

Die Gesundheitsreform 2005 aus ökonomischer Sicht



Interessenspolitik



Wissenschaft



Ökonomie



Gesellschaft

DI Mag. Dr. Gerd Hartinger MPH

Verbreitung des Evidenz-Gedankens

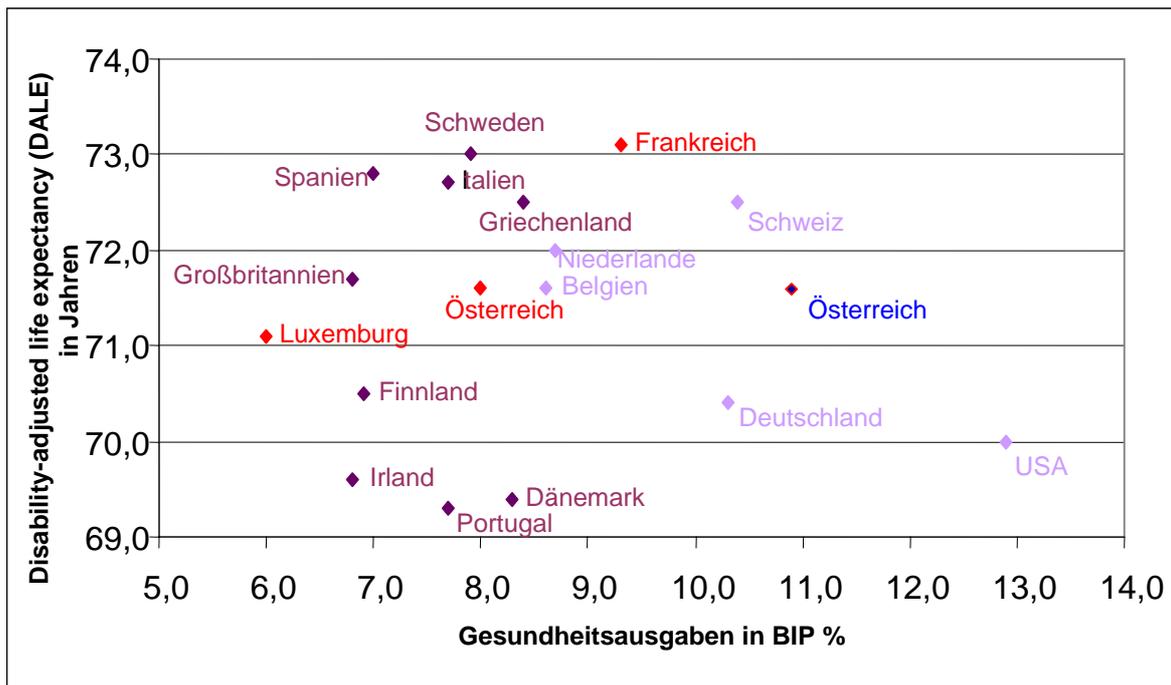
Evidence-belt

Eminence-belt

Garlic-belt



Gesundheitsausgaben im Vergleich



Gesundheitssysteme

Sozialversicherungsländer

- Deutschland
- Frankreich
- Holland
- Belgien
- Österreich
- Luxemburg

National Health Service Länder

- Schweden
- Norwegen
- Dänemark
- Großbritannien
- Spanien
- Griechenland
- Italien
- Finnland
- Irland

Prämissen gesundheitspolitisch relevanter Ziele

- Bedarfsgerechtigkeit (Art, Umfang, regionale Verteilung, etc.)
- Chancengleichheit (Zugang und sozioökonomischer Ausgleich)
- Gesundheitsgewinn (Outcome, Ergebnisqualität, EBM, etc.)
- Patientenzufriedenheit (Patient als Co-Produzent; Mitwirkung, Lebenszufriedenheit, etc.)
- Effektivität und Effizienz (die knappen Ressourcen richtig einsetzen, QALYs, Kostendämpfung etc.)
- Finanzierungsgerechtigkeit und Solidarität (lt. WHO und zum Ausgleich demografischer, epidemiologischer und sozialer Lasten)

Gesundheitssysteme: Charakterisierungen

Ist

- Anbieter-orientiert
- Institutionen-orientiert
- reparativ (nachschauend)
- Budget getrieben

- Strukturqualität
- Intransparent
- Zentralistische Steuerung
- sektoriert

Soll

- Patienten-orientiert (Bedarf)
- Behandlungs-orientiert
- Gesundheitsförderung (vorausschauend)
- Qualitäts-, Prozess-, und bedarfsgetrieben
- Systemqualität
- Transparent
- global Denken, regional Steuern
- Integriert (Verfahren, Prozesse)

EFFIZIENZDEFIZITE



TRANSPARENZDEFIZITE

Vgl: Prof. B. Karl / Uni. Graz

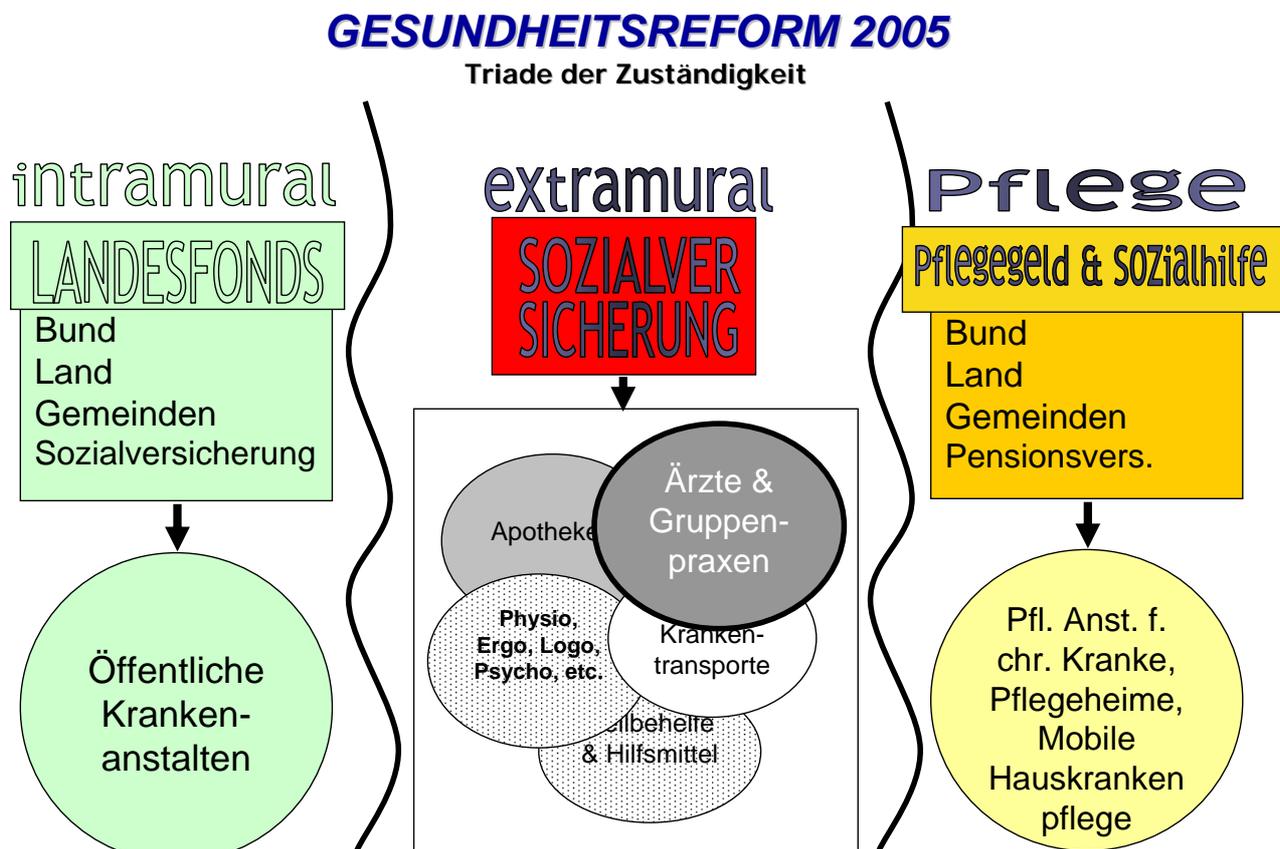
Koordinierungsdefizite

- **Medizinische Nachteile:** Störung der kontinuierlichen Behandlung der Patienten, Funktionsverluste, Mehrfachuntersuchungen, ...
Gegenteil von Case oder Disease Management
- **Gesundheitsökonomische Nachteile:** Kommunikationsdefizite, mehrere parallele Steuerungsebenen bzw. fehlende Zuständigkeiten, parallele Vorhaltung medizinischer Kapazitäten, ...
Gegenteil von Managet Care

In Österreich herrscht die Sektorierung vor!

- **Krankenhauskosten pro Kopf:** deutlich über europäischem Durchschnitt durch zu hohe und teilweise nicht notwendige Inanspruchnahme:
 - Im Jahr 2000: **Österreich** 917,-- Euro
 - **Ø EU 15** 742,-- Euro
- **Viele Akutbetten:**
 - Im Jahr 2002: **Österreich** 6,7/pro 1.000 Einwohner
 - **Ø EU 15** 4,6/pro 1.000 Einwohner
- **Dichte der Kassenärzte pro 100.000 Einwohner:**
 - Der europäische Benchmark
 - » **Österreich** 87
 - » **Deutschland** 153
 - » **Frankreich** 200

Quelle: HVB 2004

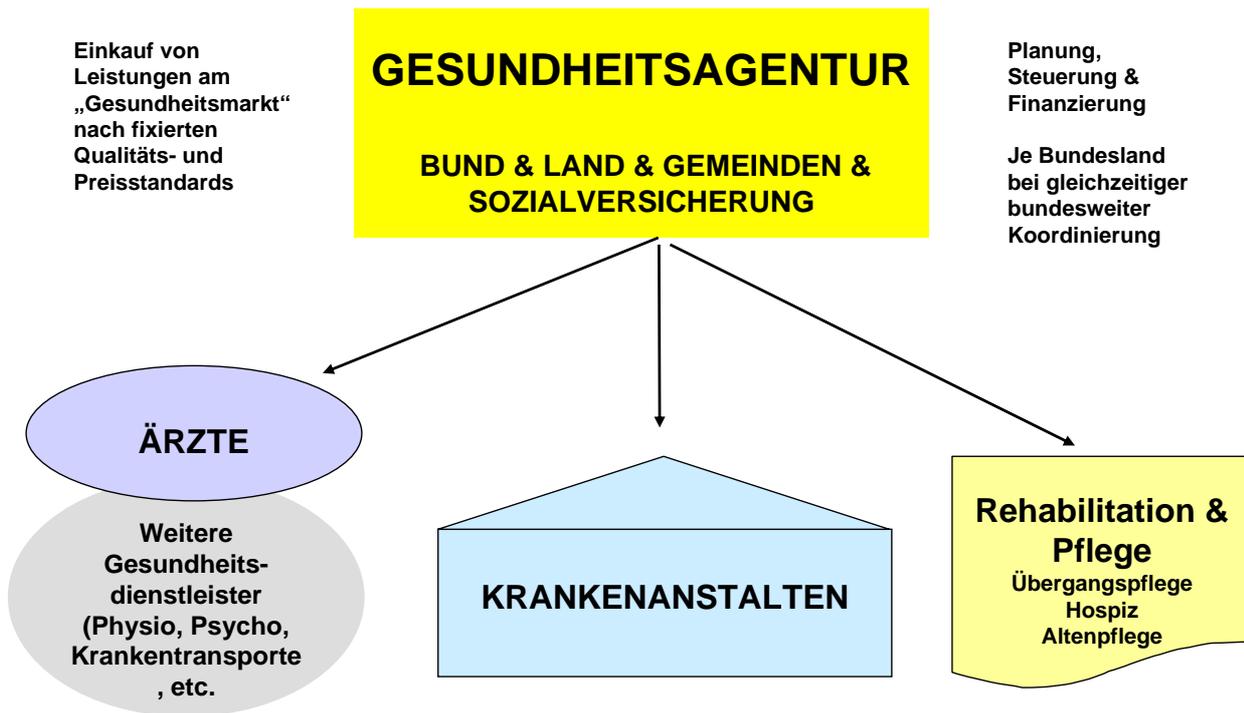


GESUNDHEITSAGENTUREN Funktionsschema

BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN



TEAM GESUNDHEITSREFORM



Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005 - 2008

Artikel 3: Integrierte Gesundheitsstrukturplanung

„Die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur umfasst ... alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung ... :

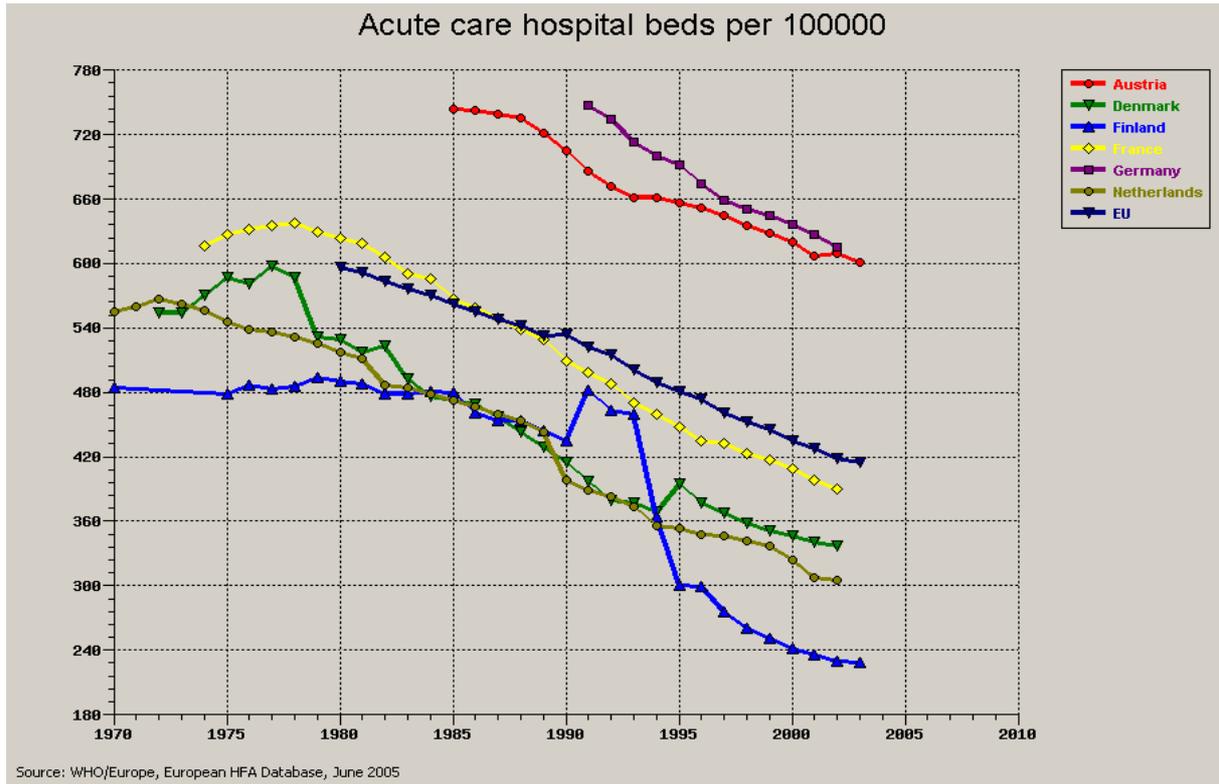
- ✓ Stationärer Bereich
- ✓ Ambulanter Bereich (Spitalsambulanzen, Tageskliniken, selbstständige Ambulatorien mit Kassenvertrag, niedergelassener Bereich (Einzel- und Gruppenpraxen) mit Kassenvertrag)
- ✓ Rehabilitationsbereich
- ✓ Pflegebereich

Die Gesundheitsstrukturplanung hat

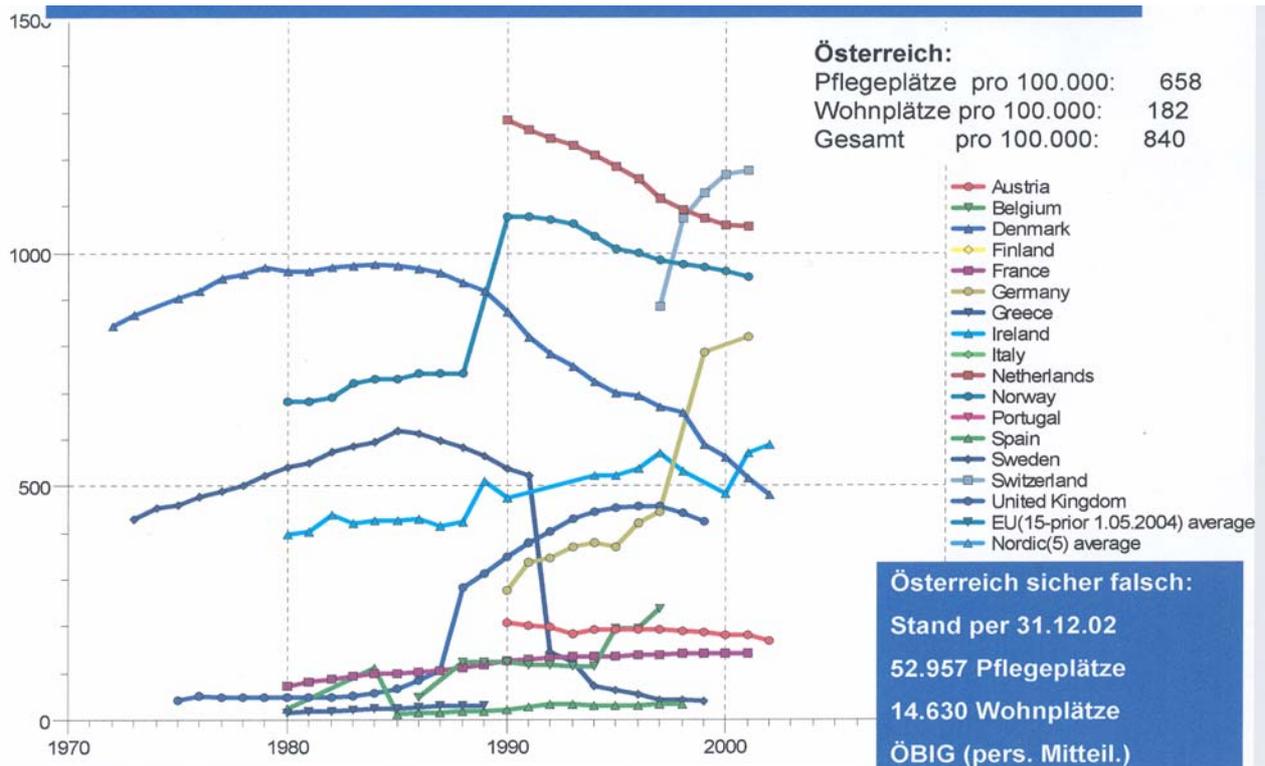
- ✓ die Beziehungen zwischen den Ebenen und Teilbereichen der Gesundheitsversorgung und angrenzenden Versorgungsbereichen zu berücksichtigen...

Quelle: ÖBIG 2005

Betten in Akutkrankenanstalten je 100.000 Einwohner in Europa



Pflege- und Heimplätze pro 100.000 Einwohner



Vergleich Norwegen/Österreich

	Ratio N/Ö
KH Betten pro Einwohner	1:2
Pflegebetten pro Einwohner	2:1
Pflegekräfte (KH und Pflegeheim) pro Bewohner	2:1
Ärzte im Pflegeheim pro Patient	2:1
Kosten für das Gesundheitswesen pro Einwohner	gleich
Wo bleibt das Geld in Österreich?	

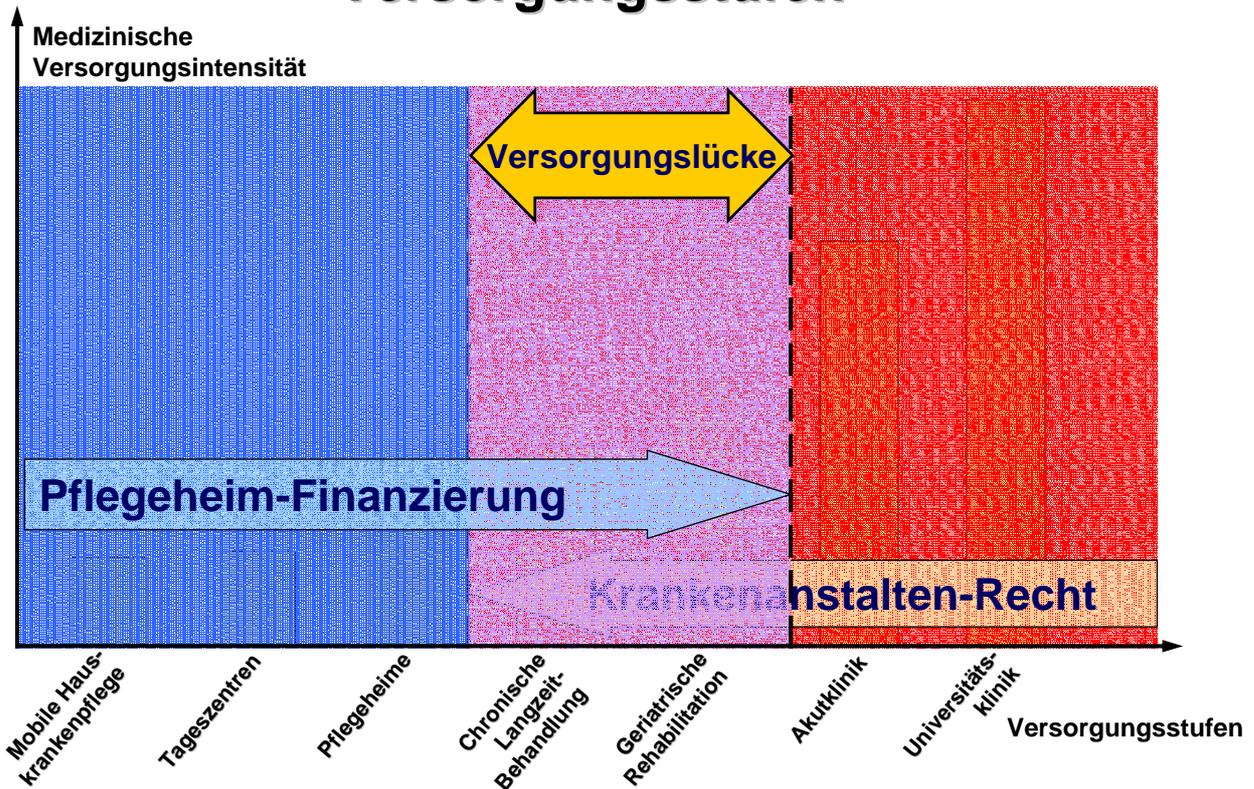
Quelle: Stein Husebo

BG Agentur mit Bundesgesundheitskommission

Ziele des Kooperationsbereiches (Reformpool):

- **Gemeinsam zwischen Land und SV vereinbarte Strukturveränderungen oder Projekte sollen Leistungsverschiebungen zwischen dem intra - und extramuralen Bereich zur Folge haben**
- **Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens sollen erhöht werden**
- **Länder und Sozialversicherung müssen von den Leistungsverschiebungen profitieren**
- **Reformpoolprojekte sollen**
 - ↑ nachhaltig und
 - ↑ auf andere vergleichbare Regionen transferierbar sein

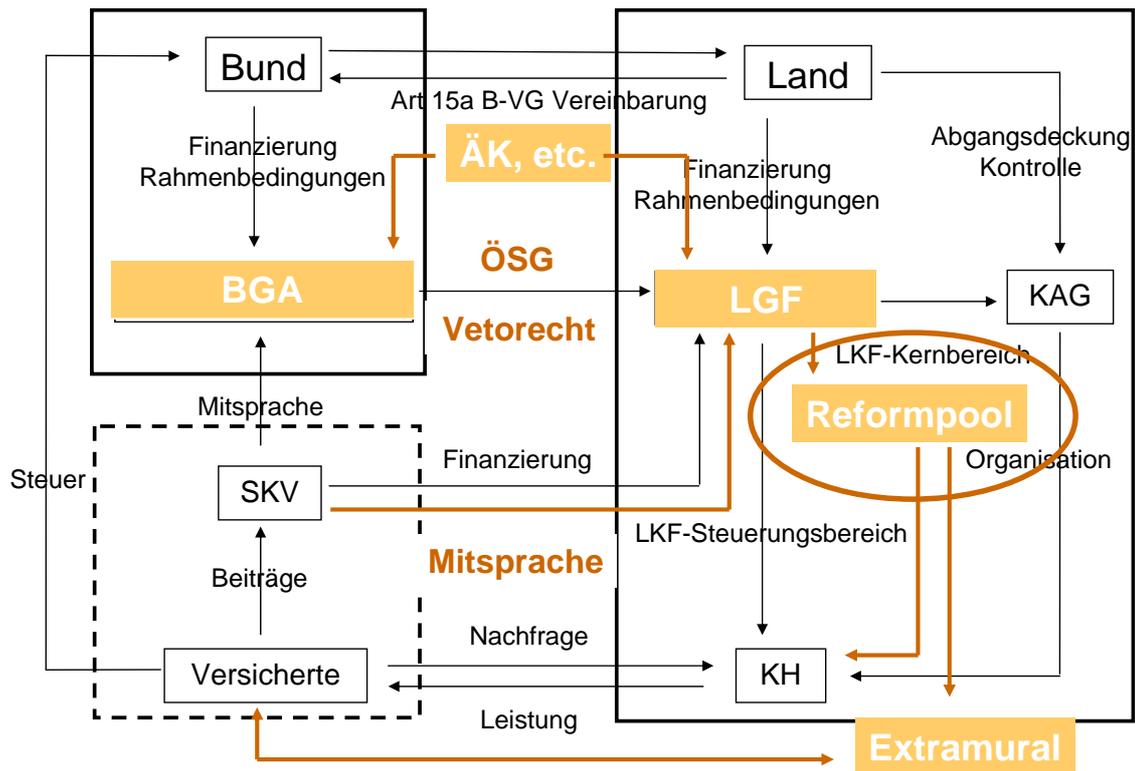
Geriatric and chronically ill Care stages



ÖSG Implementation and Expectations

- A transparent, objective, efficient and v.a. effective Health Fund
- Prompt conversion from a „tax authority“ (SKAFF) to an expert organization!
- A professional approach in the step-by-step implementation of the fund's tasks
- Performance-oriented tariffs (Money follows performance)
- Transparent and rapid award of reform pool projects
- A continued and integrated „Health Planning“
- An objective and content-rich reporting
- To reduce the interest conflict on the platform for the benefit of patients and the PH Health Economics!

Das Resümee im intramuralen Sektor



Quelle: M. Tripolt, 2005

Artikel 3 – Integrierte Gesundheitsstrukturplanung

■ Art 3, Abs. 1:

„Die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur umfasst alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche. Bestandteil dieser Vereinbarung ist die Sicherstellung der Realisierung einer integrierten Planung insbesondere für die folgenden Bereiche:“

■ Art. 3, Abs. 1, Nr. 4

„Pflegebereich, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist.“

Inzwischen haben wir schon 10
Diplomarbeiten mit besseren Ergebnissen
abgeschlossen und evaluiert...

Inzwischen sind hunderte Menschen
im Hospiz selbstkostentragend
verstorben...

■ Art. 3, Abs. 2

„Im Besonderen wird vereinbart, eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich einheitlich zu planen sowie prioritär umzusetzen. Im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes ist die Realisierung der übergreifenden Planung der Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d.h. im stationären Akut- und Langzeitbereich, im ambulanten Bereich sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich, sicherzustellen.“

Artikel 5 – Nahtstellenmanagement

Wenn die Schnittstelle zum eigentlichen Problem wird,
bedarf das System einer grundlegenden Änderung!

■ Art 5, Abs.1:

„Zur Gewährleistung eines patientinnen- und patientenorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlaufes ist das **Management an den Nahtstellen im Gesundheitswesen zu verbessern.**“

Gesundheitsagenturen: Was bleibt offen?

- Gelingt die Integration in der Versorgungskette (Abstimmung des Angebotes auf den Bedarf, Aufnahme- und Entlassungsmanagement, Case- und Disease Management etc.)?
- Wo bleiben die „professional teams“ in primary care?
- Wie wird die Investitions- und Abgangsfinanzierung gehandhabt ? Eine Vereinheitlichung ist notwendig!
- Auf welche Ressourcen dürfen die Fonds zurückgreifen?
- Wenn der Reformpool nur für Verschiebungen zwischen extramural und intramural zuständig ist, wer ist dann für die weißen Flecken der Versorgung und neuen Herausforderungen zuständig?
- Fällt das neue Steuerungs- und Machtsystem unter den Proporz und politischen Einfluss der Länder oder wird die „letzte“ Chance ergriffen? Besetzung der Steuerungsstellen durch Experten!
- Ist das österreichische Gesundheitssystem noch steuerbar?

Anforderungsprofil an Gesundheitssysteme

nach SCHEIL-ADLUNG

- Verstärkte Nachfrage nach Prävention und Rehabilitation
- Wachsende Rolle von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
- Verlagerung kurativer Leistungen: stationär > ambulant
- Steigende Bedeutung des privaten Gesundheitssektors

Ergänzung durch Hartinger:

Zur Qualitätssteigerung und Kostendämpfung ist es notwendig inhaltlich einzugreifen:

- Disease & Case Management entwickeln und intelligent implementieren
- Mit dem Umbau des stationären Bereiches verstärkt fortfahren (mehr TK und ambulant)
- Interventionen bei Hochaltrigen nicht um jeden (Leidens-) Preis
- Gesundheitsförderungsprogramme in allen Altersphasen implementieren
- VITA et al. Studie zeigt: Prävention senkt Pflegebedürftigkeit wesentlich
- Pflegenotstand droht, wenn nicht Gegensteuerung einsetzt (DGKP)
- Adäquate Finanzierungsmodelle entwickeln (Hospiz, chronisch Kranke ...)
- Ehrenamtliche Modelle fördern (Tagesgestaltung, gegen soziale Vereinsamung..)

Resümee

- Die Geschwindigkeit der Entwicklung unseres Gesundheitssystems stimmt nicht annähernd mit der Bedarfsgeschwindigkeit und der Wissenszunahme überein!
- These:
„Wir fallen zurück und unser System kann die Herausforderungen aus strukturellen Gründen (Aufgabenverteilung) nicht lösen!“

Gesundheitsreform in Norwegen

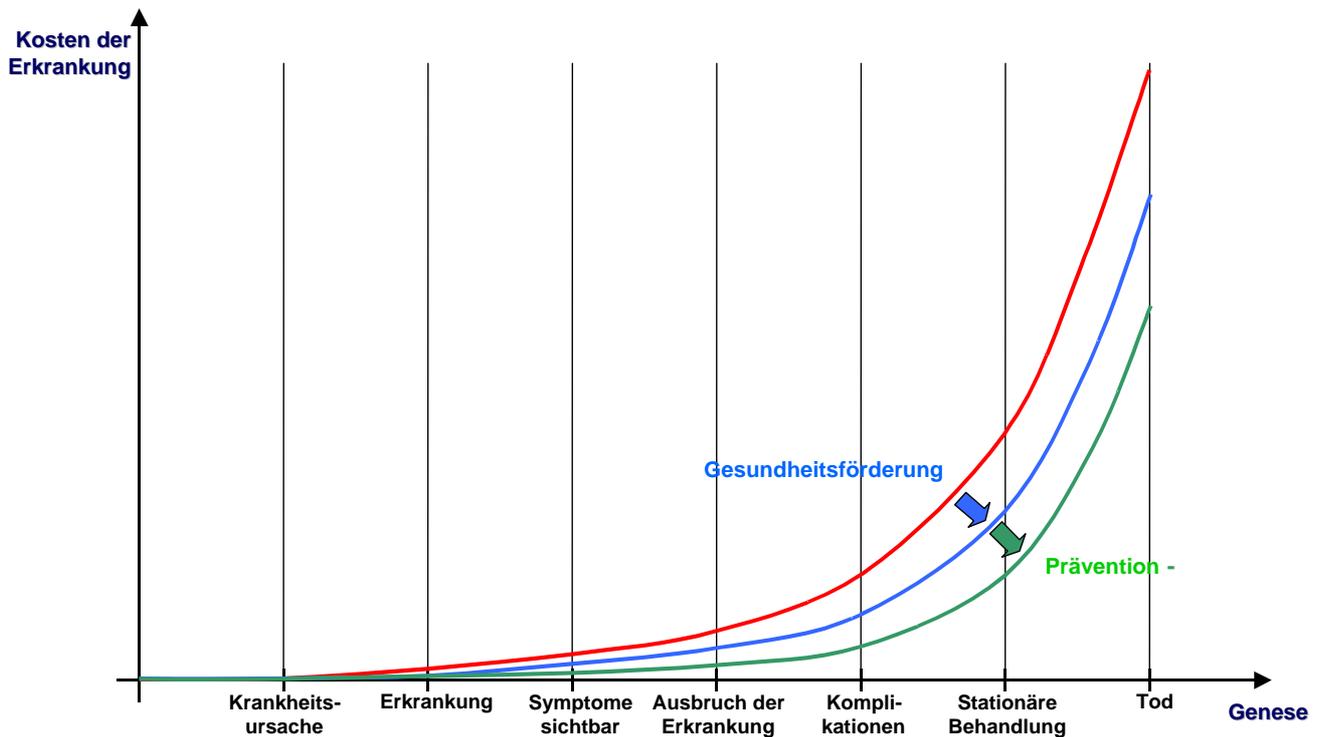
- Mit der Gesundheitsreform 2002 wurde die Trägerschaft der Krankenhäuser aus 19 Provinzen auf den Staat übertragen
- Die 80 öffentlichen Krankenhäuser (Österreich hat 279 davon 144 Fonds KA) wurden zu 30 Unternehmen zusammengefasst
- Die Krankenhäuser wurden dabei zu eigenständigen juristischen Körperschaften
- **Grund:** *Die verteilte Verantwortung zwischen den Provinzregierungen und dem Bund aufzuheben und besser zu steuern*

Quelle: B.M.Eggen / Hospital 2004

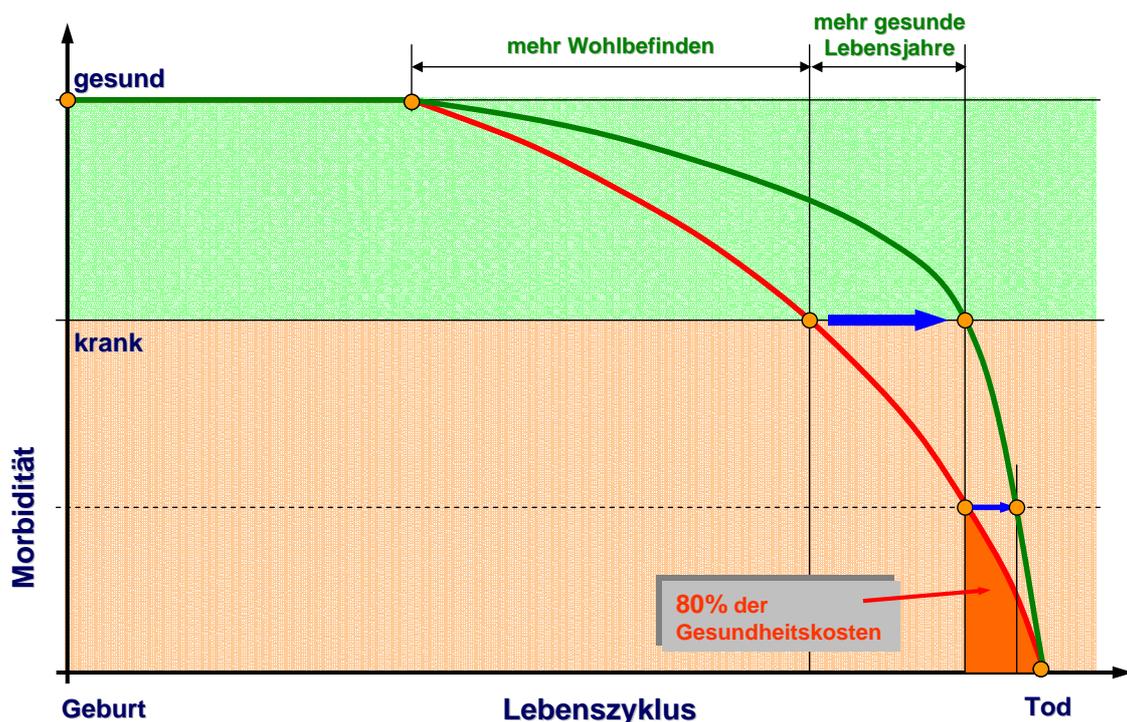
Finanzierung aus einer Hand !

- Wäre aus der Sicht der einheitlichen Konzeption notwendig (Planung und Steuerung)
- Derzeit verfassungsrechtlich noch nicht möglich
- Art. 15a BV-G: Gliedstaatsvertrag muss in Ländergesetzgebung umgewandelt werden
- Thema für den Verfassungskonvent, aber dzt. noch nicht aufgegriffen!
- *„Ohne Knappheit der Ressourcen kommt es zu keiner Reform!“ oder beweisen wir das Gegenteil?!*

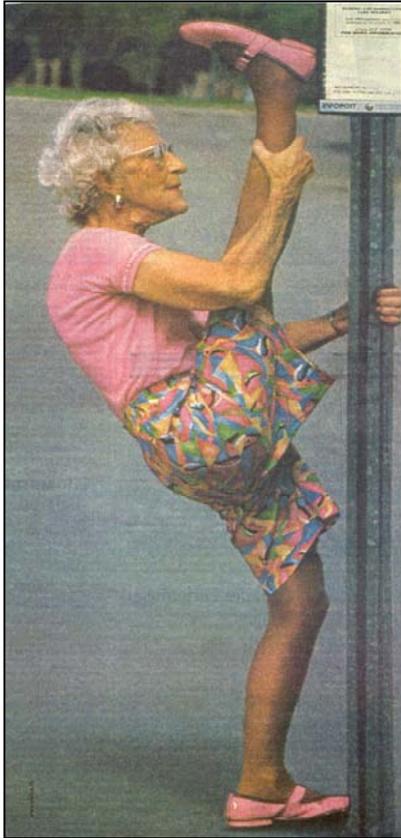
Krankheitsentwicklung und die Auswirkungen zweckmäßiger Prävention und Gesundheitsförderung



„Compression of Morbidity“



Quelle: Fries (1980)



Gesundheitsreform 2005

**Tu erst das Notwendige,
dann das Mögliche und
plötzlich schaffst DU das
Unmögliche.**

• *Franz von Assisi*