

Mag. Ingrid Wilbacher:

Österreich im Vergleich europäischer Gesundheitssysteme

Zunehmend wird im Gesundheitswesen nicht nur auf die dort erbrachten medizinischen Leistungen und die dafür zu zahlenden Kosten geachtet, sondern auch auf den Aspekt des Konsumentenschutzes im Sinne des Consumer Empowerment. Das bedeutet Entschärfung des Informationsgefälles zwischen Arzt und Patient.

Der Euro Health Consumer Index¹ wird in regelmäßigen Abständen als Vergleich auf internationaler Ebene für entsprechend definierte Konsumenten relevante Fragestellung und die Erfüllung derselben in den verschiedenen Ländern erstellt. Für 2007 konnte Österreich in diesem Vergleich der 29 untersuchten Länder das beste Ergebnis erzielen, für 2008 liegt Österreich auf Platz 3, beim Diabetes Index 2008 auf Platz 12.

Für den Health Consumer Index 2007 wurden folgende Länder verglichen: Österreich, Niederlande, Frankreich, Schweiz, Deutschland, Schweden, Norwegen, Finnland, Dänemark, Belgien, Luxemburg, Estland, Zypern, Spanien, Tschechische Republik, Irland, England, Italien, Portugal, Malta, Slowenien, Griechenland, Slowakei, Ungarn, Rumänien, Litauen, Polen, Bulgarien, Lettland. Die Aufzählungsreihenfolge entspricht der Wertung im Health Consumer Index 2007.

Die für den Bericht 2007 herangezogenen Parameter waren

- rechtliche Verankerung von Patientenrechten,
- transparentes Monitoring der Qualität von Gesundheitsleistungen,
- hohe Zugangsgleichheit zu Gesundheitsleistungen,
- für Laien adaptierte übersichtliche Information über Medikamente.

Trotz des erreichten Platz 1 im internationalen Vergleich besteht besonders im Bereich des Konsumentenschutzes und der informationsgetragenen Kommunikation zwischen Patienten und Gesundheitsanbietern noch Raum für Verbesserung.

Für 2008 wurde Österreich auf Platz 3 gesetzt. Verglichen wurden Niederlande, Dänemark, Österreich, Luxemburg, Schweden, Deutschland, Schweiz, Norwegen, Finnland, Frankreich, Estland, Belgien, England, Ungarn, Irland, Tschechien, Italien, Spanien, Griechenland, Slowenien, Zypern, Slowakei, Malta, Litauen, Polen, Portugal, Rumänien, Bulgarien, Kroatien, FYR Mazedonien, Lettland. Die Aufzählungsreihenfolge entspricht der Wertung im Health Consumer Index 2008.

Die für den Bericht 2008 herangezogenen Parameter waren

- Patientenrechte und Information,
- e-health,
- Wartezeiten auf Behandlungen,
- Ergebnisse,
- Auswahl und Verfügbarkeit von Leistungen,
- Medikamente.

Österreich wurde 2008 von den Niederlanden und Dänemark überholt. Die wesentlichen Bereiche, die für dieses Überholmanöver verantwortlich sind, sind die Verankerung der Patientenrechte, der Einsatz von e-health, Ergebniswerte und Verfügbarkeit.

Im Jahr 2008 erschien auch noch der Diabetes Consumer Index, in dem die Diabetes Behandlung aus Konsumentensicht beurteilt wird. Österreich wird anhand dieser Beurteilung nur auf Platz 12 gereiht. Verglichen wurden Dänemark, England, Frankreich, Niederlande, Belgien, Norwegen, Italien, Deutschland, Irland, Schweiz, Schweden, Österreich, Luxemburg, Finnland, Litauen, Lettland, Spanien, Slowenien, Ungarn, Malta, Griechenland, Estland, Tschechien, Slowakei, Polen, Rumänien, Portugal, Zypern, Bulgarien. Die Aufzählungsreihenfolge entspricht dem Diabetes Consumer Index 2008.

Die für den Diabetes-Bericht 2008 inkludierten Parameter waren:

- Information, Patientenrechte, Auswahl,
- Konzilianz, Großzügigkeit,
- Prävention,
- Zugang zu Leistungen,
- Ergebnisse.

Österreich hat dabei ähnliche Abschlüsse im Bereich der Information und Patienten-Mitsprache wie bereits in den beiden Health Consumer Index Berichten aus 2007 und 2008. Im Bereich der Konzilianz wird gehandelt, dass Diabetiker aufgrund ihrer Krankheit keinen Sonderstatus bei der Zuzahlung zu verschreibungspflichtigen Medikamenten erhalten, sondern Ausnahmen nur generell für alle Personen hinsichtlich gleicher Kriterien gelten. Im Präventionsbereich wird Verbesserungsmöglichkeit für die Adipositas- und Hypertonieprävention, die Unterstützung bei der Raucherentwöhnung und bei moderater körperlicher Bewegung gesehen. Im Bereich Versorgung und Zugang zu Leistungen liegt Österreich ganz vorne, mit Einschränkung der Verfügbarkeit im Ausland, wofür die

bürokratischen Hürden die Begründung der eingeschränkten Bewertung liefern. Die Ergebnisse, die mit der Diabetesbehandlung erzielt werden, liegen in Österreich im unteren Feld.

Ein Blick zu den Nachbarn

Viele Gesundheitssysteme stehen vor der Herausforderung zunehmender Kosten bei gleich bleibenden oder gar sinkenden Einnahmen und teilweise intransparenten Lösungen und Doppelgleisigkeiten im Gesundheitsleistungs-Angebot. Die neuen EU Länder aus dem östlichen Teil Europas mussten zudem alte Systeme aufgrund der politischen Wende relativ rasch umstrukturieren oder neu etablieren. Entsprechend unterschiedlich zeigt sich das Bild. Lösungswege werden verschieden priorisiert, allerdings besteht ein deutlicher Trend dazu, vom Nachbarn die positiven und gut funktionierenden Teilbereiche zu kopieren, um das Rad nicht neu zu erfinden.

Die Slowakei hat ein neues Gesundheitssystem installiert und arbeitet derzeit an dessen transparenter Darstellung. Bisher war in der Slowakei die Transparenz privater Anbieter höher als die öffentlicher, daher war das private System für die Menschen vertrauenswürdiger².

In Polen ist das Gesundheitssystem derzeit eher willkürlich, die gesamte Behandlungshoheit liegt in den Händen der Ärzte, die unterschiedlichen Anbieter sind nicht vernetzt oder organisiert, das System ist vollkommen intransparent und kaum nachvollziehbar³.

In Ungarn herrscht wegen politischer Unruhe derzeit Unsicherheit über die Zukunft des Gesundheitswesens. Es wird eine Umstellung des bisherigen Bismarck'schen Systems auf ein Privatversicherungssystem diskutiert. Das Risiko dieses starken Richtungswechsels innerhalb eines bisher anderen Denkens in der Bevölkerung ist enorm⁴.

In Kroatien wurde gemeinsam mit Serbien und Bosnien ein DRG Projekt (nach diagnosebezogenen Fallgruppen) erfolgreich verabschiedet⁵. Dabei wurde das australische System zum Vorbild gewählt.

In der tschechischen Republik wird ein Anreizsystem für qualitätsbezogene Bezahlung vorgestellt, primär mit dem Ziel, die Qualität auf einen Mindeststandard zu heben⁶.

Trends in Gesundheitssystemen weltweit

Gesundheit ist ein Markt, und das Geld fließt dorthin, wo viel bezahlt wird. Der Cash-flow sollte daher immer in Richtung der Gesundheitsziele gehen, die primär zu definieren sind⁷. Gesundheitsziele sollen jene Belastungen im Visier haben, denen die meisten Bürger einer Nation ausgesetzt sind, oder welche die größten Probleme verursachen. 10 % der Patienten benötigen 80 % der Kosten, chronische Krankheiten beinhalten daher die größte Herausforderung (75 % aller Kosten).

Derzeit fehlen Performance-Informationen (z.B. sind die Brustkrebsüberlebensraten zwischen behandelnden Chirurgen verschieden). Essentiell ist die Arbeit mit Echtzeitdaten – dies sollte im IT Zeitalter möglich sein. Wichtig sind das Betreiben großer Datenbanken und Register.

Auch Qualitätsziele sollten klar definiert und jeweils im Vertrag mit verhandelt werden. Sind sie im Vertrag verankert, sind sie auch messbar. Die Qualitätskriterien sollen vorgegeben und gleichzeitig an den Konsumenten kommuniziert werden⁸. Ein Qualitätsziel kann z.B. sein, bei zumindest 75 % der Patienten eines Hausarztes eine Guideline-konforme Behandlung einer definierten Erkrankung nachweisen zu können. Eine wesentliche Grundlage dafür sind entsprechend evidenzbasierte nationale Guidelines, die klare Empfehlungen beinhalten und entsprechende Akzeptanz finden.

Es werden auch „evidence-based contracts“ benötigt: was funktioniert und was nicht? Das bedeutet, dass auch Vertragsinhalte entsprechend gemessen werden können, um Information zum Funktionieren oder Nichtfunktionieren von Vereinbarungen zu generieren und entsprechend reagieren zu können.

Als Grundlage zur Preiskalkulation sollte ein Basiskatalog für Leistungen zur Verfügung stehen. Ziel ist Business-Partnership und ein einheitlicher Goldstandard.

Der generelle Trend beinhaltet mehr Transparenz (auch für die Anbieter von Gesundheitsleistungen, also z.B. Ärzte). Alle Teilnehmer haben Rechte *und* Pflichten, auch dies muss entsprechend definiert und kommuniziert werden. Patienten können nicht nur medizinische Versorgung passiv verlangen und sich selbst dann aktiv nicht an die Therapien halten, haben aber umgekehrt das Recht auf entsprechende Information und Entscheidungsfreiheit. Ärzte haben die klare Macht des Informationsvorsprungs und des schwachen (weil erkrankten) Gegenübers, sind jedoch verpflichtet, diese Macht nicht zu missbrauchen.

Im Gesundheitswesen basiert vieles auf nicht im Detail regulierbaren Vertrauensgrundlagen, entsprechend müssen die Rechte und Pflichten definiert

sowie eingehalten werden und ein geeignetes Maß an Transparenz die Nachvollziehbarkeit ermöglichen. Bis vor wenigen Jahrzehnten war es durchaus üblich, dass Patienten ihre eigene Krankengeschichte nicht einsehen konnten. Mehr Transparenz hat dieses Vorgehen dankenswerterweise abgelöst.

Bevor Modelle anderer Gesundheitssysteme „transplantiert“ werden, soll die entsprechende kulturelle nationale Verträglichkeit geprüft werden. In Südafrika war die Implementierung des US-Systems nicht durchführbar⁹. Akzeptanz ist die Grundvoraussetzung für ein funktionierendes System, daher muss Positives, das aus dem Ausland übernommen werden soll, an nationale Bedürfnisse und Traditionen übersetzt werden.

Das österreichische Gesundheitssystem und der Konsumentenschutz

Ein wesentlicher Grund für den Platz 1 Österreichs im europäischen Vergleich 2007 und für den weiterhin exzellenten Platz 3 2008 ist sicher zunehmend innovatives Denken, das auch umgesetzt werden darf. Zahlreiche Einzelprojekte mit guten neuen Ideen und mit dem Ansatz an verschiedenen Teilbereichen eines sehr komplexen Systems zeigen erste Erfolge.

Call Centers für mehr Patienten/Kundeninformation, ein Managementsystem für (bzw. gegen) unerwünschte Ereignisse, ein Patientensicherheitsgurt zur Entdeckung unerwünschter Interaktionen bei verordneten Medikamenten und nicht zuletzt die bereits installierte jährliche Information über die Nutzung des Gesundheitsangebots sowie dessen Kosten sind Beispiele für österreichische Innovationen rund um den Bereich Konsumentenschutz.

Viele wichtige Informationen zum Gesundheitswesen in Österreich werden auf der Website der Österreichischen Sozialversicherung www.sozialversicherung.at geboten, sowohl generelle als auch spezifische der jeweiligen Krankenkasse. Im Rahmen der Euro 2008 wurde zusätzlich ein besonderes Service für Österreichs Gäste aus dem Ausland installiert, das in Bezug auf die existierenden Abkommen der österreichischen Sozialversicherung mit 40 verschiedenen Staaten spezifische Auskünfte im Fall einer Erkrankung bot¹⁰.

Weiters stellt die Einbeziehung der Evidence-Based-Medicine (EBM) und des Health-Technology-Assessment (HTA) bei Entscheidungen im Gesundheitssystem einen Teil des aktiven Konsumentenschutzes dar. Evidence based medicine bedeutet wissenschaftlich als wirksam gesicherte Medizin/Behandlung und Health technology

assessment liefert dazu zusätzlich die Bewertung der Leistungen im Vergleich zum entsprechenden Nutzen, der unterschiedlich definiert sein kann: rein quantitativ – wie viel Gesundheitsleistung um wie viel Geld, quantitativ und qualitativ – wie viel zusätzliche Lebensjahre werden gewonnen oder wie viel zusätzliche Jahre mit guter Lebensqualität werden gewonnen. Damit wird objektiv und verantwortlich mit den Beiträgen umgegangen, die alle in das System der sozialen Sicherheit einzahlen: es soll so vielen Menschen wie möglich so viel Leistung wie möglich geboten werden. Zusätzlich soll mit EBM und HTA sichergestellt werden, dass Patienten und Konsumenten vor Scharlatanerie zu Geschäftszwecken geschützt werden.

Zusammenfassung

Österreich hat im internationalen Vergleich mit dem derzeitigen Gesundheitssystem eine gute Position. Patientenrechte sind definiert und rechtlich verankert, der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist von Ungleichheiten nur sehr gering beeinflusst und es gibt gute Ergebnisdaten sowie steigende Lebenserwartung und geringe Säuglingssterblichkeit. Verbesserungen sind im Bereich der Qualitätstransparenz und erweiterten Patienteninformation (z.B. im Heilmittelsektor), bei der Mitsprache der Patienten und der elektronischen Unterstützung (e-health) geschehen. Ein gut funktionierendes und konsumentenorientiertes System benötigt aber nicht zuletzt auch alle als mündige Patienten/Kunden, die bei Unklarheiten selbstverständlich nachfragen oder weitere Informationen für eine Mitentscheidung einfordern.

¹ Durchgeführt von Health Consumer Powerhouse AB.

² P. Pazitny, Health Policy Institute, Slowakia; Vortrag am 6.4.2008, International Health Summit, CEE Workshop.

³ A. Kruszewski, Kiecana Clinical Research, Poland; Vortrag am 6.4.2008, International Health Summit, CEE Workshop.

⁴ Z. Kovacsy, Health Insurance Supervisory Authority, Ungarn; Vortrag am 6.4.2008, International Health Summit, CEE Workshop.

⁵ K. Karol, Karol Consulting, Kroatien; Vortrag am 6.4.2008, International Health Summit, CEE Workshop.

⁶ P. Hrobon, Ministry of Health, Tschechische Republik; Vortrag am 6.4.2008, International Health Summit, CEE Workshop.

⁷ Halvorsson, USA; Vortrag am 7.4.2008, International Health Summit, Conference in Prag.

⁸ Dudley, USA; Vortrag am 7.4.2008, International Health Summit, Conference in Prag.

⁹ M. De Villiers, Old Mutual Healthcare, South Africa. Vortrag am 7.4.2008, International Health Summit, Conference in Prag.

¹⁰ http://www.3i-software.at/cgi-bin/hvbexpert/enb.cgi?WHAT=ANZEIGE&LAYOUT=&WIZARD=ESV-TOURIST&LANG=&WAS=E1_ESV-Tourist-Sprachauswahl.html&TRAEGER=DEFAULT&&BEREICH=ETO&OHNEWEITERBUTTON=1.