

Masterplan Gesundheit – Einladung zum Dialog



Dr. Hans Jörg Schelling
ist Vorsitzender des Verbandsvorstandes
im Hauptverband

Am Donnerstag, den 18. November 2010 wurde im Rahmen einer Pressekonferenz in einem Wiener Ringstraßenhotel der „**Masterplan Gesundheit**“ erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt. Präsentatoren waren der Vorsitzende des Verbandsvorstandes des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Dr. Hans Jörg **Schelling**, und die Vorsitzende der Trägerkonferenz im Hauptverband sowie Obfrau der Wiener Gebietskrankenkasse, Mag. Ingrid **Reischl**.

„Uns ist bewusst, dass wir dieses umfassende Reformvorhaben nicht alleine durchführen können. Daher laden wir alle Beteiligten zu Verhandlungen und einen Reformdialog ein“, so Schelling und Reischl.

Der Reformstart soll Anfang 2011 bei der nationalen Gesundheitskonferenz erfolgen.

Schelling: *„Bund, Länder und Sozialversicherung sollen Eckpfeiler und Zeitplan zur Umsetzung der Reform erarbeiten. Bis Herbst 2011 sollen Reformschritte inkl. eines zehnjährigen Konsolidierungsplans erarbeitet und danach beschlossen werden. Die Zeit bis 2013 muss genützt werden, um die gemeinsam vereinbarten Reformschritte in den nächsten Finanzausgleich einfließen zu lassen.“*

Bis dahin sind notwendige Datengrundlagen zu schaffen und nationale Gesundheitsziele zu entwickeln. Ab 2014 (Neuer Finanzausgleich) ist ein Umsetzungsplan mit den Systempartnern über die zu setzenden Maßnahmen zu vereinbaren.

Schelling: *„Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Erschließung der Kostendämpfungspotenziale machen genügend Mittel frei, um diese Vision in die Realität umzusetzen.“*



Mag. Ingrid Reischl
ist Vorsitzende der Trägerkonferenz
im Hauptverband

Gemeinsam Österreichs Gesundheitssystem erhalten und weiterentwickeln

„Neuen Kurs setzen, um Gutes zu sichern“

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

Mit 3.970 US-Dollar pro Kopf liegt Österreich bei

den Gesundheitsausgaben nach Luxemburg und den Niederlanden an dritter Stelle der EU-27. Nach aktuellen Prognosen des Instituts für Höhere Studien (IHS) werden die Gesundheitsausgaben ohne Maßnahmen zur Kostendämpfung von derzeit 10,5 Prozent bis zum Jahr 2030 auf über 12,5 Prozent des Bruttoinlandsproduktes steigen.

Kontinuierlich steigend sind auch die Pro-Kopf-Kosten im Bereich der Spitäler. Legt man diese Steigerungen auf die bestehenden Finanzierungsquellen um, lässt sich erkennen, dass entweder die Abgaben- und Steuerlast dramatisch ansteigen wird oder weitere Schuldenaufnahmen für die laufenden Gesundheitsausgaben getätigt werden müssen.

Entwicklung von Gesundheitszielen

◆ Der Bund wird dringend aufgefordert, im Rahmen der Bundesgesundheitskommission einen Prozess zur Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen zu initiieren, die sich an den WHO-21-Grundsätzen orientieren. Für den Bereich der Sozialversicherung übernimmt der Hauptverband eine koordinierende Rolle zwischen den Trägern.

Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung

◆ Die Politik hat gesetzliche Grundlagen zum Ausbau der Gesundheitsförderung zu schaffen.



Gesundheitssystem steht vor neuen großen Herausforderungen

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

- Soziodemografische Veränderungen aufgrund sinkender Geburtenraten und steigender Lebenserwartung.
- Eine zunehmende Zahl von Menschen, die an chronischen Krankheiten leiden und zur Sicherung ihrer Lebensqualität Führung und Begleitung durch diese Krankheiten benötigen.
- Individuelle Reparaturmedizin hat Vorrang vor der Gesundheitsförderung und Prävention, weil es keine einheitlichen nationalen Gesundheitsziele gibt.
- Geplant und agiert wird in Strukturen, die sich nicht ausreichend am Bedarf des Patienten orientieren und es kommt daher zu Fehlversorgungen.

- Die Kompetenzen im Gesundheitsbereich sind zersplittert, und die Finanzierung orientiert sich an vorhandenen Einrichtungen und nicht am Bedarf der Patienten. Von einer gemeinsamen, sektorenübergreifenden Planung kann keine Rede sein.
- Die in allen Wirtschaftsbereichen üblichen Qualitätskontrollen und Kriterien werden von wichtigen Systempartnern als „Sakrileg“ zurückgewiesen.

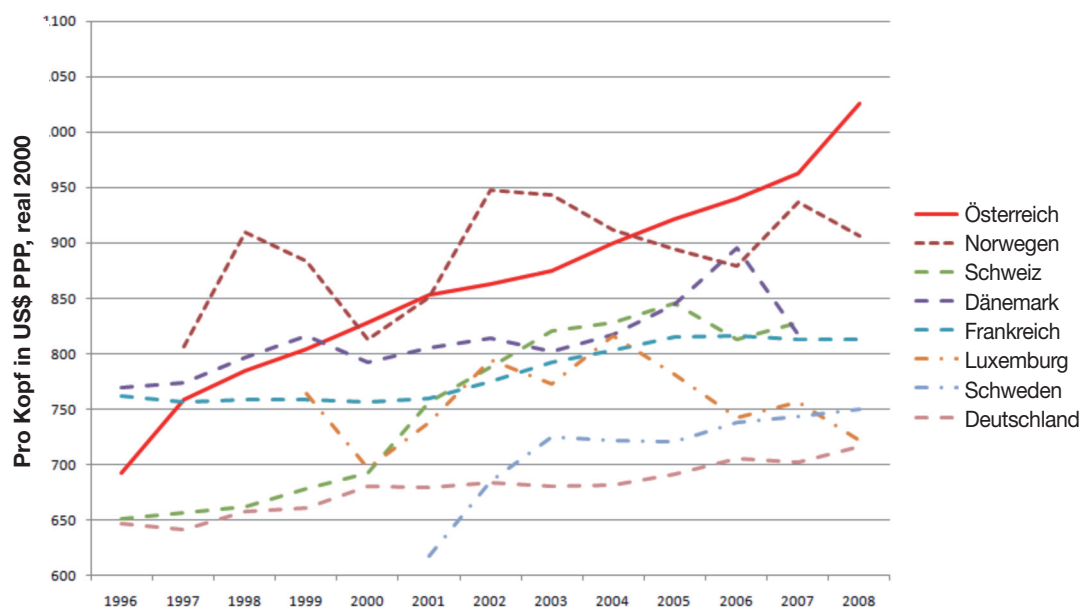
Die Motive für den Masterplan Gesundheit

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

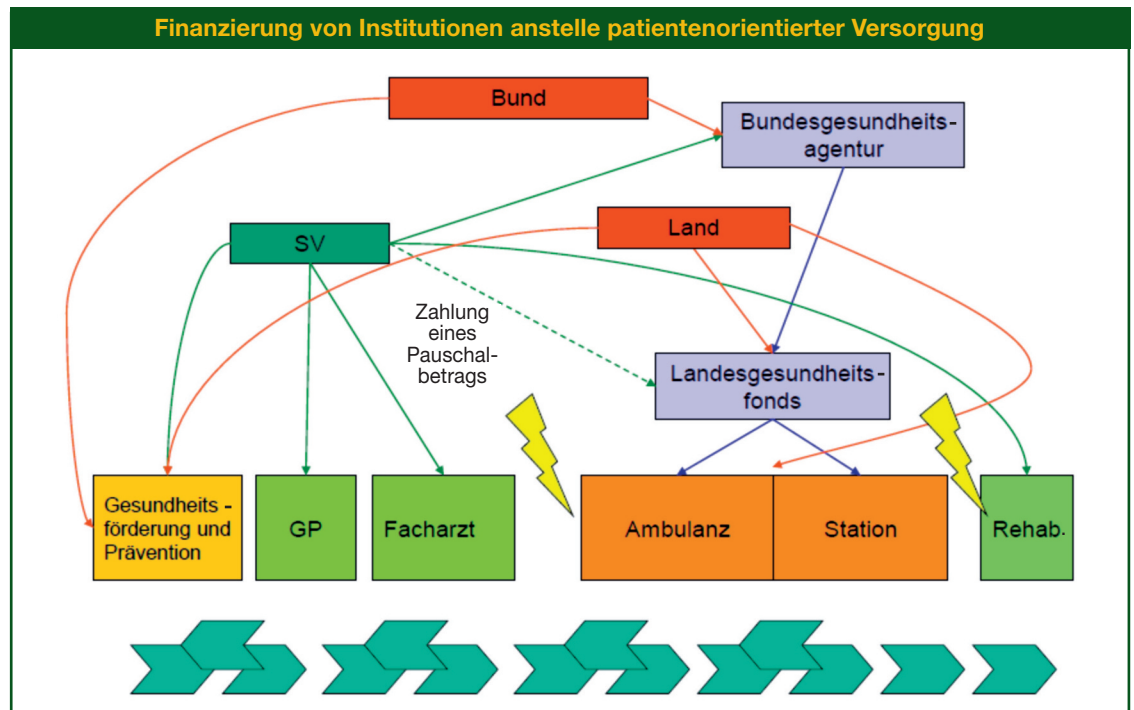
8,3 Millionen Österreicher/-innen zahlen jährlich rund 13 Milliarden Euro an Beiträgen in die Krankenkassen ein. Damit bestreiten diese 50 Prozent

Kostenentwicklung der Spitäler im internationalen Vergleich

Ausgabe für Krankenanstalten/Europas Top 8



Quelle: OECD HealthData, ohne Luxemburg, November 2009



aller Gesundheitsausgaben in Österreich. Die Beitragszahler haben ein Recht darauf, dass diese Mittel bestmöglich in ihrem Sinn ausgegeben werden – nicht nur von den Krankenkassen selbst, sondern auch von allen Gesundheitseinrichtungen, die mit diesen Beträgen zur Gänze oder mitfinanziert werden. Die Krankenkassen befinden sich auf einem erfolgreichen Sanierungskurs, ohne die Ausgaben für die Patienten zu senken.

Die österreichische Sozialversicherung hat bereits 2009 das Sanierungskonzept „Gesundheit: Finanzierung sichern – langfristige Potenziale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung“ erarbeitet. Das Maßnahmenportfolio sieht für den Zeitraum 2010 bis 2013 ein Kostendämpfungsvolumen von insgesamt 1,725 Milliarden Euro vor. Das laufende Monitoring der Finanz-

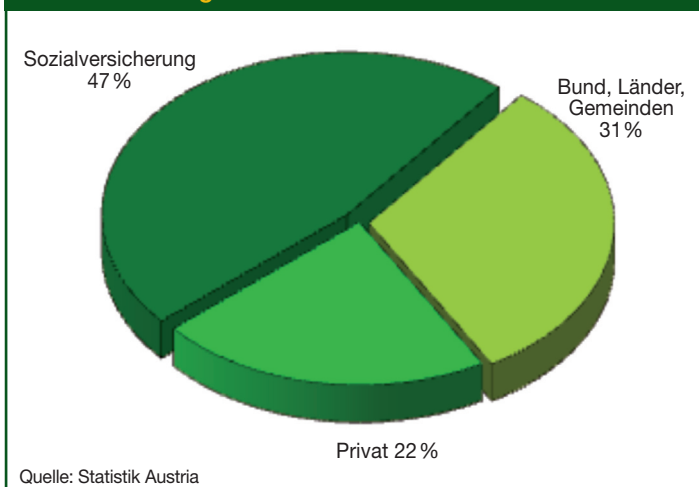
ziele zeigt, dass die Krankenkassen insgesamt ihre Finanzziele erreichen und aus heutiger Sicht vorbildlich erfüllen werden.

Mehr als ein Drittel der österreichischen Gesundheitsausgaben entfällt auf die Spitäler – mit stark steigender Tendenz. In diesem Bereich gilt es ebenso Potenziale für eine Dämpfung der Kostenentwicklung zu erschließen. Dies auch unter dem Aspekt, dass eine weitere Explosion der Spitalskosten den Sanierungskurs der Krankenkassen gefährdet.

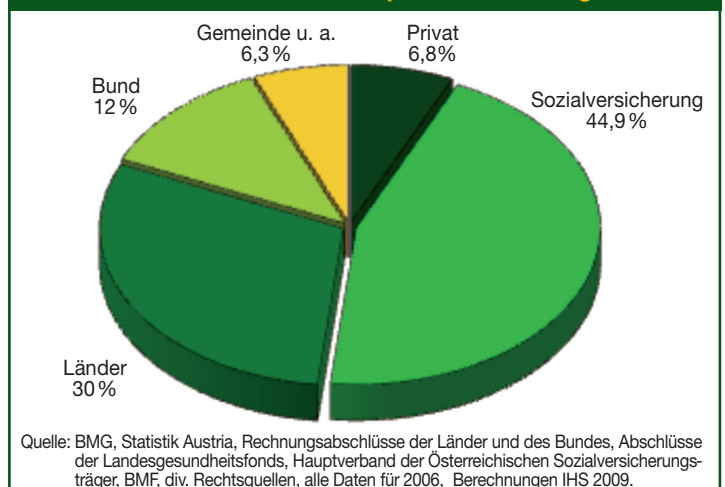
Unsere Vision: Länger bei guter Gesundheit selbst bestimmt leben

Dem Masterplan Gesundheit der österreichischen Sozialversicherung liegt eine klare Vision zugrunde: Länger selbstbestimmt leben bei guter Gesundheit. Diese Vision ist nur zu realisieren, wenn es gelingt,

Finanzierungsanteile im österr. Gesundheitswesen



Anteile an der Fondsspitalsfinanzierung



Die Zeit bis 2013 muss genützt werden, um die gemeinsam vereinbarten Reformschritte in den nächsten Finanzausgleich einfließen zu lassen.

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

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

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

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

Die Kernforderungen im Masterplan Gesundheit

1. Entwicklung von Gesundheitszielen Zielgerichtet agieren und gestalten statt anlassbezogen reagieren

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

2. Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung Damit der „Ernstfall“ nicht immer der Regelfall ist!

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

Planung, Steuerung und Qualitätssicherung auf österreichischer Ebene

- ◆ *Strategische Rahmenplanung muss sich an Gesundheitszielen, an international anerkannten Grundsätzen (evidence-based health policy) und am tatsächlichen Bedarf orientieren.*
- ◆ *Die Detailplanung bleibt dezentral und grundsätzlich unabhängig von den Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern.*

3. Planung, Steuerung und Qualitätssicherung auf österreichischer Ebene

Der Blick über den Tellerrand statt Besitzstandsdenken

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

4. Der/die selbstbestimmte eigenverantwortliche Versicherte

Vom Lippenbekenntnis zum Lebensprinzip

Ein modernes Gesundheitssystem setzt auf die aktive Mitwirkung der Versicherten. Der Mensch ist eigenverantwortlicher Gestalter seiner persönlichen Lebenswelt. Voraussetzung dafür ist allerdings das notwendige Wissen. Versicherte sollen zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen und

Der/die selbstbestimmte eigenverantwortliche Versicherte

- ◆ *Auf Zielgruppen und Lebenssituationen von Bevölkerungsgruppen abgestimmte Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention sind österreichweit zu implementieren.*
- ◆ *Versicherte sollen sich zeitnahe über die konsumierten Leistungen informieren können.*
- ◆ *Qualitätsberichte sind für die Bereiche der Primärversorgung, Krankenanstalten und für die eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung zu erstellen.*
- ◆ *Die Kompetenzen der Patientenanwaltschaft sind gesetzlich um den niedergelassenen Bereich zu erweitern.*
- ◆ *Das Patientenrecht auf ELGA setzt eine verpflichtende Teilnahme der Gesundheitsdienstleister voraus. Patientinnen und Patienten nehmen an ELGA teil, haben aber die Möglichkeit zum Opting-out.*

Entwicklung strukturierter Programme zur Behandlung chronisch Kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten

- ◆ Disease-Management-Programme müssen sektorenübergreifend entwickelt werden. Die Sozialversicherung ist dazu bereit, künftig solche Programme gemeinsam mit den Spitalsverantwortlichen zu erarbeiten.
- ◆ Für Disease-Management-Programme sind Behandlungspfade österreichweit durch Richtlinien vorzugeben. (Wer macht was? Wo und in welcher Reihenfolge erhält der Patient welche Leistungen?)
- ◆ Gesundheitsdienstleister, die an Disease-Management-Programmen teilnehmen, sind durch die Sozialversicherung zu zertifizieren.
- ◆ Der Allgemeinmediziner und die Allgemeinmedizinerin müssen im Rahmen von Disease-Management-Programmen die Funktion eines verantwortlichen Gesundheitskoordinators übernehmen.
- ◆ Das Bezahlungssystem muss qualitäts- und ergebnisorientierte Anreize vorsehen.

Formen der integrierten Versorgung motiviert werden. Dazu sind die notwendigen Instrumente zu schaffen. Die Sozialversicherung fordert die Stärkung der Patientensicherheit und des Konsumentenschutzes.

In Zukunft muss das Sachleistungsprinzip auch im Falle eines vertragslosen Zustandes gesichert sein. Weiters sollen die Kompetenzen der Patientenadvokatur gesetzlich um den niedergelassenen Bereich erweitert werden. Die Sozialversicherung bekennt sich aufgrund ihrer internationalen Vorreiterfunktion (e-card) klar zu den neuen elektronischen Kommunikationsformen und zum umfassenden Einsatz der e-health-Technologien.

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

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

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

System werden. Für die Behandlung von chronischen Erkrankungen haben sich international „Disease-Management-Programme“ bewährt.

Neben dem bestehenden DMP für Diabetes werden für weitere Krankheitsbilder strukturierte Betreuungsprogramme entwickelt. Der Allgemeinmediziner muss im Rahmen von Disease-Management-Programmen die Funktion eines **verantwortlichen Gesundheitskoordinators** übernehmen.

Bis Ende 2015 sollen mindestens zwei Drittel der medikamentös versorgten Diabetiker im neuen Disease-Management-Programm eingeschrieben sein. PatientInnen, die unter mehreren chronischen Krankheiten leiden, sind durch individuelles Krankheitsmanagement (Case-Management) zu unterstützen. Die zur Betreuung installierten Case-Manager müssen besonders auch für ein geregeltes Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM) an den Nahtstellen sorgen.

6. Neue Versorgungsstrukturen **Krankheit kennt keine Öffnungszeiten**

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

Die neuen Ärzte-GmbHs, Kassenambulatorien, Spitalsambulanzen und medizinische Institute müssen künftig umfassend abgestimmte Gesundheitsdienstleistungen anbieten und ihre Öffnungszeiten an die Bedürfnisse der Patienten anpassen. Neue Strukturen bedeuten auch neue Berufsbilder und brauchen eine verbesserte Ausbildung in allen Gesundheitsberufen.

7. Qualität messbar machen

„Wettbewerb der Besten um Qualität“

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

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

Neue Versorgungsstrukturen zur Verbesserung der Patientenorientierung

- ◆ Neue Versorgungsstrukturen (interdisziplinäre Ärzte-GmbHs, Kassenambulatorien, Spitalsambulanzenbereiche und Institute) müssen künftig prozessorientiert ausgerichtet sein und integrierte Gesundheitsdienstleistungen anbieten. Der Transfer von Leistungen bedingt dabei auch den Transfer von finanziellen Mitteln.
- ◆ Öffnungszeiten müssen an den Bedarf der Patientinnen und Patienten angepasst werden. Sie sind bei der Angebotsplanung zwischen allen Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen abzustimmen und festzulegen.
- ◆ Die Rolle nichtärztlicher Gesundheitsberufe muss in qualitativer und quantitativer Hinsicht verstärkt werden. Künftig sollen diese entsprechend ihrer Qualifikation auch Aufgaben wahrnehmen, die derzeit ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind. Dies ist bei der Angebotsplanung zu berücksichtigen.

Qualität messbar machen

- ◆ *Sektorenübergreifende Qualitätsparameter für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind vom Bund zu erarbeiten.*
- ◆ *Für spezielle kassenärztliche Leistungen sind verpflichtende Ausbildungen und Fortbildungen vorzusehen.*
- ◆ *Leitlinien, vor allem im Bereich chronischer Erkrankungen, sind verbindlich anzuwenden.*
- ◆ *Die Ausbildung der Gesundheitsberufe ist um die Themenfelder Kommunikation, Krankheitsmanagement, Public Health und Gesundheitsökonomie zu erweitern.*

Blick erkennen, welche Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen absolviert wurden.

8. Restrukturierung der Spitäler Vom traditionellen Spital zum regionalen Gesundheitszentrum

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

Restrukturierung der Spitäler

- ◆ *Die Spitäler müssen durch neue Angebotsformen zu modern organisierten Gesundheitszentren weiterentwickelt werden, die auch länderübergreifend zu planen sind (Tageskliniken, Wochenkliniken, Umstrukturierung der Ambulanzbereiche in Aufnahme- und Erstversorgungszentren und davon getrennte Spezialambulanzen).*
- ◆ *Betriebsgrößen sind zu optimieren, indem Spitzenversorgung in Schwerpunktkrankenanstalten gebündelt wird, die Basisversorgung erfolgt dezentral.*
- ◆ *Überkapazitäten im Bereich der Akutbetten sind bedarfsorientiert in Pflege- und Rehabilitationsbetten umzuwandeln. Parallel dazu muss eine Verstärkung tagesklinischer Leistungserbringung erfolgen.*
- ◆ *Zwischen Bund und Ländern sind – ähnlich wie mit der Sozialversicherung – Zielvereinbarungen über einen definierten Konsolidierungspfad zu vereinbaren.*
- ◆ *Anreize sollen die Erreichung von Konsolidierungszielen unterstützen.*
- ◆ *Alle Zahler sollen von der Zielerreichung profitieren.*
- ◆ *Wirtschaftlichkeitsreserven müssen ausgeschöpft werden. Effizienzpotenziale in patientenfernen Bereichen sind uneingeschränkt zu nutzen.*



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

9. Finanzierung: Der Bedarf zählt, nicht das Defizit

Weg von einer einrichtungsorientierten Abgangsfinanzierung zur bedarfsgerechten Mittelverwendung

Ein öffentliches Gesundheitswesen muss langfristig und nachhaltig finanziell abgesichert sein. Die heute Versicherten müssen darauf vertrauen können, dass sie auch morgen noch durch das System versorgt werden. Zu einem späteren Zeitpunkt ist es ihnen nicht möglich, private Vorsorgen zu treffen. Nachhaltigkeit verlangt das Bekenntnis der Verantwortungsträger zu einer Sicherung des Leistungsniveaus und zu einer ausgeglichenen Gebarung. Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass im Zeitraum 1999 bis 2009 die Aufwendungen in der Krankenversicherung jährlich im Schnitt um 3,8 % und die der Landesfondsspitäler um 4,4 % gestiegen sind. Das BIP entwickelte sich im selben Zeitraum

Finanzierung

- ◆ Vereinbarung eines mittelfristigen Kostenentwicklungspfades im Rahmen des nächsten Finanzausgleichs bis 2020, orientiert an der Entwicklung des BIP.
- ◆ Gemeinsames begleitendes Controlling des Konsolidierungspfades.
- ◆ Die Mittel für die Umsetzung der Reformschritte (Ausbau integrierter Versorgungsmodelle, eine Qualitätsoffensive sowie für Gesundheitsförderung und Prävention) sind aus dem zu hebenden Konsolidierungspotenzial zu finanzieren.
- ◆ Eine grundlegende Reform braucht zwingend eine Verfassungsänderung mit eindeutiger dauerhafter Klärung der Kompetenzen.
- ◆ Die Zielformulierung und eine bedarfsorientierte Rahmenplanung haben auf Bundesebene zu erfolgen.
- ◆ Die Mittelflüsse müssen einfacher und transparenter werden. Alle Mittel für die Spitalsfinanzierung sind zu bündeln und nach einheitlich festgelegten Parametern zu verteilen.
- ◆ Ein bundesweites Controlling ist einzurichten, um einen effizienten und effektiven Einsatz der Mittel zu gewährleisten.

nur um +3,3 %. Will man den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt künftig annähernd konstant halten, ist es dringend notwendig, sich auf einen Konsolidierungskurs zu verständigen. Wenn die Entwicklung der Spitalskosten auch im Zeitraum 2011 bis 2020 jährlich wie in den letzten zehn Jahren über dem BIP liegt, ergeben sich im Vergleich zu einer parallelen Entwicklung zum BIP (IHS-Modellrechnung) **Mehraufwendungen** von jedenfalls **5,7 Milliarden Euro**.

Es wird ein Konsolidierungskurs im Spitalwesen analog zur Krankenversicherung gefordert:

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

Die österreichische Sozialversicherung plant eine nationale Gesundheitskonferenz für Anfang 2011.

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

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

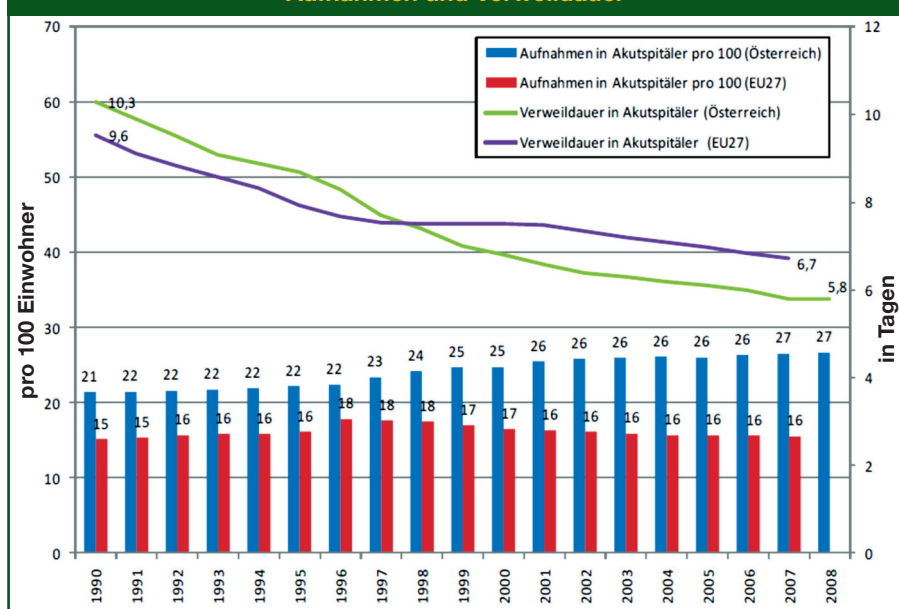
Eine grundlegende Reform braucht zwingend eine Verfassungsänderung mit eindeutiger, dauerhafter Klärung der Kompetenzen. Die Mittelflüsse müssen einfacher und transparenter werden. Alle Mittel zur Spitalsfinanzierung sind zu bündeln und nach einheitlich festgelegten Parametern zu verteilen. Ein öffentliches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

Der erste Schritt zum neuen Gesundheitssystem

Erste nationale Gesundheitskonferenz

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

Aufnahmen und Verweildauer



Quelle: IHS