

Gesundheitspolitik

PPP – drei Schritte zu besserer Gesundheit

Das österreichische Gesundheitssystem erfüllt zwar hohe Standards, orientiert sich aber stark an der Reparaturmedizin. Auch wenn die Lebenserwartung in Österreich im OECD-Schnitt durchaus hoch ist, stagnieren die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre; 20 Prozent der über 65-Jährigen brauchen Pflege. Für einen Wandel braucht es aus Sicht von Dr. Alexander Biach, dem Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien und ehemaligen Vorsitzenden des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, **MUTIGE REFORMEN IN DEN BEREICHEN PRÄVENTION, PROGRAMME UND PRIMÄRVERSORGUNG.** | von Rainald Edel, MBA



Die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich liegt aktuell bei 81,3 Jahren, das sind 0,7 Jahre weniger als noch vor Ausbruch der Coronapandemie. „Allerdings werden wir nicht gesund alt. 20 Prozent der über 65-Jährigen bewerten ihren Gesundheitszustand als so schlecht, dass sie Unterstützung, Betreuung und Pflege benötigen. Das ist ein erschreckend hoher Prozentsatz“, konstatiert Dr. Alexander Biach. Zum Vergleich: In skandinavischen Ländern wie Dänemark und Schweden liegt dieser Anteil nur bei sieben Prozent. Eine Beunruhigung gäbe es deshalb in der Bevölkerung nicht, so Biach, schließlich habe man, wie der aktuelle „Health at a glance“-Report 2021 ausweist, Zugang zu 100 Prozent der Gesundheitsleistungen – der Spitzenwert innerhalb der OECD-Länder. Es werde vor allem die teure Krankenhaus-Infrastruktur ausgiebig genutzt, oftmals aus pragmatischem Grund, da hier alle Leistungen unter einem Dach gebündelt sind. Dies schlägt sich auch in der Anzahl der Spitalsbetten nieder, die mit 7,2 Betten pro 1.000 Einwohnerinnen, Einwohner im absoluten europäischen Spitzenfeld liegt und nur von Deutschland mit 7,9 Betten übertroffen wird. Dies habe auch große finanzielle Auswirkung, denn ein Belagstag kostet 1.210 Euro. Im Vergleich dazu kommt ein Behandlungsfall bei der niedergelassenen Ärztin, beim niedergelassenen Arzt auf rund 60 Euro. Auch bei der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte (Kassen-, Wahl- und Spitalsärztinnen bzw. -ärzte zusammen) liegt Österreich mit 5,3 pro 1.000 Einwohnerinnen, Einwohner hinter Griechenland an der OECD-Spitze.

Geld allein macht nicht gesund

Die Ausgaben für die medizinische Versorgung betragen pro Person und Jahr 5.130 Euro – davon trägt die öffentliche Hand 3.870 und 1.260 Euro werden in Österreich von den Menschen selbst für Gesundheit ausgegeben. Im Vergleich dazu betragen 2019 die Ausgaben für Prävention laut OECD gerade

einmal 97,9 Euro pro Kopf. Dass mehr Geld im Gesundheitssystem und in die Reparaturmedizin investiert nicht unbedingt mehr bewirkt, zeigen Zahlen aus den USA. Dort werden rund 10.000 Euro pro Person und Jahr für Gesundheitsleistungen ausgegeben, die Lebenserwartung liegt mit 78,9 Jahren aber deutlich unter der in Österreich. „Geld allein macht uns nicht gesünder. Stattdessen müssen wir auf die drei Mahner hören: Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit. Bei schlechtem Umgang damit führen sie zu jenen Krankheiten, die uns später zum Pflegefall werden lassen“, betont Biach. Bei einer Untersuchung durch das Sozialministerium im Jahr 2017 wurden der Einstufung von Pflegegeldfällen die ICD-10 Klassifikationen hinterlegt. Die dadurch erhobenen Krankenfälle können klar auf die drei Faktoren zurückgeführt werden: Mangelnde Bewegung und Ernährung sowie psychische Belastungen. „Um Krankheiten, ungesunde Lebensjahre und letztlich auch hohe Kosten zu vermeiden, müssen die drei Mahner von einer modernen, vorausschauenden Gesundheitspolitik ernst genommen werden. Die Situation ändern kann aber nicht die Politik, sondern nur die Bevölkerung“, erklärt Biach. Um das nötige Bewusstsein und die Motivation zu erzeugen, sieht er drei Ansätze als relevant.

P1 – Prävention

Der Präventionsgedanke ist aus Sicht von Biach zu wenig in der Bevölkerung verankert. Die Ursache liegt zum Teil in einer mangelnden Aufklärung, in finanziellen Hürden, aber auch in einer mangelhaften unmittelbaren Belohnung des entsprechenden Verhaltens durch direkten Nutzen begründet. Eine Chance, ein Umdenken in Gang zu setzen, sieht er in Werbung, die auf den Spieltrieb der Menschen abzielt. „Wir konsumieren Werbung direkt und unbewusst und wir verhalten uns dann auch bewusst oder unbewusst entsprechend. Zudem haben wir einen spielerischen und einen geizigen Trieb. Und genau darin liegt der

Schlüssel zum Erfolg der Prävention. Wir müssen die Menschen dazu verleiten.“ Dass dieser Weg funktioniere, zeige zum Beispiel der Schrittzähler am Mobiltelefon. Allerdings halten immaterielle Anreize nicht lange. Wie eine Untersuchung des Ludwig-Boltzmann Instituts HTA aus dem Jahr 2015 zeigt, sind materielle Anreize wirkungsvoller. So bietet beispielsweise die Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) für ihre Versicherten eine Reduktion des Selbstbehalts beim Arztbesuch, wenn ein Vorsorgeprogramm durchlaufen wird. Oder die ehemalige Versicherung der Eisenbahner motivierte ihre Versicherten, bei den Medikamentenkosten beim Sparen mitzuhelfen, indem sie jedes Mal, wenn die versicherte Person bei der Arztverschreibung ein Generikum statt des Originals verordnet bekam, einen Euro auf das Versichertenkonto gutschrieb. „Die Versicherung sparte durch diese Aktion über eine Million Euro ein und wurde dafür in der großen Sozialversicherungsstudie der London School of Economics gelobt“, so Biach.

Ökonomische Vorteile – in dem Fall die Verknüpfung mit dem Kinderbetreuungsgeld – seien es auch, die beim Mutter-Kind-Pass Wirkung zeigen. So falle beispielsweise die erste Teilimpfung gegen Masern noch in die verpflichtenden Termine dieser Maßnahme, die zweite Teilimpfung nicht mehr, wodurch auch die Motivation wegfalle, was wiederum mit einem deutlichen Abfall in der Impfquote einhergehe.

Nach einem ähnlichen Prinzip könne man, so Biach, auch Erwachsene zu mehr präventivem Verhalten motivieren, wie er in seinem Buch „Raus aus der Pflegefalle“ und dem darin vorgestellten Best-Agers-Bonus Pass zeigt. „Für Menschen ab 50 werden im Best Agers Bonus Pass individuelle Maßnahmen für ein gesünderes Leben vorgesehen. Zugangsstelle dafür ist die Hausarztpraxis, im besten Fall ein Primärversorgungszentrum, das auch gleich den Fahrplan für die Patientin, den Patienten zusammenstellt und sie, ihn zu unterschiedlichen Gesundheitsdienstleistern schickt. Für die ‚Erfüllung‘ aller Stationen sollen materielle Anreize wie der kostenlose Bezug von entsprechenden Lebens- und Hygieneartikeln oder auch der Erwerb von Fitnessgeräten dienen“, schildert Biach. Die Bonuszahlungen sollen die Bonuspass-Inhaberinnen und -Inhaber in ihrem gesunden Lebensstil unterstützen.

P2 – Programme für selbstbestimmte Patientinnen und Patienten

Digitale Gesundheitsanwendungen gehören zur modernen Gesundheitsversorgung. Waren es 2010 noch 37,4 Prozent der Erwachsenen, die in Österreich Gesundheitsinformationen über das Internet bezogen, waren es 2019 schon 56,3 Prozent – Tendenz steigend. Und nicht nur Patientinnen und Patienten recherchieren immer öfter nach, auch Ärztinnen und Ärzte nutzen diesen Weg zur Behandlung oder Unterstützung bei der Diagnose.

Um die Verbreitung digitaler Gesundheitsanwendungen zu beschleunigen, geht Deutschland einen neuen Weg. Das Ziel sind digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) auf Krankenschein. Dazu wurde Ende 2019 das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) erlassen. In einem Schnellverfahren von drei Monaten bekommt der DiGA-Produzent Bescheid, ob seine Anwendung bei der Überprüfung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) akzeptiert wird.

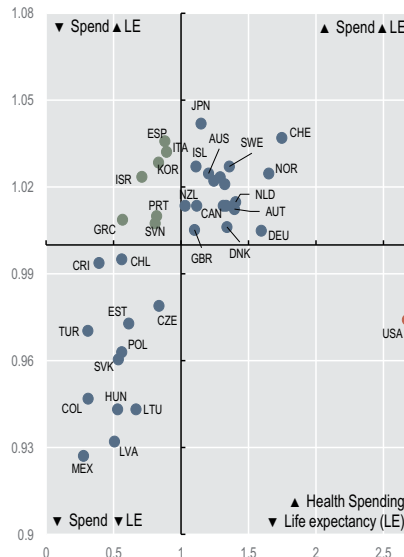
Alexander Biach, Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien und ehemaliger Vorsitzender des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger mahnt Reformen in den Bereichen Prävention, Programme und Primärversorgung ein.



Dann kann er damit beginnen, Ärztinnen und Ärzte zu motivieren, seine App zu verschreiben. Binnen zwölf Monaten müssen mit der Benannten Stelle (Zertifizierungsstelle für Medizinprodukte) Studien für den Beleg der Wirksamkeit vorgelegt werden. Rund 50.000 Verordnungen von Apps gab es im ersten Jahr des Gesetzes. Zugleich zeigten sich aber auch die Stolpersteine: hohe Anforderungen bei der Schnellprüfung durch das BfArM, fehlende Transparenz, welche Kriterien und Kennzahlen bei der Prüfung und bei der anschließenden Studie erbracht werden müssen sowie zusätzliche unerwartete Kosten für den App-Hersteller. Und der fehlende Bekanntheitsgrad der jeweiligen App bei Ärztinnen, Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die App deswegen auch nicht verschreiben. „Dennoch ist der Weg klug und zukunftsweisend und sollte auch in Österreich professionell angegangen werden. Wir haben sehr genaue und transparente Verfahren für die Erstattung von Medikamenten. Das Verfahren für DiGA, die in Österreich als Medizinprodukte verschrieben werden sollen, braucht einen transparenten Prozess“, erklärt Biach.

Ein Vergleich des Austrian Institute for Health Technology Assessment (AIHTA) quer durch Europa zeigt, dass die Zulassung nirgends klar und transparent geregelt ist. Am ehesten noch in England, wo das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) vorab eine klare Einteilung nach Risikoklassen auflegt und auch klar vorgibt, welche Parameter in einer klinischen Studie untersucht und bewiesen werden müssen. „An diesem Vorschlag sollte sich Österreich orientieren“, meint Biach.

Dass solche Prozesse neue Wirtschaftszweige eröffnen können, zeigt die Begleitung der DiGA-Starts durch das EIT Health in Deutschland. Es unterstützt Unternehmen bei ihrem Gang zum Prüfungsinstitut und vernetzt sie schon vorher, um das Produkt zur Marktreife zu bringen. Eine solche Niederlassung konnte auch für Wien gewonnen werden. „Sie muss nun rasch aktiv werden, um entsprechende Entwicklungen zu unterstützen. Die digital-affine Patientin, der Patient wird davon profitieren und Programme verwenden, die sie, ihn bei der Heilung ebenso unterstüt-



zen wie in der Prävention. Sie werden durch diese Anwendungen erinnert, geführt und motiviert. Damit schließt sich der Kreis zur Unterstützung für die Idee P1 – die Prävention“, schildert Biach.

P3 – Primärversorgungseinheiten (PVE) für den niederschweligen Zugang

Das Sozialministerium weist auf seiner Seite „Krankenanstalten in Zahlen“ 15,7 Mrd. Euro an Gesamtkosten für die öffentlichen Fonds-Spitäler aus. Mit 11,3 Mrd. Euro wiegt der stationäre Bereich besonders stark. Hinzu kommen Besuche in den Spitalsambulanzen, die in Summe 3,2 Mrd. Euro ausmachen. In einer Patientenbefragung im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger im Jahr 2017 gaben knapp zehn Prozent der Befragten an, im Akutfall eine Spitalsambulanz zu besuchen. Die Motive waren: akute körperliche Beschwerden, die Behandlungskompetenz der Ambulanzen, die besseren diagnostischen Möglichkeiten und Kompetenzen, die langen Öffnungszeiten der Ambulanzen und das „One-Stop-Shop-Prinzip“. „Die Österreicherinnen und Österreicher ‚lieben‘ das Krankenhaus, vor allem, da dort alles unter einem Dach ist – daher sollte man ihnen genau das bieten, nur günstiger in Form von Primärversorgungseinheiten (PVE). Kleine Zentren, in denen auch vieles unter einem Dach geboten wird“, erklärt Biach. Österreich hat sich im Zielsteuerungsvertrag darauf verständigt, bis 2023 75 solcher PVE aufzubauen. Die derzeitige Spitalslastigkeit kann durch Umleitung in die PVE reduziert und somit können die Kosten im Krankenhausbereich gesenkt werden.

Fazit

„Prävention - Programme - Primärversorgungseinheiten wäre der Weg in eine moderne, selbstbestimmte Gesundheitspolitik. Das erfordert Mut und viel an Überzeugungs- und Verhandlungsgeschick“, resümiert Biach. Das Ergebnis wären zufriedene, gesundheitsbewusste und leistungsfähige Menschen mit einer wachsenden und innovativen Gesundheitswirtschaft. „Wenn Österreich diese Chance auslässt, wird es teuer – mit dem Zusatz, dass uns mehr Geld eben auch nicht gesünder macht“, so Biach. P



© KRISTIAN JUHASZ