkommen! (Beifall)

„Dänemark: Steuerungssystem im ambulanten Bereich und Gesundheitsvorsorge/Prävention“

Prof. Kjeld Møller Pedersen: Geehrte Damen und Herren! Ich freu mich sehr, hier zu sein. Vielen Dank für die Einladung. Ich lese und verstehe Deutsch, Hochdeutsch. Aber spreche Deutsch sehr schlecht. Zumindest meine Frau sagt das, sie ist Lehrerin für Deutsch im Gymnasium. Daher spreche ich in Englisch.
(Im Folgenden die deutschsprachige Simultanübersetzung.)

Ich freue mich sehr, heute bei Ihnen sein zu dürfen. Auch deswegen, weil ich in der Vergangenheit selbst schon im gesundheitspolitischen Sektor tätig war. Und ich werde Ihnen heute einen Überblick über das dänische Gesundheitssystem geben.

Ich werde jetzt einen Vergleich zwischen Dänemark und Österreich ziehen. Wie Sie sehen können, ist Österreich doch sehr viel mehr bewohnt als Dänemark. Auch was die Bevölkerungsdichte anbelangt gibt es Unterschiede. Allerdings ist hier Dänemark vorne. In Dänemark verfügen wir über ein höheres BIP. Und auch bei den Ausgaben für den Gesundheitsbereich sind wiederum Unterschiede, wo Österreich mehr ausgibt. Dänemark hat eine verhältnismäßig geringe Lebenserwartung, etwas geringer als Österreich.

In Dänemark ist die Gesundheitsversorgung nach Bundesländern organisiert. Wir haben fünf Bundesländer. Und vor kurzem gab es eine Reform um eben die Einheiten zu vergrößern. Diese Länder werden dann von gewählten Bundesländerräten geleitet. Und die Hauptaufgabe ist eben die Gesundheitsversorgung. Wichtig für das dänische System sind auch die Gemeinden. Wir haben 98 Gemeinden mit durchschnittlich 50.000 Einwohnern.

Die Regionen betreiben und besitzen und planen auch eigene Spitäler, sowohl somatischer als auch psychiatrischer Art. Und sie stellen auch wiederum die Hausärzte, aber auch die Fachärzte, Physiotherapeuten, Psychologen und Zahnärzte an.

Die Gemeinden wiederum sind zuständig für die Heimpflege, für den Rehabilitationsbereich, für die zahnärztliche Versorgung der Kinder, für die zahnärztliche Versorgung der älteren Bevölkerung, für die Primärprävention, für die Tertiärprävention. Was wir eigentlich hier in diesem Video gesehen haben von der SVA gerade, wäre in Dänemark eben Aufgabe der Gemeinden. Sind auch zuständig für die Alkohol- und Drogenkranken, für die Sozialpsychiatrie und auch für die Pflegeheime.

Die Zusammenarbeit zwischen den Bundesländern und den Gemeinden ist in Dänemark per Gesetz geregelt. Zum Beispiel, was passieren soll, wenn Patienten aus dem Spital entlassen werden. Und wir denken, dass diese Zusammenarbeit und die gesetzliche Regelung wichtig ist für die Verflechtung des gesamten Gesundheitssystems.

Jetzt kommen wir zur Finanzierung des Gesundheitssystems, die sich unterscheidet vom österreichischen System. Denn in Dänemark wird eigentlich alles von den allgemeinen Steuereinnahmen finanziert. Und zwar von der Einkommenssteuer, der Mehrwertsteuer, den Spezialsteuern auf Tabak, auf Alkohol, den Vermögenssteuern und so weiter.

Das heißt, wir haben eigentlich keine Krankenkassen. Wir hatten Krankenkassen bis zum Jahr 1973, dann wurden sie abgeschafft. Das bedeutet, die Regierung stellt den Bundesländern die Mittel zur Verfügung, so genannte Block Grants, wo einfach ein gewisser fairer Betrag zur Verfügung gestellt wird, der für den Gesundheitssektor dann gebraucht wird.

Wenn wir uns ansehen, wie die Gelder genau fließen, so werden zum Beispiel die Spitäler dann mit einem Fixum bedacht, während zum Beispiel die Allgemeinmedizin. Ärzte einen Mix bekommen zwischen einem Fixbetrag und einer Gebühr für die Dienstleistungen, das heißt, für die Untersuchungen. Und die Fachärzte, Zahnärzte usw. werden dann pro Untersuchung bezahlt.

Die Spitäler sind zum Großteil in öffentlicher Hand. Es gibt einige Privatspitäler, aber sie sind nicht wirklich von Bedeutung. Während der Rest des Gesundheitssektors dann eigentlich auf selbständiger Basis arbeitet und auch einen Vertrag mit den Bundesländern hat.

Das heißt, dass in Dänemark eigentlich alles aus einer Quelle kommt, alles aus einer Hand. Es gibt nicht dieses duale System wie in Österreich. Das wollte man abschaffen als 1973 die Kranken-

kassen abgeschafft wurden und das ist sicherlich auch eine der Stärken des dänischen Systems.

Sehen wir uns jetzt den Weg des Patienten durch das Gesundheitssystem an, so sehen Sie ganz links den Patienten. Und wenn er eine Leistung haben will, muss er zuerst zum Hausarzt. Der Hausarzt wird ihn dann weiter verweisen. Dieses System ist ganz strikt und basiert eben auf Überweisungen. Im Spitalsbereich wird sehr viel in den Ambulanzen gemacht. Das ist in Dänemark ganz wichtig.

Jetzt kommen wir also zu den Hausärzten. Sie sind in Dänemark sehr wichtig, sind selbständig und haben einen Vertrag mit den Bundesländern. Es gibt den Terminus „Hausarzt“ übrigens auch in Dänemark. Und wie eben Dr. Bachinger schon gesagt hat, gibt es auch in Dänemark zum Beispiel die E-Medikation etc. etc.

Zuerst einmal, wie wird man zum Hausarzt oder zum Facharzt? Um in Dänemark ein Hausarzt zu werden, brauchen sie eine so genannte Versorgernummer. Nur wenn sie eine solche Versorgernummer haben, können dann ihre Patienten auch die Kosten wiederum vom Staat refundiert bekommen. Wenn sie das nicht haben, müssen die Patienten alles selber bezahlen. Dieses System dient dazu, um die Kosten zu kontrollieren und wurde eingeführt als die Krankenkassen abgeschafft wurden. Damit wird also das Angebot kontrolliert und es hilft, das Budget einfach zu kontrollieren.

Sie können natürlich auch Hausarzt werden ohne eine Versorgernummer zu haben. Aber ich möchte darauf wetten, dass Sie dann keine Patienten bekommen. Die Anzahl der Ärzte mit Versorgernummern ist direkt proportional zur Anzahl der Patienten. Der Patienten im Allgemeinen, die sie haben können, aber auch der Patienten, die sie wirklich betreuen. Das heißt, man kann keine beliebige Anzahl an Ärzten mit Versorgernummern etablieren.

Es gibt dasselbe System dann auch für die Fachärzte. Da ist es allerdings frei gestaltet, denn die Bundesländer wollen damit einfach auch die Bedürfnisse besser abdecken. Und je nach dem richtet sich dann die Zahl der Fachärzte.

Wie kann man dann seine Karriere als Hausarzt oder als Facharzt beenden? Man kann ganz einfach eine Versorgernummer verkaufen. Das ist ein freier Markt, das ist frei verfügbar und wird nicht vom Staat oder den Bundesländern geregelt.

Weitere Einzelheiten zu den Hausärzten: In Dänemark gibt es insgesamt 4.000 Hausärzte in 2.100 Praxen. Das bedeutet, dass weniger als die Hälfte eine eigene Praxis betreiben. Es gibt sehr viele Gruppenpraxen. Und zwar sind 50 Prozent der Gruppenpraxen mit zwei Hausärzten besetzt und 27 Prozent mit drei oder mehr. Das System der Gruppenpraxen wird in Dänemark gefördert, auch weil es schwierig ist, eine Einzelpraxis zu verkaufen.

Dann muss man sich auch das andere medizinische Personal in den Praxen ansehen. Zum Beispiel die Schwestern. Sie werden immer wichtiger. Wenn sie zum Beispiel chronisch kranke Patienten haben, können die gut ausgebildeten Schwestern da schon sehr viel übernehmen. Wenn es zum Beispiel darum geht, seinen Blutdruck beim Hausarzt messen zu lassen, wird das meistens von der Schwester gemacht. Und die Schwester wird dafür extra bezahlt.

Der Grund dafür ist ganz einfach die derzeitige demografische Entwicklung, in der wir immer mehr immer ältere Patienten haben, die mehr Dienstleistungen in Anspruch nehmen und. Somit sind die Schwestern hier sehr gefragt und sehr gut einsetzbar.

Dann haben wir das Listensystem. Auch das wurde bereits erwähnt. In Dänemark muss jeder bei einem Hausarzt eingeschrieben sein. Durchschnittlich hat ein dänischer Hausarzt fast 1.600 Patienten auf seiner Liste.

Sie haben die freie Wahl, was den Hausarzt anbelangt. Und sie können alle drei Monate wechseln.

Damit wird der Hausarzt auch zum Koordinator. Und das Gute daran ist auch, dass man eine langjährige Arzt-Patientenbeziehung hat. Ich zum Beispiel habe meinen Hausarzt schon seit den letzten 20 Jahren. Dieses System, wo man also den Hausarzt hat, der die Überweisungen macht und die Kombination mit dem Listensystem arbeitet sehr gut zusammen.

Wie werden die Hausärzte bezahlt? Wir haben im Lauf der Jahre ein System entwickelt, wo wir eine bestimmte Anzahl von Patienten auf der Liste haben und gleichzeitig aber auch der Arzt für die Untersuchungen dann bezahlt wird.

Wenn Sie sich also nun die Einnahmensstruktur der typischen dänischen Hausärzte ansehen, so kommen ungefähr 30 Prozent von den Patienten aus der Liste und 70 Prozent von den tatsächlichen

Untersuchungen. Durch dieses System wird auch vermieden, dass man immer mehr Untersuchungen machen will um mehr Geld zu verdienen.

Dieses System gibt's schon seit ungefähr 50 Jahren, mit Ausnahme von Kopenhagen, wo das System in den 90er Jahren eingeführt wurde.

Es gibt eine ständige Diskussion darüber, wie viel eigentlich für die Untersuchungen bezahlt werden sollte. Denn natürlich, wenn Untersuchungen extra bezahlt werden, besteht das Risiko, dass die Ärzte versuchen, so oft wie möglich Untersuchungen durchzuführen bzw. die Patienten zum Beispiel neuerlich laden.

Es gibt keine Obergrenze bei den Einkommensmöglichkeiten für den Hausarzt. Jedoch führen die Bundesländer Benchmark-Untersuchungen durch, wo sie dann zum Beispiel auf der Grundlage der Anzahl der Patienten oder des Geschlechts feststellen, ob hier Abweichungen vorkommen oder nicht. Das Ganze wird als Dialogsystem geführt. Das heißt, es mag ja gute Gründe geben, warum sie jetzt Abweichungen nach oben oder unten erzielen. Und das wird dann in einem Dialog geklärt.

Es gibt auch verschiedene Vergütungsschemata für spezifische Krankheiten. Zum Beispiel Diabetes, wo eben dann genau nach Diabetes gescreent wird und dementsprechend dann auch die Remuneration ausfällt.

Der Vertrag mit den Hausärzten wird auf nationaler Ebene ausgehandelt. Das heißt, alle bekommen dasselbe. Aber es gibt die Möglichkeit, je nach bei Bedarf pro Bundesland weitere Zusatzzahlungen zu vereinbaren, sodass die Notwendigkeiten abgedeckt werden.

Normalerweise wird nach Stundensätzen abgerechnet. Es wird aber auch zum Beispiel im Bereich der Prävention oder der Gesundheitsförderung gezahlt. Zudem gibt es natürlich auch Nacht- und Wochendienste. Hier haben die Hausärzte selbst ein System eingerichtet wo die Patienten anrufen können und dann anhand des Telefonats beschlossen wird, was weiter zu tun ist.

Das durchschnittliche Jahreseinkommen von Hausärzten liegt über jenen von Spitalsärzten. Das ist absichtlich so. Denn normalerweise verfügen Spitalsärzte über ein höheres Ansehen als Hausärzte. Die Vergütung soll eine gewisse Kompensation dafür bieten.

Jetzt einige Worte zu so genannten Gatekeeper-System wo also der Hausarzt als erste

Ansprechperson fungiert. Alles soll auf einer möglichst niedrigen Ebene entschieden bzw. möglichst gelöst werden. Und daher haben wir dieses System eingeführt.

Dazu ein paar statistische Fakten: In einem typischen Jahr werden ungefähr 90 Prozent der gesamten Bevölkerung mit ihrem Hausarzt zumindest einmal in Kontakt sein. Durchschnittlich sind die Dänen 7 mal pro Jahr in Kontakt mit dem Hausarzt. Und in Kontakt sein bedeutet hier entweder persönlicher Kontakt, telefonischer oder zum Beispiel auch eine neue Verschreibung oder Wiederverschreibung.

Und jetzt etwas zu den Fachärzten: Wir finden ein Facharztsystem vor, das ähnlich ist dem Deutschen. Die Fachärzte sind normalerweise selbständig, haben eine eigene Praxis und haben vielleicht noch eine Schwester oder eine Sekretärin zur Unterstützung. Sehr oft bieten sie Dienstleistungen an, die eigentlich auch in der Ambulanz eines Krankenhauses angeboten würden.

Die Entwicklung der Fachärzte in Dänemark. Wir haben ungefähr 800 Vollzeitkräfte. Diese Zahl hat sich in den letzten 10 bis 15 Jahren nicht großartig verändert. Wenn Sie das mit Österreich vergleichen, sehen Sie, dass das bedeutend weniger sind als in Österreich nach den Zahlen von Prof. Haber, die er vorgestellt hat. Und es werden die meisten medizinischen Fachrichtungen abgedeckt. Es wird ausschließlich nach Untersuchungen bezahlt. Für die meisten Fachärzte benötigt man eine Überweisung durch den Hausarzt, mit Ausnahme der Augenärzte, der NHO-Ärzte und der Halsärzte.

Jetzt noch einige Worte zum Vergütungssystem selbst. Es geht hier nur um Untersuchungen, jedoch unterscheiden sich die Vergütungssätze danach, ob es eine Erstuntersuchung ist, eine Zweituntersuchung oder eine Drittuntersuchung. Und wenn sie dann zum Beispiel Spezialdinge wollen wie eine orthopädische Untersuchung, gibt es auch hierfür wiederum extra Gebühren.

Der Vertrag wird auf nationaler Ebene ausgehandelt und es gibt keine Möglichkeiten, hier noch etwas zuzuschlagen. Wenn man sich die nationalen Verträge sowohl für die Fachärzte als auch für die Hausärzte ansieht, so sieht man, dass es da zum Beispiel Anforderungen hinsichtlich postgradualer Ausbildung, der Weiterbildung, aber auch der Qualitätssicherung gibt. Und vor allem bei der Qualitätssicherung gibt es sehr hohe Anforderungen für die Hausärzte.

Das Entlohnungsschema für die Fachärzte gibt es schon seit Jahren. Allerdings gab es in den letzten Jahren immer wieder Diskussionen darüber, eine Obergrenze für die Verdienstmöglichkeiten einzuziehen. Und jetzt sieht es so aus, dass man ab einer gewissen Ebene weniger bekommt pro Untersuchung. Und ab einem gewissen Punkt muss man dann jede weitere Untersuchungen gratis durchführen.

Jetzt abschließend noch ein paar Worte zu den Ambulanzbereichen der Spitäler. Sie sind sehr wichtig, denn wir haben hier keinen Unterschied zwischen den Spitalambulanzen und den Privatambulanzen. Alles muss gemacht werden. Die Ambulatorien, wie das heißt in Dänemark, werden gemeinsam mit den stationären Patienten verwaltet.

Sie sind vor allem zuständig für die Kontrollen nach stationären Aufenthalten bzw. auch für Kurzaufenthalte bei chirurgischen Eingriffen, wo man am selben Tag nach Hause gehen kann. Die Aktivitäten der Ambulatorien werden aus dem Budget der jeweiligen Spitäler finanziert.

Abschließend noch einige Worte zur Tageschirurgie. Die ist sehr wichtig in Dänemark. Dänemark ist hier eigentlich Weltmeister.

Hier sehen wir einen Überblick über alle chirurgischen Eingriffe bzw. auch jene chirurgischen Eingriffe, die in Tageskliniken durchgeführt werden, wo man am selben Tag wieder zu Hause ist. Sie sehen, dass der Anteil in Dänemark sehr hoch ist.

Hier sehen wir die Untersuchungen der Regierung zu diesem Thema. Sie sehen, dass vor allem die Grauer Star-Operationen sich sehr gut dafür eignen. Dass daher dort ein großer Anstieg bei den Tageseingriffen zu verzeichnen ist.

Hier sehen Sie, dass insgesamt 36 Arten festgelegt wurden, wo das eben möglich ist. Es ist sehr populär, weil es eine Möglichkeit ist, damit wirklich Geld einzusparen. Und man kann auch praktisch die Ambulatorien und die Fachärzte in ihren Tätigkeiten miteinander verbinden.

Hier sehen wir noch ein abschließendes Bild zur Zahlungsstruktur. Sie sehen, wir haben hier genauso die stationären Patienten wie die ambulanten Patienten. Aber es gibt auch einen Graubereich, der entwickelt wurde und die beiden verbindet, um eben die Spitäler nicht anzuregen, die Patienten länger zu behalten als notwendig ist. Dafür gibt es eben die tageschirurgischen Eingriffe.

Das ist also der Inhalt der Präsentation gewesen. Wenn man das alles zusammenfasst, kann man sehen, dass auf Grund dieses Systems trotz der Tatsache, dass Dänemark ein höheres BIP hat als Österreich, weniger für das Gesundheitssystem ausgegeben wird. Herzlichen Dank! *(Beifall)*

Sandra Baierl: Thank you very much Mr. Pederson for he deep inside into the health system and reforms in Denmark. And thank you again for coming. We move back from Denmark into the Waldviertel.

Und ich begrüße zwei Vortragende im Doppelpack: Zum Einen Primarius Univ.Prof. Dr. Paul Bratusch-Marrain. Er ist seit 1992 Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Waldviertel Horn, Eggenburg, Allentsteig und Mitglied des Landessanitätsrates für Niederösterreich. Er ist außerdem Mitglied der Ethikkommission des Landes Niederösterreich. Und Oberarzt Dr. Christian Zürner. Er ist Leitender Oberarzt der interdisziplinären Aufnahmestation im Landeskrankenhaus Horn.

Das Thema der Vorträge „Schnittstellenmanagement und interdisziplinäre Aufnahmestation“.

„Schnittstellenmanagement und interdisziplinäre Aufnahmestation“

Prim. Univ.Prof. Dr. Paul Bratusch-Marrain: Herr Landeshauptmann! Frau Landesrätin! Herr Präsident! Meine Damen und Herren!

Wie ich vor 25 Jahren nach Horn gekommen bin, war es damals schon mein intimes Anliegen, eine Einrichtung zu schaffen, die es ermöglicht, Patienten, die von draußen, vom Praktiker hereinströmen, zu filtern und nicht überschwemmt zu werden im Krankenhaus mit einer begrenzten Kapazität. Das war sozusagen ideenmäßig die Geburtsstunde dieser Aufnahmestation. Die dann viel verfeinert wurde, weil klar war, dass es da um viele Schnittstellen geht zwischen den einzelnen Bereichen, die es hier gibt.

Aber es war klar, dass es schon damals unmöglich war, alle Patienten, die aus dem niedergelassenen Bereich in das Spital verlagert wurden, sie alle dort entsprechend zu versorgen. Weil damals noch vor 25 Jahren natürlich auch der Anspruch bestand von Seiten der Bevölkerung, aber auch von Seiten der niedergelassenen Ärzte, dass das Krankenhaus auch für die Pflege zuständig ist. Bekanntlich sind aber unsere Krankenhäuser ausgelegt als Akutkrankenhäuser, die für akute Erkan-

kungen verantwortlich sind und für die Therapie und die Diagnostik dieser Erkrankungen zuständig sind.

Wir haben dieses Projekt begonnen dann 10 Jahre später. Und es kam uns damals zu Hilfe, dass Allentsteig und Eggenburg mehr oder weniger geschlossen wurden, umgewidmet wurden. Und damit war klar, dass ein Teil der internistischen Betten wegfiel, aber auch Personal vorhanden wäre, das wir jetzt hier, einen Teil zumindest, sinnvoll einsetzen konnten. Weil natürlich allen klar war, die sich damit beschäftigt haben und auch heute noch hoffentlich klar ist, dass ohne entsprechend qualifiziertes Personal eine solche Filterstation und Auffangstation für ein Krankenhaus nicht arbeiten kann. Das war 2006 als Eggenburg und Allentsteig geschlossen wurden mit 71 Betten.

Diese 71 Betten mussten auch kompensiert werden. Denn es war auch klar, dass mit der zunehmenden Alterspyramide, die heute angesprochen wurde, natürlich eine Aufrechterhaltung des alten Systems nicht mehr möglich war. Auch wenn bekannt ist, dass auch das Krankenhaus Horn ursprünglich, vor 100 Jahren, am Anfang eigentlich auch ein Pflegekrankenhaus war.

Nun, wenn ich über Schnittstellen hier sprechen soll mit meinem Oberarzt zusammen, Dr. Zürner, dann ist eigentlich klar, dass man sich überlegt, wie ist der gesetzliche Hintergrund für dieses Schnittstellenmanagement eigentlich gegeben? Und meine erste Frage natürlich nicht zuletzt an die Juristen des Landes war, nach welchen gesetzlichen Grundlagen arbeitet jetzt der niedergelassene Bereich? Und ich war einigermaßen erstaunt, dass die rechtliche Basis für die Tätigkeit der Praktiker relativ schwach ist. Es gibt im Ärztegesetz einen Paragraphen, den § 2, der aber nur das Berufsbild festlegt. Zwar sagt, was er machen soll, aber nicht was er machen muss.

Das Krankenhaus hat zumindest das Krankenanstaltengesetz mit dem § 39, der sagt, es muss einmal ein Arzt sagen, dass der Patient aufnahmepflichtig ist. Und wenn er aufnahmepflichtig ist, dann wird er aufgenommen. Damit das Krankenhaus jetzt dem auch gerecht werden kann, ist diese Aufnahmestation, bei uns damals benannt als interdisziplinäre Aufnahmestation, also die IAS, die zum Teil zumindest im Gesetz auch festgelegt wurde, aber zum Teil auch nach dem § 43 des Krankenanstaltengesetz arbeitet, nämlich dahingehend, dass ambulante Patienten hier betreut werden, wenn im umliegenden Bereich, im niedergelassenen Bereich die Versorgung nicht gegeben ist.

Zu den niedergelassenen Ärzten, als praktische Ärzte mit PA abgekürzt, sei zu sagen, dass es, abgesehen davon, dass es wenig gesetzliche Grundlagen gibt, zumindest einen Vertrag gibt zwischen der NÖ Ärztekammer und den österreichischen Sozialversicherungsträgern. Da gibt's den § 10, der sagt, dass diese Versorgung im niedergelassenen Bereich ausreichend und zweckmäßig sein muss. Die das Maß des Notwendigen aber nicht überschreiten darf. Und dass all das, was außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden kann, dort auch durchgeführt werden soll. Das ist aber nur ein Vertrag zwischen diesen beiden Partnern, ist nicht in ein Gesetz gegossen!

Die Paragraphen 43 und 39 des Krankenanstaltengesetzes, nach dem wir hier arbeiten, habe ich genannt. Aber wir müssen uns natürlich diese gesetzlichen Grundlagen immer wieder vor Augen führen um zu erkennen, welches Schnittstellenmanagement hier erforderlich ist. Und wir haben dazu, um das wirklich klar zu legen, dann mit dem ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) ein Konsensuspapier erarbeitet zusammen mit den niedergelassenen Ärzten und den Betroffenen im Krankenhaus. Und haben Abgrenzungsregeln geschaffen zum Leistungsgeschehen des niedergelassenen Bereiches, zu den Fachambulanzen und dem stationären Bereich. Dort ist alles in einem dicken Papier mit 100 Seiten geregelt, wie diese Zusammenarbeit stattfinden soll.

Was ist Aufgabe des Praktikers? Unter welchen Bedingungen darf der Praktiker Patienten jetzt hinein schicken ins Spital? Es wurden Kooperationsregeln geschaffen, es wurden Kommunikationsinstrumente mit Formularen und so weiter geschaffen. Und es wurden Evaluierungsregeln für das Nahtstellenmanagement geschaffen in der Hinsicht, dass wir uns immer wieder zusammensetzen sollen um die Probleme anzusprechen.

Tatsache ist, dass wir, um wieder darauf zurückzukommen, zwischen der Aufnahmestation im Krankenhaus relativ – und dafür sind wir ja selber verantwortlich – ein Schnittstellenmanagement geschaffen haben, mit dem wir in wahrscheinlich 95 Prozent der Fälle ganz gut durchkommen. Es gibt Einzelfälle, in denen es Reibungsstellen natürlich gibt zwischen den Ärzten der Aufnahmestation und dem Krankenhaus selbst. Dass aber die Schnittstellen, das Schnittstellenmanagement zwischen dem niedergelassenen Bereich und der Aufnahmestation noch immer ein gewaltiges Problem darstellt. Weil viele Regeln, die damals erstellt wurden, nicht wirklich gelebt werden!

Wenn Sie allein daran denken, dass zum Beispiel die Idee, dass die Patienten mit Medikamentenlisten herein kommen - damals war das noch auf Formular geplant -, dass das nicht lebbar ist, weil die Patienten nicht mit Medikamentenlisten kommen. Und dass viele dieser Regeln, die hier geplant waren, einfach nicht umsetzbar waren. Es ist daher Aufgabe dieses Schnittstellenmanagements, immer wieder neu zu beleben, weil es immer wieder Gefahr läuft, nicht entsprechend auch gelebt zu werden.

Ein Kreis fehlt hier und er liegt hier etwas außerhalb, ist aber ganz wesentlich, das ist der Pflegebereich. Wenn Sie sich die ersten Vorträge noch in Erinnerung rufen, wie hoch der Pflegebedarf sein wird in einigen Jahren, so ist es ein ganz, ganz gewaltiger Bereich. Denn es ist noch immer so, dass viele Patienten glauben, dass sie über diese Schiene des niedergelassenen Arztes oder direkt ins Krankenhaus dann dort auch die pflegerische Versorgung erhalten, die sie sich wünschen. Dafür hat aber das Land entsprechende Institutionen geschaffen, die den Patienten zu Hilfe kommen, wenn es um derartige Pflegemaßnahmen im häuslichen Bereich geht. Aber das große Problem ist noch immer für uns, die Patienten nach Möglichkeit im niedergelassenen Bereich zu halten.

Ich möchte für die gesamte Statistik und die tatsächliche Arbeit meinen Oberarzt Dr. Zürner bitten, dass er Ihnen hier die weiteren Daten dann präsentiert, damit Sie wissen, um welche Zahlen es geht und um welche zusätzlichen Probleme.

OA Dr. Christian Zürner: Grüß Gott! Ich werde Ihnen erzählen, wie die interdisziplinäre Aufnahmestation funktioniert. Ich bin ausgebildeter Internist und Intensivmediziner. Und war auch im Jahr 2005 in der Projektgruppe dabei, wo wir gemeinsam mit Ärzten, Pflegepersonal und Verwaltungspersonal die Abläufe auf dieser Station geplant haben, die dann auch so umgesetzt worden sind.

Das war die Art und Weise, wie die Zuweisungen davor stattgefunden haben. Der extramurale Bereich, im Wesentlichen die Hausärzte, die Fachärzte, aber auch der Notarzt, die Rettungen haben direkt die Abteilungen oder auch die Ambulanzen angefahren. Was dazu geführt hat, dass wir vor allem auf der internen Abteilung, meistens überbelegt waren mit Außenstandsbetten. Und die Patienten falsch zugewiesen wurden und im Nachhinein zwischen den Abteilungen transferiert werden mussten.

So sieht es heute aus: Der extramurale Bereich weist zentral zu auf die interdisziplinäre Aufnahmestation. Wir evaluieren die Patienten mit einem Team aus ein bis drei Jus Practicandi-Ärzten und 15 Personen Diplompersonal. Und evaluieren, ist der Patient stationspflichtig und auf welche Abteilung gehört er.

Wir haben das versucht, geografisch und organisatorisch dem Krankenhaus vorzulagern. Der blaue Bereich ist die interdisziplinäre Aufnahmestation. Rechts von uns ist dann gleich die Unfallambulanz wo die Unfallpatienten versorgt werden. Links von uns ist das Bettenhaus und die Lifts wo wir die Patienten zur Station führen können. Und in räumlicher Nähe zum Labor, zu den Spezialambulanzen der Einzeldisziplinen sowie der Bildgebung, dem Röntgeninstitut versorgen wir die Patienten.

Der Ablauf schaut so aus: Die Patienten werden administriert bei uns. Wobei sich da zeigt, dass 34 Prozent zugewiesen sind und 66 Prozent der Patienten selbst kommen mit akuten Beschwerden. Allerdings muss man sagen, das ist dann am Ende der Folie zu sehen, dass das überwiegend in den Randzeiten stattfindet, sprich in den Nacht- und Wochenendzeiten und in den Abendstunden, wenn im extramuralen Bereich die Versorgung nicht mehr so leicht zugänglich ist. Bei uns werden alle Patienten von einem Arzt mit Jus Practicandi erstbegutachtet, der mit einer Untersuchung, Anamnese, und mit Zusatzbefunden wie Blutwerte und Röntgen oder Ultraschalluntersuchungen eine Diagnose erstellt, den Patienten behandelt und entlässt, oder, wenn er stationspflichtig ist, aufnimmt.

Dann gibt's ein paar Patienten, bei denen man nicht bei der Erstbegutachtung entscheiden kann ob sie stationspflichtig sind oder entlastbar sind. Die bleiben bei uns auf der interdisziplinären Aufnahmestation stehen acht Betten zur Verfügung, da können wir die Patienten bis zu 24 Stunden beobachten und mit Zusatzbefunden aus dem Verlauf heraus entscheiden, ob sie stationspflichtig sind oder nicht.

40 Prozent aller Patienten, die bei uns vorstellig werden, werden in weiterer Folge von einem Facharzt begutachtet. Überwiegend Internisten, Chirurgen und Neurologen, die dann ihrerseits mit zusätzlicher Diagnostik entscheiden, ob der Patient behandelt und entlassen werden kann, ob er aufgenommen werden muss oder überwacht werden muss.

Von allen Patienten, die bei uns vorstellig werden, werden 13 Prozent über Nacht observiert. Am

Folgetag findet eine Visite statt von den Fachärzten, die mit gegebenenfalls zusätzlichen Befunden, die sie einholen, entscheiden, ob der Patient stationspflichtig ist oder entlassen werden kann. In Summe können wir von allen Patienten, die bei uns vorstellig werden, 50 Prozent entlassen und 50 Prozent sind aufnahmepflichtig.

Interessant ist, dass 45 Prozent aller Patienten, die selbständig kommen, auch wirklich krank sind. 45 Prozent der selbständig kommenden Patienten müssen stationär behandelt werden. Andererseits werden 30 Prozent der Patienten zurückgeschickt in den niedergelassenen Bereich. Überwiegend zum Hausarzt, in manchen Fällen zu dem niedergelassenen Facharzt und in Ausnahmefällen ins Krankenhaus in eine Spezialambulanz bestellt. Und nur bei 18 Prozent ist mit dieser Situation das Behandlungsende erfolgt.

Dass wir keine Sogwirkung ausüben zeigen die Langzeittrends der Quartalsabschlüsse von 2007 bis 2011. Die blaue Säule sind alle Patientenkontakte im Quartal, das sind etwa 3.000 im Jahr, etwas mehr. Davon werden konstant zirka 50 Prozent stationär aufgenommen. Das sind die aktuellen Daten, die bis Dezember 2011 reichen.

Noch einmal zusammengefasst die Charakteristika unserer Abteilung: Wir sind eine klare Schnittstelle zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich. Wir erfüllen eine Gatekeeper-Funktion und prüfen die Aufnahmepflichtigkeit des Patienten. Wir sind eine zentrale Anlaufstelle für Patienten, Zuweiser, Rettung, Notärzte und andere Krankenhäuser, die uns Patienten schicken. Wir sind räumlich und organisatorisch dem Krankenhaus vorgelagert. Der Betrieb findet von 00.00 bis 24.00 Uhr statt an sieben Tagen der Woche. Es ist immer zumindest ein Jus Practicandi-Arzt anwesend, der die entsprechende Basisdiagnostik und Therapie durchführt, im Bedarfsfall auf Facharztkonsilie zurückgreifen kann oder die Patienten 24 Stunden beobachtet. In Summe ergibt das auf den speziellen Krankheitsfall eine angepasste, individuelle, abgestufte Patientenversorgung.

Welche Wirkungen wir oder welche Effekte wir erzielt haben, das wird Ihnen noch Herrn Prof. Bratusch sagen.

Prim. Univ.Prof. Dr. Paul Bratusch-Marrain: Danke, Herr Dr. Zürner! Ich glaube, das Hauptproblem ist klar herausgekommen. Die Hälfte aller Patienten kommt direkt ins Krankenhaus unter Umgehung der niedergelassenen Arztes. Wir haben also eine völlig andere Situation als in Dänemark,

wo die Gatekeeper-Funktion des Hausarztes gelebt wird. Das geht bei uns nicht, weil wir auch – ich muss vom Gesetz her jeden Patienten, der mit Beschwerden das Krankenhaus aufsucht, einmal untersuchen. Und dann laufen natürlich eine Vielzahl von Untersuchungen gleich mit. Weil wenn er schon da ist und der Patient ja medizinisch betreut werden muss, wird das auch gemacht.

Aber das Ganze ohne finanziellen Aufwand für den Patienten! Damit fällt diese Schranke weg. Es ist gratis. Meine Ärzte sagen immer, am Gescheitesten wäre, man würde 10 Euro verlangen, dann wäre schon viel abgefangen. Das ist bei uns in Österreich derzeit bekanntlich nicht wirklich diskutierbar. Aber ich glaube, das Problem ist, dass ohne Filtermöglichkeit Patienten die Aufnahme station suchen, durchaus mit Beschwerden, aber die Hälfte von ihnen kann ambulant versorgt werden und gehörte eigentlich ..., alle gehören eigentlich in die Hand des niedergelassenen Arztes.

Was haben wir erreicht mit all diesen Maßnahmen? Wir konnten einmal die Betten reduzieren. Wir haben derzeit durchaus freie Kapazitäten. In der Annahme, dass, wenn die Epidemiologen Recht haben, in Zukunft mehr Patienten das Krankenhaus aufsuchen. Und wir merken an der Belagsdichte und an der Belagsdauer, dass bereits schwerer kranke Patienten als früher im Krankenhaus stationär aufgenommen sind.

Weil diese Enquete sich auch mit Kosten beschäftigt, habe ich hier das auch ganz gezielt herein genommen. Die finanzielle Einsparung für das Krankenhaus, im Wesentlichen aber für die Allgemeinheit, sind im Durchschnitt 3.000 Euro pro Patient. Wenn ich davon ausgehe, dass wir 500 Patienten pro Monat ambulant versorgen und wieder dem praktischen Arzt zum Großteil zurückschicken, dann sind das - ungefähr 6.000 Patienten mal 3.000 Euro - 18 Millionen Euro, die wir mit dieser Maßnahme hier einsparen. Das sind Zahlen, die wir nirgends finden werden.

Das sind aber wieder auf der anderen Seite Werte, die wir nicht aus dem stationären Bereich lukrieren können. Somit für den Ökonomen eine schwierige Situation im Krankenhaus selbst. Aber 3.000 Euro sind ungefähr das, was wir pro Patient einsparen, den wir nicht aufnehmen. Und das kommt der allgemeinen Finanzsituation zugute.

Insgesamt, um Ihnen nur einen Einblick zu geben: Die Aufnahme station kostet unserem Haus etwa 2 Millionen Euro im Jahr. Einkünfte liegen bei ungefähr 800.000. Also an sich ist es ein schlechtes Geschäft. Aber 2 Millionen kostet diese Auf-

nahmestation. Durchaus gut besetzt mit Personal. Das sind nur die Personalkosten und die Medikamente, die wenig ausmachen. Eigene Einnahmen gibt es bekanntlich wenig, sondern alles kommt aus dem LKF-Topf, das sind ungefähr die 800.000. Aber 2 Millionen kostet die gesamte Aufnahme station bezüglich Personal und Medikamente.

Nicht eingerechnet dabei sind manche Posten wie das gesamte Labor und das Röntgen. Ist nicht dabei, weil man ja davon ausgeht, dass das Ausgaben sind die notwendig sind. Wenn der Patient dann nachher aufgenommen wird, erspare ich mir ja dann diese Kosten, weil diese Untersuchungsergebnisse nahtlos einfließen in den stationären Bereich. Daher kann ich sie auch nicht wirklich hier jetzt mit einrechnen.

Aber ist natürlich ein wesentlicher Punkt, dass viele Leistungen hier erbracht werden. Und Sie erkennen aus dieser finanziellen Rechnerei, dass es wahnsinnig schwer ist zu sagen, was kostet jetzt der Patient im niedergelassenen Bereich zum stationären Bereich? Das ist nicht rechenbar! Weil ich kann Ihnen die Sachen so rechnen, wie Sie das Ergebnis haben wollen. Ich kann Ihnen nicht sagen, ist es jetzt billiger beim niedergelassenen Arzt oder im Spital, weil die Leistungen ja völlig unvergleichbar sind. Wenn sie mit Schmerzen im Rückgrat zum niedergelassenen Arzt gehen und der verschreibt Ihnen zwei Tabletten Parkemed, dann kostet das fast nichts. Wenn Sie aber hier ins Krankenhaus kommen und dann wird vom MRT bis zur CT-gezielten Infiltration alles gemacht, dann ist natürlich der Aufwand ein viel größerer und die Kosten viel höhere, aber es ist auch der Service ein anderes!

Das heißt, Sie vergleichen hier völlig verschiedene Dinge! Und die ganze Diskussion, was ist billiger, der niedergelassene Bereich oder der stationäre, das ist unbeantwortbar. Und je nachdem, was Sie als Antwort haben, hören, müssen Sie mir das sagen und ich kann Ihnen jede dieser Rechnungen anbieten.

Wir haben eine abgestufte Versorgung als Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung eindeutig erreicht, wenn wir uns an die Vereinbarungen alle halten. Es gibt eine hohe Zufriedenheit und Akzeptanz im niedergelassenen Bereich bei den Ärzten. Mit manchen können wir sehr gut, die anrufen und sagen, wo sie Probleme sehen. Und es ist natürlich für einen niedergelassenen Praktiker großartig: Wenn er einen Patienten mit Bauchweh hat und nicht weiß was los ist, dann schickt er ihn ins Krankenhaus. Wir schauen uns das an bis hin zum CT und was immer notwendig ist, mit Konsiliar-

untersuchung durch den Chirurgen oder Gynäkologen oder was immer. Und dann bleibt der Patient entweder da, wenn es notwendig ist und wird entsprechend versorgt. Oder, wenn sich herausstellt, das ist nur Durchfall, dann wird er wieder zurück zum Hausarzt geschickt. Manche Praktiker nutzen dieses phantastische System aus.

Bei einigen gibt es Schwierigkeiten. Dafür wären dann diese Konsensusgruppen notwendig mit Stammtisch usw. Dazu kommen immer jene natürlich, mit denen man kooperiert und mit denen es gut funktioniert. Das sind 4 oder was von den 30, die es da oben gibt. Der Rest kommt nicht. Und dort sind dann auch die Schwierigkeiten.

Patienten sind zufrieden, wenn sie dieses Service haben, das sie brauchen. Denn wenn sie irgendwo im östlichen Waldviertel herumfahren und irgendwelche Beschwerden haben, dann fahren sie dort vorbei und dort wird alles gemacht was notwendig ist. Und wenn sie Kopfweg haben, dann wird bis zum CT des Schädels alles gemacht. Wenn es nicht notwendig ist, nicht. Das ist eine phantastische Leistung!

Wenn Sie natürlich einer sind, der glaubt, er kann jetzt dort ein Pflegebett bekommen, dann werden Sie unzufrieden sein mit dieser Aufnahme-station. Die Mitarbeiter sind sehr zufrieden, weil sie das auch erleben, dass Patienten gut betreut werden und nicht einfach mit Schmerzen irgendwo im Haus herumrennen. Ich erinnere mich, vor 25 Jahren, wenn sie in unser Krankenhaus gekommen sind, wenn sie Beschwerden hatten, da haben sie irgendjemanden suchen müssen der sie betreut hat. Und haben keinen gefunden. Jetzt ist es klar: Sie gehen in die Aufnahme-station, werden dort komplett betreut. Und von dort wird das weitere Management veranlasst. Und das ist natürlich ein Segen.

Dass es natürlich unter manchem in diesem Bereich natürlich Schnittstellenprobleme gibt im täglichen Ablauf, ist klar. Weil überall dort, wo Menschen sind, dort kriselt es manchmal auch.

Aber im Großen und Ganzen gibt es Regeln dazu, die erstellt wurden und die auch gelebt werden. Gott sei Dank ist all das im ÖSG verankert. Und wir haben, nachdem wir bis 2000, ist schon lange her, haben wir den Probelauf bis 2006, also wir bestehen gut seit sechs Jahren jetzt. Wir waren damit auch Probelauf für viele andere niederösterreichischen Krankenhäuser. Andere sind gefolgt.

Alles, was ich Ihnen auf den Weg geben wollte war, und das ist das Wichtigste: Es müssen Leute

machen, die sich auskennen. Das heißt, ich brauche in der Aufnahme-station Ärzte mit Jus Practicandi, die die Berechtigung haben, wirklich selbständig zu arbeiten, weil sonst geht das Ganze nicht. Dann ist das eine hervorragende Sache. Ich brauche ein Pflegepersonal, das entsprechend diplomiert ist und weiß was es tut.

Und diese Ärzte haben die großartige Chance, wenn sie den Turnus gemacht haben, ich weiß nicht, wie das in Zukunft ist mit dem Curriculum, aber wenn sie bei uns die drei Jahre gemacht haben und dann mit dem Jus Practicandi hier in der Aufnahme-station noch ein halbes Jahr oder ein Jahr oder zwei Jahre arbeiten, ist das natürlich eine phantastische Lehrpraxis für sie für die Zukunft. Denn das ist genau das, was sie dann in der Praxis machen sollen. Und das ist ein Segen für die Ausbildung, ein nahtloser Übergang. Sehr viele nützen auch diese Möglichkeit, wenn sie draußen nicht gleich sich niederlassen wollen und eine andere Facharzt-richtung wählen, dass sie hier nahtlos jetzt aus dem Turnus durchgeführt werden über die IAS und dort wirklich Praxis machen so, wie das notwendig ist.

Sie sehen, ich könnte Wochen hier reden. Ich werde gedrängt. *(Beifall)*

Sandra Baierl: Herzlichen Dank - Entschuldigung, dass ich jetzt zu nahe gerückt bin - Dr. Bratusch-Marrain und Dr. Zürner für die sehr ehrliche und pointierte Ausführung und die Einblicke in das Landes-klinikum Horn.

Die Experten-statements sind für diesen Vormittag nun abgeschlossen und wir schwenken zu den zuständigen und verantwortlichen Regierungsmitgliedern der NÖ Landesregierung.

Ich bitte nacheinander zu mir auf die Bühne zum Podium Landesrätin Mag. Karin Scheele und danach Herrn Landeshauptmannstellvertreter Mag. Wolfgang Sobotka.

Landesrätin Mag. Karin Scheele (SPÖ): Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Herr Landtagspräsident und Herr Landeshauptmannstellvertreter haben gesagt, Sie müssen jetzt den Deckel zumachen. Und ich habe mir gedacht, das ist jetzt die konkrete Anweisung, was denn zu sagen wäre. Inhaltlich den Deckel draufzugeben, was nach so einer intensiven und umfassenden Information auch notwendig ist. War aber nicht so gemeint.

Der Herr Primarius hat vorher gesagt, er könnte tagelang über die interdisziplinäre Aufnahmestation in Horn sprechen. Wir wissen, wir haben einige Minuten Zeit um ein Statement, wie gesagt, zu diesen umfassenden Informationen abzugeben. Ich habe mir drei Punkte heraus gefasst.

Seit ich in der Gesundheitspolitik in Niederösterreich bin, höre ich von der ersten Stunde an Schnittstellenmanagement, Schnittstellenmanagement, Probleme bei den Schnittstellen. Und auch heute haben wir wieder gehört, an wie vielen Schnittstellen gemanagt, verbessert, kosteneffektiver, qualitätssteigernd gearbeitet werden muss. Und ich glaube, das ist die große Herausforderung, wo schon Teile erfüllt werden mit Neuerungen, wo aber noch riesige Herausforderungen vor uns stehen. Nicht zuletzt, und auch das hat sich wie ein roter Faden durch die Beiträge gezogen, wegen der demografischen Herausforderung, die wir bereits haben und in Zukunft noch vor uns haben werden.

Und ich denke mir, eine Schnittstelle, die von einem Referenten genannt wurde, die mir aber sehr am Herzen liegt und wo wir in vielen persönlichen Gesprächen auch immer wissen, dass Menschen, die relativ gut informiert sind, dann relativ an ihre Grenzen kommen, ist die Schnittstelle zwischen stationärem Bereich und Pflegebereich. Sie haben das genannt. Ich glaube, hier wissen wir, dass es eine wesentliche Herausforderung ist jetzt schon, aber natürlich auch auf Grund der demografischen Entwicklung auch in Zukunft. Und dass man hier großes Augenmerk darauf legen muss.

Der nächste Bereich: Eingangs wurde gesagt vom Herrn Landtagspräsidenten, unser Gesundheitssystem ist gut wenn wir gute Menschen haben, die darin arbeiten. Und das hat natürlich auch mit der Gesundheit der Menschen zu tun die in unseren Gesundheitsberufen arbeiten. Und ich glaube auch, das ist eine Herausforderung, die uns bereits jetzt beschäftigt, aber auch in Zukunft beschäftigen wird. Ich möchte hier nur einmal mehr an die vor zwei Jahren vorgestellte Studie der NÖ Ärztekammer, gemeinsam mit der Arbeiterkammer in Niederösterreich, hinweisen.

Ein dritter Punkt, den ich mir herausnehme, der mir ein Herzensanliegen ist und ganz wesentlich über den Erfolg der Gesundheitspolitik entscheiden wird, ist die Prävention. Ist die Prävention: Wie schaffen wir es, dass sich die Menschen genug bewegen. Und wir alle sind jetzt ein schlechtes Beispiel. Wir üben keine gesundheitsfördernde Tätigkeit in den letzten paar Stunden aus, sondern wir sitzen seit Stunden, bewegen uns nicht.

Aber ich glaube, insbesondere Augenmerk, darin sind wir uns in Niederösterreich auch einig, ist auf die Kinder zu setzen. Ich glaube, wir müssen viel daran tun, den Kindern nicht nur Bewegung beizubringen, sondern zu schauen, was ist notwendig. Und hier ist wieder „health in all policies“ gefragt, was ist in unseren Kindergärten, was ist in unseren Schulen, dass die Kinder sich den natürlichen Bewegungsdrang, den alle haben – und jeder, der Kinder zu Hause hat, jeder der einen Beruf hat der mit Kindern stark zu tun hat, weiß das -, dass wir diesen Bewegungsdrang nicht abgewöhnen. Und ich glaube, hier haben wir wirklich riesige Herausforderungen zu bewältigen.

Das erste was meine Tochter im öffentlichen Kindergarten gelernt hat, ist, man läuft nicht. Oder, im Raum wird nicht gelaufen. Bis dahin war es ganz normal, dass man sich der eigenen Bewegung, dem eigenen Drang gemäß bewegt. Das soll auch kein Vorwurf in irgendeine Richtung sein, aber ich glaube, wir müssen uns diese Bereiche wirklich gut anschauen.

Wenn ich vorige Woche auf „3sat“ einen Bericht gesehen habe über Gender-Diskriminierung der jungen Burschen in Kindergärten, in Schulen, weil zu sehr auf basteln, singen, tanzen, klatschen – tanzen wäre eh noch gut von der Bewegung her – Wert gelegt wird und dass man hier die notwendige Bewegung nicht bekommt in einer Ganztagsbetreuung, dann denke ich mir, haben wir in allen politischen Bereichen riesige Herausforderungen. Um nämlich das zu erreichen was noch nirgends, behaupte ich jetzt einmal, in Europa, in der Welt so gelingt wie wir uns das vorstellen: Dass die gesunden Lebensjahre mit der steigenden Lebenserwartung Schritt halten.

Für diese großen Herausforderungen freuen wir uns auf eine gute Zusammenarbeit. Und ich möchte mich jetzt für Ihre Aufmerksamkeit bedanken. *(Beifall)*

LHStv. Mag. Wolfgang Sobotka (ÖVP): Meine sehr geehrten Damen und Herren! Herr Präsident! Werte Abgeordnete Klubobleute! Regierungskollegin!

Ich darf mich zuerst recht herzlich bedanken beim NÖ Landtag für die Abhaltung dieser Enquete. Zeigt sie doch zum Einen, welche hohe Bedeutung die Gesundheitsversorgung in diesem Land auch durch den Landtag beigemessen wird. Zeigt auf der anderen Seite, dass man sich auch inhaltlich, fachlich-inhaltlich mit den wesentlichen Herausforderungen der Zukunft auseinandersetzt.

Und ich halte das für ganz entscheidend! Weil nur in einer wirklich gemeinsamen Erarbeitung der zukünftigen Perspektiven wir auf der einen Seite den hohen Standard halten können. Auf der anderen Seite können wir es nur dadurch finanzierbar halten.

Ich darf mich auch ganz herzlich bedanken! Es waren für mich wertvolle Inputs aus den fünf Referaten heute, die uns in unserem Bemühen, die Zielsetzungen zu erreichen, bestärken. Denn was sind die Zielsetzungen, die drei wesentlichen Zielsetzungen unserer niederösterreichischen Gesundheitspolitik? Wir wollen haben, dass die Menschen älter werden und gesund älter werden. Das ist die wesentlichste Aufgabe, die eine Gesundheitspolitik zu erfüllen hat. Den Menschen anzubieten, nicht nach der Lebenserwartung zuerst zu schießen, sondern sich nach der Gesundheitserwartung auszurichten. Und das muss unsere erste und unsere wesentliche Aufmerksamkeit nach sich ziehen.

Das Zweite ist, was wir haben wollen, ist eine leistbare Versorgung. Das heißt, für jeden leistbar, egal, welches Einkommen, welches Alter, wo er wohnt und aus welcher Region oder beruflichem Umfeld er kommt. Und schlussendlich eine Versorgung so zu gestalten, dass sie die Eigenverantwortung klar in den Fokus rückt. Denn Gesundheit wird nicht produziert durch den Arzt, wird nicht produziert durch die Krankenschwester, durch die Apotheker, sondern in aller erster Linie durch den eigenen Lebensstil.

Wir wissen aus den letzten Untersuchungen aus Kanada, Amerika, wenn Sie die Frage stellen, wer ist für die Gesundheit verantwortlich, dann sind es zu 30 Prozent die Disposition, die genetische Disposition eines Menschen. Ist gar keine Frage. Da ist vor allem auch darauf zu schauen, dass wir gerade in den Fragen der Schwangerschaft nicht genetische Defekte, was gerade in der internen Diskussion auch noch erörtert werden muss, als Gefahr heranziehen. 40 Prozent, und das ist das Zentralste, ist der eigene Lebensstil! Wie bewege ich mich? Wie ernähre ich mich? Wie schaut es mit meiner seelischen, psychischen Gesundheit aus? Und was tue ich für meine medizinische Vorsorge? Dann bleiben 20 Prozent als sozio-ökonomische Umweltfaktoren, wie das so schön heißt. Und nur zu 10 Prozent ist es die kurative Medizin, Pflege. Die natürlich sehr wichtig ist um dann, wenn so quasi die Gesundheit verloren ist, sie auch wieder zurückzugewinnen. Aber es muss uns klar sein, wenn wir unseren Mitteleinsatz ansehen: Wenn wir nur etwa 3 - je nachdem, in welcher Region und welchen letzten Endes auch Strukturen wir uns auch befinden - zwischen 3 und 5 Prozent gesamt-

staatlich für Vorsorge oder für Gesundheitsförderung ausgeben, aber umgekehrt 95 Prozent der Mittel für kurative Medizin ausgeben, dass wir hier eine Änderung in der Balance vornehmen wollen, ja müssen.

Und ein wesentlicher Punkt geht dahin, wie schaut es eigentlich mit der ambulanten Versorgung aus? Es wurden gerade in diesen fünf Referaten entscheidende Ansätze für uns geliefert, wie man mit den Ambulanzen umgehen kann, wie man mit der ambulanten Versorgung umgehen kann und welche Herausforderungen darin gegeben sind.

Ich kann allen nur gratulieren zu ihrer Sichtweise und zu ihren Perspektiven. Vor allem darf ich mich ganz herzlich bedanken bei Professor Pedersen aus Dänemark, der sehr klar aufgezeigt hat, wohin sich das dänische System in den letzten Jahrzehnten entwickelt hat und welche Sprünge sie auch damit gemacht haben. Und letzten Endes, mit welcher hohen Akzeptanz das System bei der dänischen Bevölkerung ausgestattet ist.

Es ist natürlich eine Frage, wenn wir über Gesundheitsreform reden wollen, dann müssen wir über die Vorsorge reden oder über einzelne Behandlungszyklen der besten Qualität. Wenn wir aber so wie derzeit reden über die Finanzierungsströme, dann reden wir über Strukturreformen und Finanzreformen. Das eine steht dahinter, aber das andere muss zuvorderst stehen. Daher ist die erste Frage natürlich, wie können wir die beste Qualität sichern? Und ich habe das im Schlussstatement mitnehmen können: Gute Qualität kostet Geld, die schlechte Qualität kostet noch viel mehr Geld.

Daher denke ich, dass das auch der Ansatz ist, wohin wir uns ausgerichtet haben in Niederösterreich. Dort, wo wir die Verantwortung tragen. Dass wir uns an Evidenz basierte Datenlagen halten. Dass wir uns klar comitten, dass das, was wir in den Behandlungen, in den pflegerischen Settings auch tun, evidenzgesichert sein muss. Dass wir aber auf der anderen Seite diese Qualität auch messen wollen. Daher haben wir seit 2009 bereits diese Qualitätsindikatoren in unseren Kliniken in wesentlichen Abteilungen eingeführt und können sie auch in 95 Benchmarks dann mit dem Schweizer Bundesgesundheitsamt und mit den Helios-Kliniken vergleichen.

Das erscheint mir ein wesentlicher Zugang zu sein neben allen anderen Qualitätsindikatoren wie der Frage der Peer-Review-Verfahren, wie der Patientenumfrage oder auch letzten Endes in der Fragestellung, wie wir im eigenen Bereich mit Qualitätssicherung, sei es mit dem Risk Management,

dass wir uns aus der Raum- und Luftfahrtindustrie abgeschaut haben, umzugehen wissen. Die Qualität muss der erste und der zentrale Ansatz sein. Dazu ist es aber notwendig, epidemiologische Daten und Zahlen zu haben.

Und das haben wir weder in der Prävention, noch haben wir sie über die Gesundheitsdaten! Die einzigen Daten, die wir wirklich gesichert wissen, sind die Daten der 18-Jährigen, wenn sie zur Stellung müssen. Wir haben drei Jahre gekämpft, dass wir Datenlagen aus den Schuluntersuchungen - anonymisiert - bekommen. Österreich war bislang nicht in der Lage, evidenzgesicherte Daten zu generieren. Wir greifen bei allen Daten auf anglikanische Daten zurück und können sie nicht aus dem eigenen Bereich herausnehmen.

Gott sei Dank haben wir nun auch einen Cochrane-Zweig in Krems situieren können, Dänemark hat das Cochrane-Institut schon seit mehreren Jahrzehnten, um dort auch in der evidenzgesicherten Medizin sich orientieren zu können. Für uns ist das ein Ausgangspunkt, auch in dieser Arbeit weiter zu gehen.

Wenn wir auch neben dieser Qualitätssicherung vor allem in der Vorsorge keine langfristigen Studien haben, was in der primären Prävention, in der sekundären Prävention, wirklich effizient ist, liegt auf der Hand. Deshalb sind wir gerade in Niederösterreich, mit unseren Initiativen „tut gut“ und dort vor allem mit einem „Vorsorge aktiv“ herangegangen, haben dieses Projekt eingeführt und gleichzeitig begleitend mit der Donau-Universität evaluieren können. Um damit zu erkennen: Liegen wir richtig? Setzen wir die richtigen Mittel ein? Und ist unser Mitteleinsatz auch ein effizienter?

Und wie es scheint, auch wenn die Versuchsreihe nur etwa zwei Jahre bisher gelaufen ist, scheint das zumindest ein sehr probates Mittel zu sein, um speziellen Zielgruppen, insbesondere in der Frage der Übergewichtigkeit, in der Bewegungsarmut helfen zu können und sie bei ihrer Lebensstiländerung auch begleiten zu können.

Aber Sie sehen, welchen Herausforderungen wir uns gegenüber befinden, das Material, das die Grundlage für Projekte und für Ausarbeitungen gibt, herzustellen und aufzubereiten. Und daher liegt für uns natürlich eine große Herausforderung hier auch in der Frage der ambulanten Versorgung – und Sie haben es angesprochen –, wo ist eine Leistung billiger, wo ist eine Leistung effizienter? Was ist vergleichbar? Haben wir die nötige, dementsprechende Verbindung? Messen wir nach dem gleichen Wesen eigentlich?

Wir haben einen Katalog ambulanter Leistungen erstellt. Und schlussendlich muss es gleichgültig sein, wo die endoskopische Untersuchung stattfindet, ob im Klinikum oder in der privaten Praxis draußen. Aber wir haben hier keine Vergleichbarkeiten, weil wir diesen Katalog ambulanter Leistungen mit dem niedergelassenen Bereich bislang nicht abklären konnten. Und weil noch immer - ich hoffe, dass es sehr bald auch in die Umsetzung kommt - ELGA fehlt. Und was Dr. Bachinger vor allem angesprochen hat: Ohne die Vernetzung und ohne klar gesicherte Datenlage ist auch ein Zusammenführen des unterschiedlichen ambulanten Strukturbereiches nicht möglich. Dass sich Österreich natürlich eine Systematik leistet, die sonst nur Griechenland hat, eine Doppelfinanzierung, spricht für unsere hohe sonstige wirtschaftliche Produktionsfähigkeit.

Aber es ist nun einmal so: Es gibt nur zwei Systeme die Effizienz bieten. Das eine ist ein Versicherungssystem und ein steuerfinanziertes System. Österreich geht hier einen eigenen Weg und, wie ich meine, keinen guten. Und seit dem Jahre 2000 fordert das Land Niederösterreich die Finanzierung aus einer Hand.

Als politischer Realist weiß ich, dass wir dort ein Stück uns näher gekommen sind in diesen letzten Gesprächen und zumindest von einem virtuellen Topf reden. Ich bin dann gespannt in der Umsetzung, wie sich das auswirkt. Weil seit dem Jahre 1998 trägt ausschließlich die öffentliche Hand in Form der Gemeinden und des Landes Niederösterreich die Kostenentwicklung im medizinischen Bereich. Weil alle anderen Organisationen haben ihre Kosten gedeckelt: Die Versicherungen, der Bund. Und so bleibt nur mehr ein Kostenträger über, die Kommune. Und auch die haben wir entlastet über den NÖKAS und gleich gehalten. Der Einzige, der hier als Zahler und letzten Endes auch als Risikoträger auftritt, ist das Land Niederösterreich, das hier in Vorlage zu treten hat.

Und daher ist es auch klar, dass mit Ausnahme von Reformpool Projekten - zweien, die in der letzten Zeit gestartet wurden und die durchaus als erfolgreich betrachtet werden können, im Bereich der Hospizversorgung und im Bereich der Diabetesversorgung, die - herausgenommen - jetzt neue Behandlungsmöglichkeiten und auch Finanzierungsmöglichkeiten nach sich gezogen haben - ansonsten letzten Endes alles im Klinikum verblieben ist. Das heißt, der ganze Kostendruck und auch der Weiterentwicklungsmodus wurde nur in unseren klinischen Betrieben schlussendlich entwickelt.

Das heißt, dass wir, wenn wir zu neuen Lösungen kommen müssen, auch in Rechnung stellen

müssen, was ist in den letzten 12 Jahren oder in den letzten 15 Jahren seit der Einführung von LKF eigentlich passiert? Und wir werden nicht zum Beispiel bei Null heute beginnen können, sondern müssen die Verantwortung, die vor allem die Körperschaften öffentlichen Rechts, Gemeinden und Länder, übernommen haben, auch in der Neurechnung von uns aus sehen, von dieser Zeit her.

Das heißt, wir haben viele Fragen die uns in die Zukunft begleiten, viele gute Ansätze. Bis zum Bonussystem, bis zur Halbierung des Selbstträgers. Die IAS, das kann ich Ihnen hier sagen, wird ausgerollt bis Ende 2014, sodass sie entweder als Organisationseinheit oder als dementsprechende Abteilung auch mannschaftlich ausgerüstet ist und durchstrukturiert ist. Und damit eigentlich zum Ausdruck bringt, was ambulante Versorgung ist. Die wollen wir im niedergelassenen Bereich. Die wollen wir bei einem guten Hausarztssystem. Und da kann uns das dänische System oder auch das holländische nur Vorbild sein.

In diesem Sinne noch einmal herzlichen Dank für Ihre Inputs. Sie spornen uns an, uns weiterhin anzustrengen bei den Reformbewegungen! Denn eines ist dem niederösterreichischen Gesundheitsversorgungssystem innewohnend: Nicht einmal das Ruder herumreißen und Reform draufschreiben, wo alle dann schlussendlich etwas nervös und entgeistert sich herum bewegen, sondern Reform muss ein permanent gelebter Prozess sein! Zumindest auch gelebt haben in Allentsteig, in Eggenburg, in Hohegg oder in den anderen Einrichtungen, in Gugging, die heute gar keine Standorte mehr sind und trotzdem die medizinische Versorgung exzellent weiter entwickelt haben.

In diesem Sinne wünsche ich allen, die heute hier als Teilnehmer dabei gewesen sind, dass Sie für Ihre eigenen Verantwortungsbereiche das mitnehmen, was auch für Sie zur Weiterentwicklung oder zur Beurteilung der gegenwärtigen Situation notwendig ist. Alles Gute und ein herzliches Dankeschön! *(Beifall)*

Sandra Baierl: Herzlichen Dank Herr Mag. Wolfgang Sobotka! Herzlichen Dank auch an Frau Mag. Karin Scheele. Herr Sobotka hat das Wort „Reformbewegung“ genannt. Kommt vor allem jenen zugute, die jetzt auf der Galerie oben sitzen. Und deswegen begrüßen wir an dieser Stelle die Schülerinnen und Schüler der 3A der Volksschule Strass im Strassertale. *(Beifall)*

Wir bleiben politisch. Zur Abrundung des heutigen Vormittages kommen wir zur politischen Bewertung durch die Klubobleute der Fraktionen, die

im Landtag vertreten sind. Was nehmen die politischen Parteien aus diesen Vorträgen mit? Wo liegen ihre Schwerpunkte? Wie sehen die Zukunftskonzepte der Parteien aus?

Nacheinander bitte ich auf die Bühne die Klubobfrau der Grünen, MMag. Dr. Madeleine Petrovic, danach Herrn Klubobmann der Freiheitlichen Partei Gottfried Waldhäusl, gefolgt vom Klubobmann der SPÖ, Mag. Günther Leichtfried und in Vertretung von Klubobmann Mag. Klaus Schneeberger den Klubobmannstellvertreter der ÖVP Mag. Alfred Riedl.

Abg. MMag. Dr. Petrovic (Grüne): Herzlichen Dank! Ich begrüße auch herzlich die Referenten! Die Kolleginnen und Kollegen aus der Politik und aus der Verwaltung. Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir haben uns im Grünen Klub und insbesondere auch mit unserer Gesundheitssprecherin Frau Dr. Krismer ja schon intensiv mit Fragen der Zweiklassenmedizin befasst. Wir sind damit auch in die Öffentlichkeit gegangen. Und ich kann mich gut erinnern an eine Präsidiale, da haben wir alle offenbar aus persönlicher Betroffenheit im familiären Umfeld, in der Nachbarschaft, unser Leidwesen geklagt mit einer zwar hervorragenden medizinischen Versorgung, aber dann mit diversen Schnittstellenproblemen bzw. mit bürokratischen Problemen bei der Durchsetzung von Gesundheitsanliegen. Das war, glaube ich, mit ein Grund für die heutige Enquete. Ich danke sehr herzlich, dass das zustande gekommen ist! Und wünsche mir auch, dass das nicht die letzte derartige Veranstaltung ist. Habe dann gleich ein paar Anregungen, glaube ich, woran wir weiter arbeiten sollen.

Wenn die Moderatorin gefragt hat, was wir mitnehmen, da muss ich sagen, wie ich die Zahl gelesen habe, die Herr Dr. Bachinger referiert hat, die 56,7 Prozent der eigentlich iatrogen verursachten stationären Aufnahmen, da habe ich mir gedacht, um Himmels Willen! Da, glaube ich, haben wir großen Handlungsbedarf. Ohne jetzt irgendeine Schuldigensuche, aber da muss was geschehen! Das ist eine absolut alarmierende Zahl. Ich habe früher im Parlament in dem Bereich relativ viel gearbeitet. Natürlich ist das jetzt in der letzten Zeit nicht mehr so der Fall gewesen. Aber ich glaube, da sollten wir intensive Beratungen noch weiter führen, woran das wirklich liegt und was hier getan werden kann. Weil das ist ein Wert, der kann so nicht stehen bleiben.

Wenn man auch das Gesundheitswesen und den ambulanten Bereich des Gesundheitswesens als ein Teil der Volkswirtschaft sieht, dann, glaube ich, müssen wir weit stärker die Schnittstellen beachten bzw. auch die wirtschaftlichen Faktoren innerhalb des Systems. Und da ist neben so quasi der Abschaffung der Zweiklassenvorgangsweise - Privatversicherung usw. - ein zentrales Anliegen, das wir auch schon seit vielen Jahren trommeln. Nämlich der Übergang zu einer Krankenkasse oder Versicherung. Wenn man nicht so weit gehen will wie in Dänemark, dass man das überhaupt in den Bereich der Steuerfinanzierung und so quasi des allgemeinen Haushalts nimmt. Ich glaube, in Österreich hat die Idee der Selbstverwaltung doch eine sehr lange Tradition. Aber dieses „Kasterldenken“, das hat wirklich, glaube ich, keine positive Funktion mehr. Vielleicht nur die eine, dass man jetzt noch in der Art eines Best Practice-Beispiels positive Beispiele herauspicken kann. Aber es spricht ja nichts dagegen, die rasch eben dem gesamten Bereich des Gesundheitswesens zugänglich zu machen.

Ich glaube, dass ein ganz wesentlicher Punkt ist der Bereich der Bürokratie, die Schnittstellen-thematik. Und in Abwandlung von dem bekannten Satz bis dat qui cito dat, möchte ich sagen, wer schnell beispielsweise Rehabilitationsmaßnahmen ermöglicht, ohne bürokratische Hürden, der wird auch im Gesundheitswesen Kosten sparen. Der wird doppelt sparen! Und das war eigentlich einer der Ansatzpunkte in der Präsidiäle: Dass wir alle in unserem familiären bzw. nachbarschaftlichen Umfeld Fälle hatten, wo es dann einen enormen Anlauf erst gebraucht hat, bis beispielsweise nach relativ komplizierten Knochenverletzungen die notwendige Rehabilitation möglich war. Daher meine Anregung auch für eine Fortsetzung der heutigen Veranstaltung. Und ein kleiner Wermutstropfen: Also, ich denke mir, wenn man über Gesundheitswesen redet, dann würde ich mir auch ein gegendertes Paneel wünschen.

Und dann, glaube ich, wird es notwendig sein, auch die anderen Gesundheitsberufe, die medizinisch-technischen Berufe hier einzubeziehen. Denn wenn es geht um diätische Maßnahmen, um Bewegung, um Physiotherapie, dann glaube ich, ist es ganz einfach notwendig, auch die Vertreterinnen dieser Berufsgruppen - das sind überwiegend Frauen - hier einzubeziehen.

Ein vorletztes Wort zu den Selbsthalten. Denn da kommt immer so heraus, das kann steuern. Ja, aber da möchte ich schon sagen, und auch dazu haben die Grünen schon vor einiger Zeit, ich

weiß jetzt gar nicht, wie lange das her ist, eine Vorarbeit produziert, dass die Selbsthalte in Österreich und zwar auch dort, wo man glaubt, es gäbe gar keine – Gebietskrankenkassen - überhoch sind im internationalen Vergleich! Weil es eben gewisse medizinische Leistungen gibt, die wichtig sind, im Bereich der Zahngesundheit, im Bereich der Augengesundheit, und die so gut wie gar nicht mehr abgedeckt sind. Und das ist wichtig! Gerade in einer Familie mit Kindern, wenn da alle schlecht-sichtig sind oder ein Problem mit den Zähnen haben, na Servus! Das geht ordentlich ins Geld! Und das schmälert auf Dauer die gesundheitlichen Chancen. Denn, das wissen mittlerweile Gott sei Dank wirklich fast alle, dass etwa schlechte Zähne nicht nur ein kosmetisches Problem darstellen, sondern die körperliche Gesundheit massiv beeinträchtigen.

Das heißt, schauen Sie sich einmal die Selbsthalte an! Ich werde Frau Dr. Krismer bitten, dass wir die Studie, wenn das nicht völlig überholt ist, dass wir die Hauptaussagen zur Verfügung stellen. Weil ich glaube, da haben wir schon ein überhohes Niveau in Österreich.

Allerletztes Wort: Wir haben heute sehr stark von den volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen her gedacht. Das ist auch wichtig, das müssen wir auch. Aber ich hätte ganz gern auch einen anderen Zugang. Vor allem auch als Grüne, die natürlich auch an Ökologie, an Lebensbedingungen, gesund bleiben, sehr stark denkt. Wir hatten im Bereich des Österreich-Konventes eine große Idee eingebracht, nämlich das Grundrecht auf Gesundheit. Und wir waren sehr knapp davor, dass sich da eine Mehrheit gefunden hätte. Es ist sich dann im Zuge von Wahlen und politischen Entscheidungen das nicht mehr ausgegangen. Und zwar ein Grundrecht auf Gesundheit nicht in einem naiven Sinn, so quasi, ich möchte das Recht haben, nicht krank zu werden. Aber im Sinne eines Abwehrrechtes für statistisch relevante, nachweisliche Gefahren.

Auch das wäre, glaube ich, ein wesentlicher Anreiz für die öffentlichen Hände, krank machende Arbeitsbedingungen, krank machende Wohnsituationen, Lärm, Staub usw., wirklich einmal ursächlich anzugehen. Und auch das, das wäre so quasi schon dann der dritte Teil von dem was ich mir vorstelle oder wünsche für unsere weiteren Arbeiten, auch daran sollten wir weiter arbeiten.

In diesem Sinne noch einmal vielen Dank. Und wie gesagt, ich würde diese Arbeit sehr gerne fortsetzen. Danke! (*Beifall*)

Abg. Waldhäusl (FPÖ): Sehr geehrter Herr Präsident! Werte Referenten! Werte Kollegen!

Qualitätssteigerung - Kostensenkung. Für mich gibt es zwei Schwerpunkte, worin ich heute hundertprozentig bestätigt wurde. Wir müssen und sollen seitens der Politik sicherstellen, dass Reformen durchgeführt werden. Denn der Reformbedarf ist vorhanden. Diese Bestätigung haben wir heute erfahren.

Es sind Einsparungen notwendig, und wir seitens der Politik sind aufgefordert, hier schwerpunktmäßig dafür einzutreten und dafür zu sorgen, dass die Einsparungen an der richtigen Stelle stattfinden. Was meine ich damit? Nicht bei den Leistungen sparen um Kosten zu senken, sondern dort effizient zu sparen, wo der Bürger nicht bei der Leistung übrig bleibt. Das ist möglich. Denn wir müssen seitens der Politik sicherstellen, dass die Finanzierbarkeit auch in Zukunft möglich ist.

Da haben wir heute mit dem Beispiel Dänemark einige Vorschläge gehört, wie es in der Praxis möglich ist, und wo wir seitens der Politik ja schon seit einigen Jahren oft parteiübergreifend lautstark darüber nachdenken, wo man hier sparen kann, ohne dass der Bürger tatsächlich bei den Leistungen etwas merkt.

Ob die einen darüber nachdenken, die Krankenversicherungen zu halbieren, die anderen darüber nachdenken, sie auf eine oder zwei zusammenzulegen oder ob man den Schritt wagen sollte, hier grundsätzlich aus einem Topf die Finanzierung vorzunehmen.

Ich glaube, hier zeigt Dänemark, dass es möglich ist. Der Bürger würde keinen Unterschied merken. Wir haben aber auch heute und vor allem ich habe die Bestätigung erfahren dass der Bereich der ambulanten Behandlung, Doppelgleisigkeiten in diesem Bereich, die Probleme der niedergelassenen Ärzte tatsächlich ein Problem ist, wo wir seitens der Politik reagieren sollten. Und auch hier immer mit dem Gedanken daran, ohne dass der Bürger schlechter gestellt ist.

Denn eines haben wir heute schon erfahren können: Bei der demografischen Entwicklung, bei der Bevölkerungsentwicklung bis 2050 wird es im urbanen Bereich zu bis zu 30 Prozent mehr an Bevölkerung kommen und im ländlichen Raum bis zu einem Minus von 10 Prozent. Warum erwähne ich das hier? Weil gerade Horn hier aufgezeigt hat, wie man reagieren kann um gewisse Probleme sicherzustellen.

Denn im ländlichen Raum gehen viele Menschen deswegen ins Krankenhaus in die Ambulanz, weil an Wochenenden, an Feiertagen die Behandlung nicht mehr zu 100 Prozent sichergestellt ist. Im urbanen Bereich wissen wir jetzt schon, dass die Ambulanzen deswegen voll sind, weil hier viele Menschen es einfach so richtig gemütlich sehen, den praktischen Arzt zu umgehen und gleich die Ambulanzen zu belagern.

Das heißt, hier sind wir seitens der Politik gefordert. Wir müssen bei den praktischen Ärzten sicherstellen, dass der ländliche Raum tatsächlich abgesichert ist und einen Schritt weiter: Auch auf Grund dieser Entwicklung, ein Minus bis zu 10 Prozent, muss die Politik sicherstellen, dass auch im Bereich der Krankenhäuser es tatsächlich zu keinen Schließungen kommen darf.

Die Doppelgleisigkeiten im ambulanten Bereich, eine Aufwertung der Hausärzte auch in dem Bereich, dass wir hier nicht wieder politisch darüber diskutieren müssen, dass wir die Hausapotheken deswegen erhalten, damit die niedergelassenen Ärzte hier tatsächlich überleben können. Denn das ist tatsächlich der falsche Zugang. Wir müssen den Hausärzten jede Möglichkeit geben, und auch hier haben wir gesehen, dass es in Dänemark ein Modell gibt, das sicherstellt, dass tatsächlich die Bevölkerung, die Patienten zuerst den Hausarzt aufsuchen. Auch das wird in Horn bereits gelebt und vorgezeigt.

Und wenn es einige Ausreißer gibt, dann kann man in Zukunft auf alle Fälle darauf zurückgreifen, dass dieses Modell, indem man hier tatsächlich etwas erbringt, was für den Standort nicht wirtschaftlich ist – wirtschaftlich wäre, für einen Krankenhausstandort die Betten zu füllen, nein -, hier wird etwas vorgelebt, wie man tatsächlich Geld der Steuerzahler einspart.

Ob dieses Geld der Steuerzahler direkt für das Gesundheitssystem in Zukunft zur Verfügung gestellt wird, ob es weiterhin noch dem österreichischen System zur Verfügung gestellt wird, liegt an uns in der Politik. Ich persönlich tendiere absolut in Richtung mehr Autonomie für die Länder. Und ich würde sagen, was in Dänemark möglich ist, ist in Österreich, in den neun Bundesländern, und vor allem in Niederösterreich, absolut möglich. Und ich glaube, es würde auch die Landtage, es würde die Länder aufwerten. Und wir könnten der Garant dafür sein, dass es eine optimale Gesundheitsversorgung in Niederösterreich gibt. Danke! *(Beifall)*

Abg. Mag. Leichtfried (SPÖ): Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Frau Landesrätin Karin Scheele hat gemeint, gesundheitsfördernd ist es nicht wenn wir jetzt fast drei Stunden hier herinnen sitzen ohne Bewegung zu machen. Dem kann ich natürlich nur zustimmen. Andererseits sind diese drei Stunden auch ein Test darüber, wie gut unsere Konzentrationsfähigkeit ist. Und ich bin in der Zwischenzeit jetzt der elfte, der sozusagen hier eine Wortmeldung von sich geben soll. Ich bewundere Sie alle, die Sie diese Fähigkeit haben, hier sozusagen zuzuhören. Und insofern ist es auch gesundheitsfördernd, nämlich die Altersdemenz, anzukämpfen. Weil es hier natürlich darum geht, vor allem die Menschen relativ lange jung zu erhalten und hier sozusagen auch die Konzentrationsfähigkeit immer wiederum zu testen und einfach zu üben.

Zunächst möchte ich aber feststellen, dass wir – das ist zwar herausgekommen, aber ich möchte das noch einmal ausdrücklich festhalten – ein intaktes und qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem haben. In Österreich, in Niederösterreich. Und dass wir mit diesem intakten und hochwertigen Gesundheitssystem an und für sich grundsätzlich natürlich auch sehr gut leben können. Ein Gesundheitssystem, das aufgebaut ist, und darauf lege ich Wert, auf Solidarität und auf Leistbarkeit. Diese beiden Dinge sind für mich und für unsere Fraktion natürlich von besonderer Bedeutung.

Für dieses qualitativ hochwertige Gesundheitssystem hat der Herr Landeshauptmannstellvertreter gemeint, sind vor allem auch die Patienten selber verantwortlich. Darin stimme ich ihm bei. Aber dass es so hochwertig ist, das möchte ich schon auch hier festhalten, dafür sind vor allem die Personen, die im Gesundheitssystem tätig sind, auch verantwortlich. Nämlich sowohl das medizinische als auch das nicht-medizinische Personal. Ohne deren Einsatz wäre natürlich ein hochwertiges System nicht so aufrecht zu erhalten.

Und ich darf auch ein bisschen kritisch dabei anmerken, dass hier die Belastbarkeit dieses medizinischen und nicht-medizinischen Personals an einer Grenze angelangt ist. Und wir seitens der Politik immer wiederum auch überlegen müssen, wie wir hier eine Verbesserung ermöglichen können.

Die Menschen haben Vertrauen in unser Gesundheitssystem. Sie vertrauen auf diese hohe Qualität. Sie haben das in der Vergangenheit gemacht und sie wollen das auch in Zukunft tun. Da-

mit sie das aber auch in Zukunft tun können – und da stimme ich mit vielen Referenten, die heute hier da gewesen sind überein – damit man das in Zukunft auch haben kann, dieses Vertrauen, sind viele oder zumindest einige Reformschritte notwendig. Vieles ist hier angedeutet worden. Ich glaube, dass ein ganz wesentlicher Punkt die Planung ist, die Steuerung und die Finanzierung. Zu überlegen, wie soll das in Zukunft vonstatten gehen? In welcher Verantwortung soll in Zukunft Planung, Steuerung und Finanzierung liegen?

Natürlich, obwohl uns im Vordergrund die Qualität beschäftigt und erst im Hintergrund die Finanzierung beschäftigen muss, ist aber die Finanzierung ein ganz, ganz entscheidender Faktor. Und sollen wir nicht in der Lage sein, die Finanzierung des Gesundheitssystems in dieser hohen Qualität, wie wir es derzeit haben, auch für die Zukunft zu gewährleisten, dann bin ich der Überzeugung, dass wir in einigen Jahren eine ganz, ganz gefährliche Diskussion haben werden. Nämlich eine Privatisierungsdiskussion! Und diese Privatisierungsdiskussion im Gesundheitswesen wird zu einer Zerstörung dieses Gesundheitswesens, dieses derzeitigen führen. Und daher ist es dringend notwendig, eine Veränderung herbeizuführen.

Wir sind derzeit, so sehe ich das, noch immer einer der Weltmarktführer was den niederschweligen Zugang zu Gesundheitsleistungen betrifft. Das österreichische Gesundheitssystem ist aber auch gekennzeichnet durch eine Zersplitterung von Kompetenzen, die Finanzierungsverantwortung deckt sich nicht mit Aufgaben- und Ausgabenverantwortung. Und genau aus diesem Grund gibt es natürlich unterschiedliche Interessen, gibt es Doppelgleisigkeiten, gibt es Intransparenz und vieles mehr, was wir heute Vormittag auch gehört haben.

Daher denke ich, dass es auch nach sehr, sehr langen Diskussionen letztendlich – und ich hoffe es – im Juni zu einer Vereinbarung zwischen Bund, Land, Sozialversicherungen kommen wird, wo es darum geht, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem mit einem gewissen Ausgabendämpfungspfad zu vereinbaren. Wieso brauchen wir das? Wir brauchen das eben genau deswegen, um die Qualität unseres Gesundheitssystems sicherstellen zu können. Optimierung, Effizienzsteigerung, Nahtstellenproblematiken usw. wie wir das gehört haben, sind dabei, entsprechend auch zu berücksichtigen.

Ich glaube aber, eines ist besonders wichtig und diese Prämisse müssen wir bei allen Diskussionen haben. Dr. Bachinger hat das ja klar und deutlich dargestellt. Die oberste Prämisse in unse-

rem Gesundheitssystem muss es sein, patienten- und bedarfsorientiert zu arbeiten. Wenn ich aber patienten- und bedarfsorientiert arbeiten möchte, dann gibt es natürlich die verschiedensten Diskussionen. Vor allem an der Nahtstelle ambulant/niedergelassen, Spital. Hier ist eine Nahtstelle, die wir sehr, sehr intensiv diskutieren müssen. Wir haben, es ist schon erwähnt worden, im österreichischen Gesundheitsplan und im regionalen Strukturgesundheitsplan verschiedene Prämissen drinnen, wie zum Beispiel eben die Verdrängung aus dem ambulanten Bereich in den niedergelassenen Bereich.

Ich finde das ja prinzipiell als nichts Schlechtes. Wir müssen uns überlegen, wo liegen die Aufgaben, es ist auch heute sehr deutlich herausgekommen, des niedergelassenen Bereiches überhaupt? Was ist zu machen? Wir dürfen aber dabei nicht übersehen, dass derzeit die Voraussetzungen nicht unbedingt dafür gegeben sind. Denken wir nur daran, dass es viele, viele Bereiche gibt, die zu hinterfragen sind. Wie zum Beispiel eben die Öffnungszeiten. Wie zum Beispiel, was ist mit der Nachtdienstbereitschaft? Ein Langzeitthema, das wir bis heute mehr oder weniger nicht gelöst haben. Und daher die Patienten, die Kunden natürlich in Umgehung des praktischen Arztes ganz andere Richtungen einschlagen.

Ich könnte jetzt hier sehr vieles anführen an Themen, die wir natürlich diskutieren und einer Lösung auch zuführen müssen, wenn wir den Weg, der hier vorgezeichnet wird, auch tatsächlich ermöglichen wollen.

Ein letzter Punkt noch ganz kurz: Natürlich - es ist schon mehrmals angeschnitten worden - wir wollen und wir müssen weg von der Reparaturmedizin! Und wir müssen hinein in die Vorsorge, in den Vorsorgebereich. Wir müssen in den gesundheitsorientierten und gesundheitsfördernden Bereich hinein. Wir müssen hinein in den Bereich der Eigenverantwortung. Natürlich ist das aber nicht so einfach. Es wird lange Diskussionen noch geben darüber, wem ist was zumutbar? Wie kann das Ganze angestellt werden? Ihr Modell, das hier heute vorgestellt wurde - über das kann man natürlich diskutieren - beschränkt sich im Prinzip darauf, wo die Selbsthalte sozusagen zu leisten sind und hier ein Bonus sozusagen dafür in Aussicht gestellt werden kann.

Ich denke, es ist nicht jedem Menschen möglich, diese Selbstverantwortung und diese Eigenverantwortung auch tatsächlich zu übernehmen. Auf der anderen Seite brauchen wir bestimmte

Förderprogramme, die genau in diese Richtung gehen. Ich denke da auch an Programme, die immer mehr auch in der Öffentlichkeit zum Tragen kommen, wie zum Beispiel die so genannten - klingt jetzt vielleicht ein bisschen vereinfacht - die so genannten „Gesundheitssportvereine“.

Ein Gesundheitssportverein ist nicht nur ein Verein, der sich rein um Bewegung kümmert, ein Gesundheitssportverein sieht den Menschen umfassend. In seinem gesamten Ernährungsverhalten, in seinem Gesundheitsverhalten, und das alles aber noch verbunden mit einer medizinischen Betreuung. Führt dazu, dem Menschen mehr Eigenverantwortung, Selbstverantwortung auferlegen zu können.

In diesem Sinne glaube ich, und das möchte ich abschließend nochmals sagen: Wir haben ein gutes System. Wir haben aber ein System, das die eine oder andere Reformschnitte benötigt. Gute Systeme, auch das wurde von Dr. Bachinger gesagt, kann man immer verbessern. Wir müssen und wollen und sollen unser System verbessern, wenn wir es auch in Zukunft für die Menschen erhalten wollen. *(Beifall)*

Abg. Mag. Riedl (ÖVP): Herr Präsident! Herr LHStv. Mag. Sobotka! Meine Damen und Herren!

Einen Reformbedarf kann wohl niemand leugnen. Für mich stellt sich nur die Frage wer kann auf welcher Ebene unseres Staatsgefüges - Bund, Länder, Gemeinden - einen sinnvollen Beitrag dazu leisten.

Ich denke wir in Niederösterreich brauchen nichts g'sundbeten aber schon gar nichts krankjammern. Wir haben in den letzten Jahren im Bereich unserer Verantwortung eine vielbeachtete Reform zustande gebracht und damit unsere Hausaufgaben gemacht.

Das Thema „Spitalsreform“ ist allgegenwärtig und va. in der Öffentlichkeit in den letzten Monaten sehr kontrovers diskutiert worden. Die Medienberichte darüber vermitteln der Bevölkerung ein Bild von der Spitalslandschaft in Österreich, das sehr negativ besetzt ist. Einen Reformbedarf wird hier auch niemand ernsthaft leugnen. Allerdings sollte man nicht bei dieser Diskussion stehenbleiben, sondern auch den zumindest ebenso wichtigen extramuralen Bereich nicht aus dem Blickwinkel verlieren. Das ist in dieser Enquete heute sehr gut gelungen.

Ich bin der Ansicht, dass die derzeitige Spitalsreformdiskussion zu kurz greift. Die Diskussion in den Fachgremien geht auch in eine andere Richtung: Hier wird nicht ausschließlich über eine „Spitalsreform“ gesprochen, sondern über eine „Gesundheitsreform“.

Jede Diskussion zu diesem Thema müsste eigentlich den Patienten im Mittelpunkt haben und vorerst die Frage stellen, wo braucht die Bevölkerung in welchem Ausmaß welche Gesundheitsdienstleistungen und welche Ressourcen müssen dafür bereit gestellt werden. Von diesem Blickwinkel aus käme man niemals auf die Idee, nur die Krankenanstalten allein zu betrachten.

Aus Sicht des Patienten liegen die Probleme im extramuralen Bereich genauso, wie im intramuralen. Und wenn man das näher analysiert, sieht man deutlich, dass es sich vor allem um ein Problem an der Schnittstelle zwischen den beiden Bereichen handelt.

Von der OECD beginnend, über nationale Institute, die sich intensiv mit dem Gesundheitswesen in Österreich auseinandersetzen, bis hin zu nationalen Gesundheitsökonominnen sind sich alle in der wesentlichen Grunddiagnose über das System einig: Wir haben Strukturprobleme an der Schnittstelle zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Krankenanstalten, die zu teuren Doppelgleisigkeiten in der Versorgung und einem „Hin und Herschieben“ von Patienten führen.

Die Finanzierungsstrukturen in Österreich verstärken die Problemlage noch, in vielen Bereichen sind sie vermutlich sogar der Grund für die Probleme. Was ist so besonders an der österreichischen Struktur im internationalen Vergleich? Österreich hat als eines der wenigen Länder in Europa ein Mischsystem zwischen Steuerfinanzierung und Beitragsfinanzierung.

Viele Länder haben ein überwiegend oder ausschließlich steuerfinanziertes System, wie wir zum Beispiel gerade im Vortrag über Dänemark gehört haben. Andere Länder, wie z.B. Deutschland, haben ein von den Sozialversicherungen getragenes, beitragsfinanziertes System.

Alle diese Länder kennen die Schnittstellenprobleme, die wir in Österreich haben, in diesem Ausmaß nicht. Darum war es auch sehr interessant, über die Erfahrungen und Problemstellungen mit diesen Finanzierungssystemen Näheres zu erfahren.

Herzlichen Dank an Herrn Prof. Pedersen für die Bereitschaft dafür nach Niederösterreich zu kommen. Der Druck, rasch Reformschritte einzuleiten, wird durch die derzeitige internationale Wirtschaftslage und die notwendigen Sparmaßnahmen erhöht. Unzweifelhaft haben wir im internationalen Vergleich ein sehr teures Gesundheitssystem.

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben sind von 1997 bis 2009 um rund 73% gestiegen, das BIP im selben Zeitraum nur um 50%. Wir sehen enorme Kostensteigerungen in allen Bereichen der medizinischen Versorgung und müssen uns daher zunehmend fragen, wie wir das System langfristig finanzieren wollen. Gleichzeitig müssen wir uns aber auch fragen: Wie viel Versorgung zu welcher Qualität wollen wir bzw. wie viel darf ein Gesundheitssystem kosten. Was bedeutet das für eine Volkswirtschaft?

Herr Prof. Haber hat die Bedeutung der Gesundheitsdienstleistungen für unsere Volkswirtschaft gerade klar herausgestrichen und gibt damit gerade uns politischen Verantwortlichen ein wesentliches Argumentarium an die Hand, das es uns ermöglicht, den notwendigen Blick auf das Ganze zu wahren. Das erweist sich gerade in einer Zeit wie dieser als wichtig, in der mit einem sehr eingeschränkten Blick auf die Spitäler, versucht wird, vieles kaputt zu sparen.

Unser erklärtes Ziel muss es sein, das System effizienter zu gestalten, damit zusätzliche Belastungen durch Steuern und Beiträge oder vermehrte Eigenleistungen der Patientinnen und Patienten vermieden werden. Es darf auch zu keiner reinen Rationierung von Leistungen, keinen Qualitätsverlusten und keinen Einschnitten in der Zugänglichkeit zur Versorgung kommen.

Ein Lob daher dem Team in Waldviertelklinikum Horn, das hier an einer wirklich bahnbrechenden Entwicklung einer neuen Form der Patientenversorgung gerade an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und niedergelassener Versorgung mitgewirkt hat.

Mit dem Reformpoolprojekt Interdisziplinäre Aufnahmestation Horn war NÖ Vorreiter in Österreich. Heute kann die bundesweite Arbeitsgruppe „Alternative Versorgungsformen“ im Ministerium auf den NÖ Erfahrungen aufsetzen. Auch hier waren wieder – wie so oft – niederösterreichische Pionierarbeiten erforderlich, damit Neues entstehen kann. Der Herr Bundesminister sollte sich dies vor Augen führen, bevor er zum wiederholten Mal die Länder zu unrecht als Reformmuffel bezeichnet.

Nun ein paar Worte zur laufenden „Gesundheitsreformdiskussion“:

Die Diskussion über eine „Gesundheitsreform“, also eine alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Reform, wird derzeit sehr intensiv geführt.

Die Schwerpunkte liegen dabei natürlich bei Maßnahmen zur Dämpfung der Ausgabensteigerungen, aber auch bei Rezepten zur Überwindung der geteilten Verantwortlichkeiten zur Planung, Steuerung und Finanzierung an der Schnittstelle zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Krankenanstalten.

Das Hauptproblem zwischen den beiden Sektoren liegt derzeit darin, dass es finanziell vorteilhaft für jeden Sektor ist, wenn Patienten im anderen Sektor behandelt werden. Wenn z.B. keine ausreichende medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte vorhanden ist, oder diese nicht ausreichend verfügbar sind, landen die Patienten automatisch in den Krankenanstalten.

Die medizinischen Leistungen werden daher nicht immer dort erbracht, wo sie für das öffentliche Gesundheitssystem und vor allem für die Patientinnen und Patienten am effizientesten und effektivsten geleistet werden können.

Österreich liegt mit einem Ausgabenanteil von ca. 40 Prozent für die stationäre Versorgung im europäischen Spitzenfeld. Bei der Überwindung des geteilten Finanzierungssystems liegt die Lösung des Problems.

Die Länder haben daher in der laufenden Diskussion unter vielen anderen Maßnahmen vor allem ein Modell der gemeinsamen Finanzierung auf Länderebene über die bestehenden Gesundheitsplattformen vorgeschlagen. In den Gesundheitsplattformen sind auch jetzt schon die Länder und die Sozialversicherungsträger partnerschaftlich vertreten. Diesem Modell stimmen der Bund und die Sozialversicherung bisher nicht zu.

Dass Aufgaben- und Ausgabenverantwortungen auch im Staatsgefüge veränderbar sind, zeigt wieder Niederösterreich vor.

Das Land und die Städte und Gemeinden Niederösterreichs haben durch die Übernahme der Krankenanstalten und damit verbunden eine Neuordnung der Finanzierungsströme zukunftsweisende Reformen verhandelt und erfolgreich umgesetzt. Die Beratungen konzentrieren sich derzeit auf ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem, das

insbesondere ein Finanzzielsteuerungssystem verbunden mit einem Ausgabendämpfungspfad umfasst, aber auch Versorgungsziele und Qualitätsparameter zum Gegenstand haben soll.

Wie weit durch Finanzziele, die zwar gemeinsam vereinbart werden, aber für jeden Sektor getrennt gelten sollen, überhaupt eine Verbesserung der Probleme an der Schnittstelle erreicht werden kann, ist in den Verhandlungen noch zu klären.

Neben diesen Finanzzielen muss es in jedem Fall auch weitere Instrumente geben, die den derzeit bestehenden Fehlsteuerungen im System entgegenwirken können. Unser Gesundheitssystem wird im Wesentlichen durch finanzielle Anreize gesteuert.

Neue Konzepte dafür, wie das Patientenverhalten gesteuert werden könnte, sind daher erforderlich. Die SVA Gewerbliche Wirtschaft hat mit ihrem Bonussystem für ihre Versicherten ein einfaches, innovatives Anreizsystem etabliert. Dabei profitieren die Versicherten, die Arbeitgeber und die Volkswirtschaft. Die Philosophie, Eigenverantwortung zu fördern und einzufordern, wird seit jeher schon von LHStv. Sobotka vertreten und in NÖ durch die Initiative „Tut gut“ tatkräftig unterstützt.

Aber auch die Lösungswege, die uns Herr Prof. Pedersen aus Dänemark berichtet, sind hier jedenfalls auf ihre Umsetzbarkeit in Österreich zu prüfen.

Ich denke auch die Gemeinden wären in der Lage, Anreize zur Förderung von Eigenverantwortung zu geben. Als Beitragszahler zur Betriebsfinanzierung der Krankenanstalten wäre ein Anreizsystem für mich denkbar. Als erste Ansprechstelle für unsere Landsleute, aber auch aus Vorbildfunktion und Motivation können Präventionsprojekte gerade auf Gemeindeebene implementiert werden. Bei signifikanten Ergebnissen wäre z.B. eine Beitragsreduktion ein besonderer Anreiz.

Ich glaube, die Länder können – was ihren Verantwortungsbereich, nämlich die Spitäler, betrifft – zuversichtlich sein, dass sie die Finanzziele, die derzeit in Diskussion sind, auch erfüllen können. Ziel wird es sein, die Steigerung der Ausgaben im Gesundheitswesen schrittweise auf die durchschnittliche BIP-Steigerungsrate zu reduzieren und damit die nachhaltige Finanzierung des Systems sicherzustellen.

Viele Länder, darunter auch NÖ, haben im Spitalsbereich schon vor längerer Zeit begonnen, neue effizientere Versorgungsformen einzurichten,

Tagesklinikpotential zu heben, usw. Die Bündelung aller Krankenanstalten im Land verbunden mit einer Vereinheitlichung der Versorgungsstruktur, so wie NÖ das getan hat, ist da ebenso als wichtiger Reformschritt zu sehen, wie z.B. die von OÖ oder Wien angekündigten Umgestaltungen der Spitalslandschaft.

Eine von Bundesseite wiederholt geforderte Änderung der Bundesverfassung, damit der Bund statt seiner bisherigen Grundsatzgesetzgebungskompetenz die alleinige Zuständigkeit für die Gesetzgebung im Krankenanstaltenwesen erhält, ist aus meiner Sicht für sich alleine nicht als Reformmaßnahme zu betrachten, die aus Sicht der Patientenversorgung irgendeine Verbesserung bewirkt.

Die Länder würden durch den Entfall ihrer Gesetzgebungskompetenz im Krankenanstaltenwesen eine wesentliche Voraussetzung verlieren, dass sie nämlich partnerschaftlich durch Vereinbarungen mit dem Bund nach Art. 15a-B-VG das Krankenanstaltenwesen mitgestalten können.

Da die Länder das volle finanzielle Risiko für die Finanzierung der Krankenanstalten tragen - in NÖ umfassen die Krankenanstalten mehr als ¼ des Landesbudgets - , haben sie natürlich ein berechtigtes Interesse, die künftige Entwicklung dieses Sektors mitzubestimmen. Dass klare Kompetenzen auf Bundesebene notwendig sind, um einheitliche Rahmenbedingungen vorgeben zu können, ist unbestritten. Rahmengesundheitsziele sind damit ebenso gemeint, wie die Grundsätze für eine einheitliche Planung und Qualitätssicherung. Auch einheitliche Datengrundlagen sind für viele Bereiche unverzichtbar. Wie wichtig gerade letzteres ist, haben unendliche Diskussionen der letzten Monate gezeigt, in denen versucht wurde, eine einheitliche Sicht aller Beteiligten auf die Problemlage aus den vorhandenen Daten abzuleiten.

In vielen Bereichen unseres Gesundheitswesens liegen leider keine verwertbaren Daten vor, die eine Bewertung der Versorgungssituation und Abschätzung des Bedarfes an Versorgung ermöglichen würden. Es muss daher in jedem Fall an dieser einheitlichen, und vor allem auch das medizinische Leistungsgeschehen im extramuralen Bereich

umfassenden Dokumentation weiter gearbeitet werden.

Zusammenfassend glaube ich, dass es nicht dem Zufall oder kurzsichtigen betriebswirtschaftlichen Überlegungen überlassen werden darf, wie die Versorgung im niedergelassenen Bereich organisiert wird und mit welcher Qualität sie erbracht wird. Dieses Thema muss in einer Gesundheitsreform an zentraler Stelle diskutiert und angegangen werden. Jede Veränderung, die nur die intramurale Versorgung im Fokus hat, geht am Kern des Problems vorbei.

Die Bereitschaft, bestehende Strukturen zu hinterfragen und einige heiße Eisen anzugreifen, muss – auch angesichts der knapper werdenden Ressourcen – bei der Politik vorhanden sein. Zentrale Richtschnur sollte dabei sein, das auf die Leistungserbringer zugeschnittene System zu hinterfragen und die Bedürfnisse für die Versorgung der Patienten aus deren Sicht zu betrachten. *(Beifall)*

Sandra Baierl: Ich bedanke mich ebenso bei allen Beteiligten, den Experten von nah und vom fernen Dänemark, bei allen politischen Verantwortlichen, die heute gesprochen haben. Bei den Mitarbeitern der NÖ Landesregierung und des NÖ Landtages für die Organisation und Vorbereitung dieser Enquete.

Wir hoffen, dass Sie tiefe Einblicke und Einsichten in die Theorie und Praxis der Gesundheitsreformbemühungen heute gefunden haben. Schwarz auf weiß finden Sie alle Vorträge in einer Publikation, die der Landtag geplant hat und die es in den nächsten Wochen geben wird. Die kommt automatisch zu Ihnen, Sie müssen nichts tun. Alle heute Angemeldeten bekommen die Publikation auf postalischem oder Email-Weg, je nachdem.

Zum Schluss lädt Sie der Präsident des Landtages, Ing. Hans Penz, jetzt zu einem Empfang ins Foyer ein. Ich verabschiede mich und wünsche noch einen schönen Tag! *(Beifall)*

(Ende der Veranstaltung um 12.14 Uhr.)