



30 JAHRE MTD-AUSTRIA - ZUKUNFTSKONFERENZ 2014

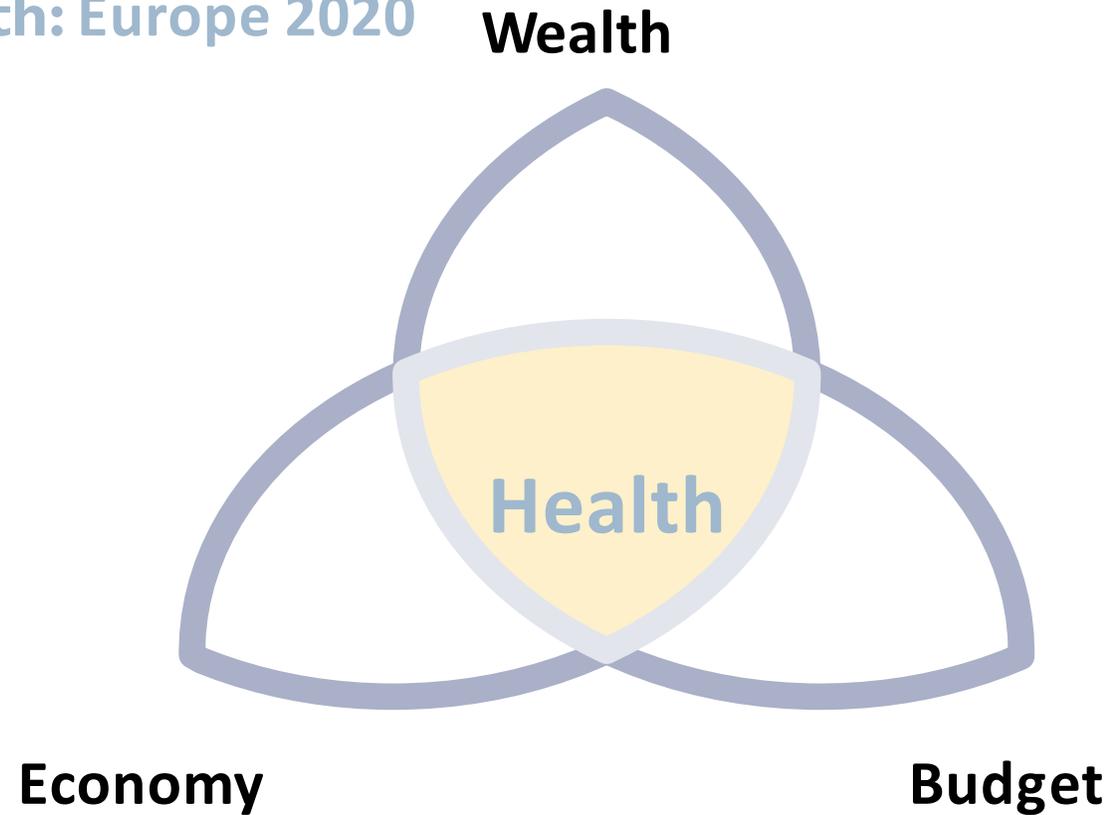
ZUKUNFTSBILD GESUNDHEIT

HERAUSFORDERUNG FÜR DIE GESUNDHEITSBERUFE

Prof. Hedwig J. Kaiser, Universität Basel

ELECTING HEALTH – THE EUROPE WE WANT (HEALTH FORUM GASTEIN 2014)

Trinity of Health: Europe 2020



Helmut Brandt, Willy Palm: Health an European Integration: Part of the Problem of Part of the Solution. Eurohealth Vol 20, Nr 3 2014

BUDGET

- Gesundheitskosten machen 11% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) aus!

Bruttoinlandsprodukt ist eine Maßzahl, und gilt als Indikator für Wohlstand (nicht ganz unbestritten).

Laut aktuellen [Daten der Statistik Austria](#) beträgt das nominale Bruttoinlandsprodukt in Österreich rund 301 Milliarden Euro pro Jahr, (Steigerung von 5 % zum Vorjahr).

- 8% der Erwerbstätigen arbeiten in Gesundheitsberufen

Gesundheitssektor ist ein wichtiger finanzieller und wirtschaftlicher Faktor.

AUSWIRKUNGEN DER FINANZKRISE

- Reduktion der finanziellen Mittel für das Gesundheitssystem
- Zunahme der sozialen Ungleichheit
- Anstieg der Arbeitslosigkeit (besonders der Jugendlichen)

Griechischer Gesundheitsminister Adonis Georgiadis 2013:

«This is not a crisis, this is the new reality»

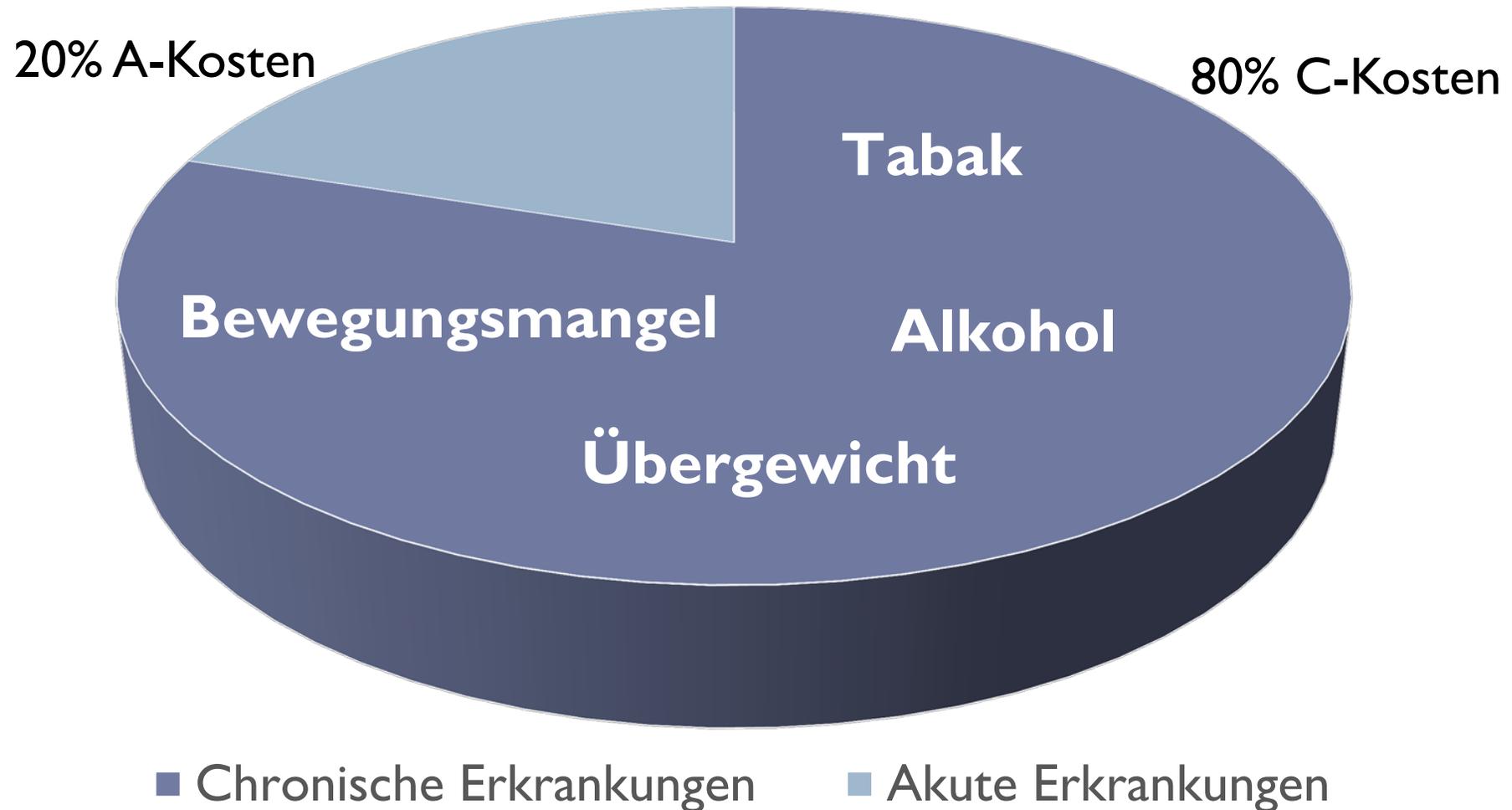
WIR KENNEN DIE HERAUSFORDERUNGEN

- Demographischer Wandel
- **Zunahme chronischer Krankheiten**
- Ungleichheit im Gesundheitssystem (Arbeit, Gehalt, Bildung, Ethnizität, Zugangsoptionen)
- «cross-border health threats» (Gesundheitsrisiken durch globalisierte Gesellschaft)
- **Gesundheitssysteme** investieren immer noch überwiegend in Spitäler der Akutversorgung → patientenzentrierte Versorgungsstrukturen mit multiprofessionellem Ansatz sind noch nicht genügend entwickelt.

CHRONISCHE KRANKHEITEN

- Sind in hohem Masse vermeidbar
- Haben gemeinsame Risikofaktoren
 - Tabak: EU hat höchste Rate an Rauchern (38% m, 19% f)
 - Alkohol: EU 12,5 l reinen Alkohol/Jahr pro Kopf (fast doppelt so viel wie der globale Durchschnitt)
 - 22% Übergewichtige Personen (nur USA hat mehr)
 - 35% machen zu wenig Bewegung
- **Sind verantwortlich für 80% der Gesundheitskosten**

PARADIGMENWECHSEL: VON DER KURATION ZUR PRÄVENTION



GESUNDHEITSREFORM ÖSTERREICH

Es bewegt sich viel - einige Eckpunkte

- 2012: 10 Rahmengesundheitsziele
 - Arbeitgruppen derzeit zu den Zielen 1, 2, 3 und 6
- 2013: Bundeszielsteuerungsvertrag
- 2014: Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung (Bundeszielsteuerungskommission)

10 RAHMENGEUNDHEITSZIELE 2012

- Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik und Gesellschaftsbereiche schaffen
- Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
- **Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken**
- Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

10 RAHMENGEUNDHEITSZIELE

- Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
- **Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen**
- **Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen**
- **Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern**
- Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern
- **Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen**

UMSETZUNGSPLANUNG DER RAHMENGEUNDHEITSZIELE

- Wichtig, dass sich nicht-ärztliche Gesundheitsberufe auch in den Arbeitsgruppen weiter einbringen
- Der Fokus von der Kuration zur Prävention muss ein Gewicht erhalten.

BUNDESZIELSTEUERUNGSVERTRAG (28.6.29 | 3)

- Neue ambulante Versorgungsformen in jedem Bundesland
- Reorganisation der Primärversorgung
- Steigerung der tagesklinischen Leistungen
- Einheitliche Qualitätsstandards bei Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie präoperativer Diagnostik
- Bundeseinheitliche Qualitätsmanagementsysteme im Spital und im niedergelassenen Bereich und abgestimmte Ergebnisqualitätsmessung in allen Sektoren
- Einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation in Spitälern und im niedergelassenen Bereich,
- Stärkung von integrierten Versorgungsprogrammen
- Einführung eines telefonischen und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservices für medizinische Fragestellungen

STEUERUNGSBEREICHE

- Die Steuerungsbereiche sind:
 - Versorgungsstrukturen
 - Versorgungsprozesse
 - Ergebnisorientierung
 - Finanz-Ziele

EU: «COUNTRY SPECIFIC RECOMMENDATIONS» FÜR ÖSTERREICH 2013

- Effectively implement the recent reforms of the healthcare system to make sure that the expected cost efficiency gains materialized.
- Develop a financially sustainable model for the provision of long-term care
- put a stronger focus on prevention, rehabilitation and independent living.

„Das Team rund
um den Hausarzt“

**Konzept zur
multiprofessionellen
und interdisziplinären
Primärversorgung
in Österreich**

Beschlossen in der
Bundes-Zielsteuerungskommission
am 30. Juni 2014

Bundeszielsteuerungskommission

Vorsitz

Bundesministerin für Gesundheit

Mitglieder (12)

- 4 durch Bundesregierung auf Vorschlag BM für Gesundheit
- 4 durch Sozialversicherung
- 4 Ländervertreter

Stimmrecht & Beschlüsse

Alle Mitglieder haben ein Stimmrecht. Für die Beschlüsse muss Einstimmigkeit vorliegen.

Aufgaben sind u.a.

- Koordination, Abstimmung und Festlegung aller Aufgaben aus dem Bundeszielsteuerungsvertrag
- Monitoring & Sanktionsmechanismus im Gesundheitswesen

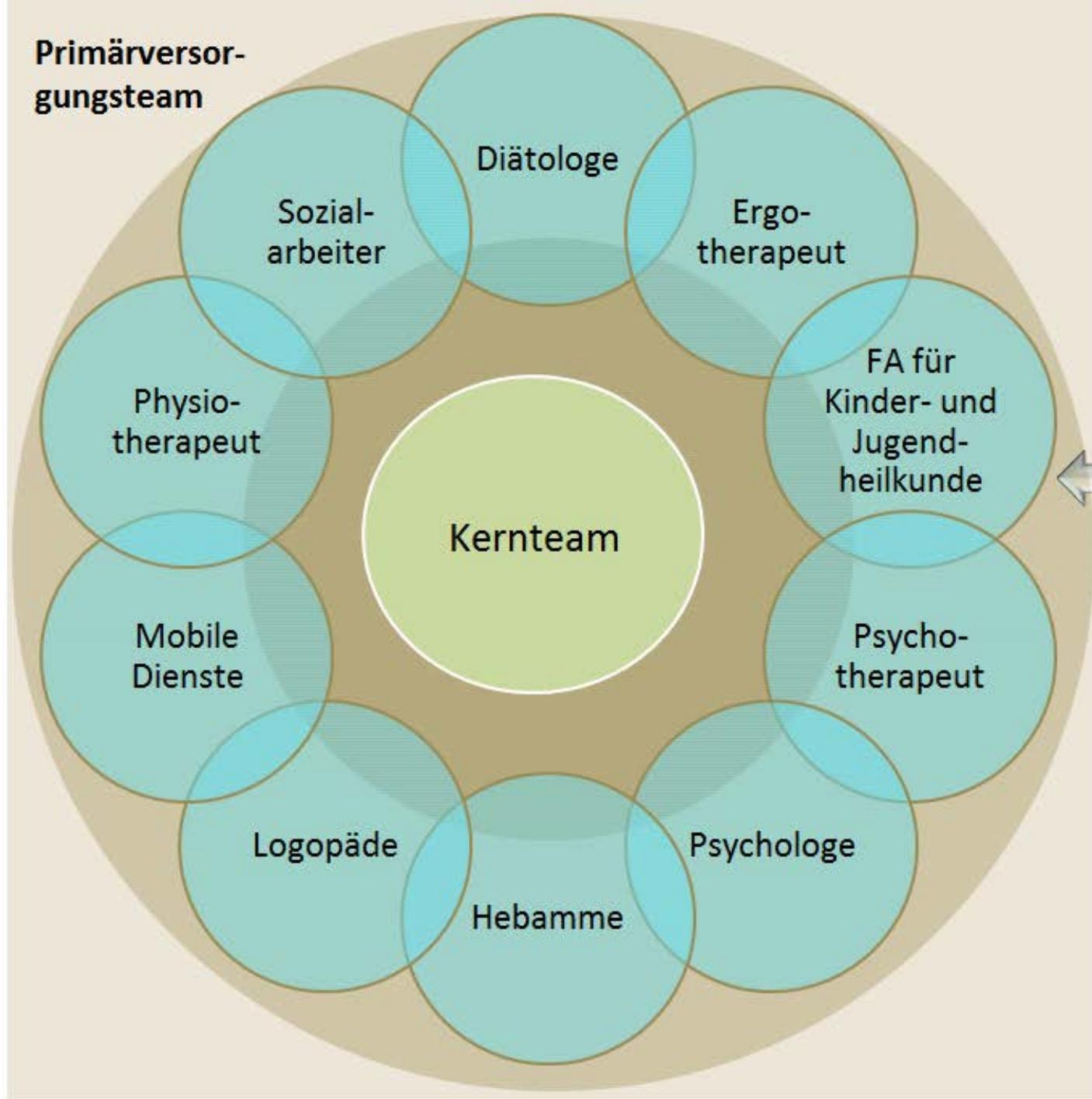
ZIEL

- Beschreibt Richtung der Stärkung der Primärversorgung
- Durch Stärkung der Primärversorgung dem ungebremsten Zulauf zu Spitalsambulanzen und hohen Krankenhausaufenthalten begegnen
- Beschreibt keine Revolution sondern Stärkung der Primärversorgung «rund um den Hausarzt»
- Prinzip: Netzwerken in denen spezifische Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens mit Ärzten zusammenarbeiten (räumlich zusammen oder auch dezentral). Die Leitung hat der Hausarzt.
- Pilotversuch ab 2015/16 mit «Neueinsteigern». Umsetzungskompetenz liegt bei den Ländern

LANGFRISTIGE ZIELSETZUNG

- Die vernetzte, räumlich und zeitlich einfach zugängliche Form der Primärversorgung wird in Zukunft für die gesamte Bevölkerung gleichermaßen und gleichwertig verfügbar gemacht.
- Förderung von Effizienz und Erfolg der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung
- Optimiertes Patientenmanagement erspart Patienten lange Wartezeiten
- Möglichkeit neuer und flexibler Formen der Berufsausübung für Ärzte und Ärztinnen sowie für Gesundheitsberufe

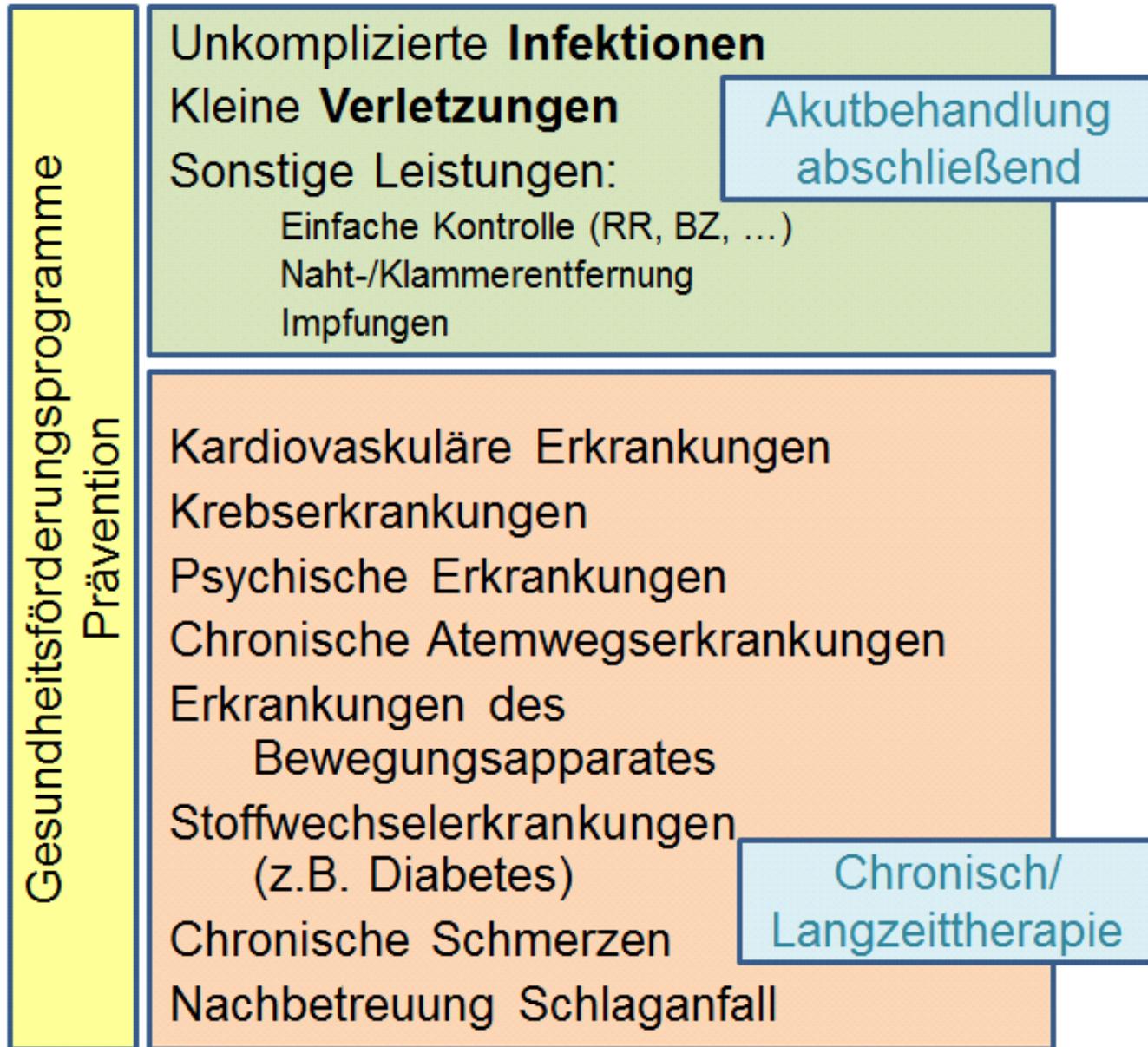
Primärversorgungsteam



Primärversorgungs-Partner

- Apotheken
- Bandagisten
- Fachärzte
- Gemeinden
- Krankenanstalten
- Pflegeeinrichtungen
- Schulen
- Sozialversicherungsträger
- Telefon- und Webdienste
- Ggf. weitere Organisationen
- Zahnärzte
- u. a.

Behandlung häufiger Erkrankungen;
unkomplizierte Routineleistungen



Häufig erforderliche Kompetenzen in der Teamzusammensetzung der neuen Primärversorgungsstrukturen:

Breite **diagnostische, therapeutische** und **pflegerische** Kompetenz mit (Zusatz-)Kompetenzen für

- Versorgung von
 - Kindern/Jugendlichen
 - älteren Personen
- Medikamentenmanagement
- Gesundheitsförderung und Prävention
 - Ernährung
 - Bewegung
- Alltagsfunktionen
- soziale Unterstützung
- Psychosoziale Versorgung
- Palliativversorgung

VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE GELINGENDE UMSETZUNG

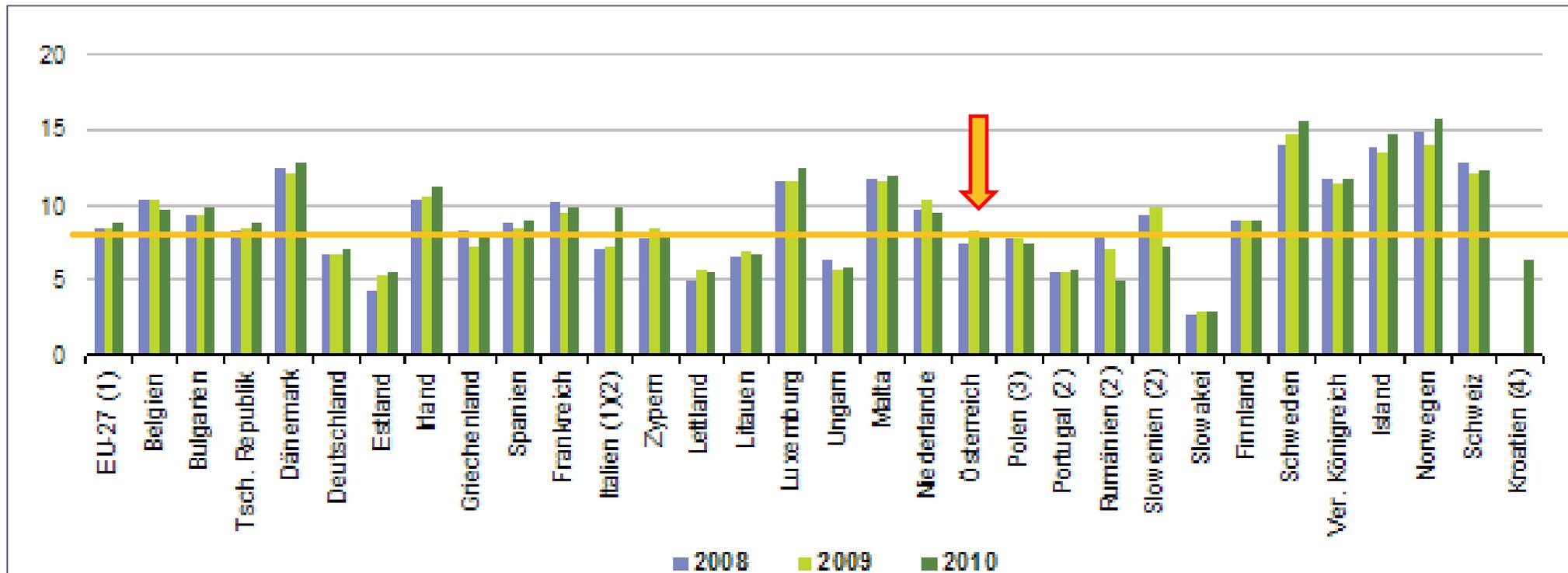
- Neue Funktion der Hausärzte – Wie werden Sie darauf vorbereitet?
- Interprofessionalität / Multiprofessionalität muss erlernt werden
- Konzepte zur Primärversorgung der einzelnen Gesundheitsberufe müssen aufgegriffen werden → entsprechende Plattformen für die Umsetzung
- Rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen müssen geklärt werden
 - Substitution versus Delegation (muss in jedem Fall der Arzt die Leitung haben?)
- Wie können Patienten überzeugt werden, dass der Hausarzt als primärer Ansprechpartner genauso gut ist wie der Facharzt? (Hausarztmodell DE, HMO-Modell CH funktionieren nur über finanzielle Anreizsysteme)
- Transparenz für die Patienten muss sichergestellt werden (öffentliche Daten über Anbieter z.B. in Dänemark, England, Niederlande)
- FINANZIERUNG muss geklärt werden – auch für die Leistungen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe (es wird nicht billiger aber besser!)
- Fachärzte müssen das Geschäftsmodell ändern (einfache Probleme werden vom HA erledigt)
- Auswirkung auf die Kapazität der Spitalambulanzen rechtzeitig erkennen

PRIMÄRVERSORGUNGSKONZEPT

Setzt Schwerpunkt auf Krankenversorgung

Agenda der PRÄVENTION ?

HEALTHY LIFE YEARS = DISABILITY FREE LIFE EXPECTANCY



Statistik
Frauen
mit 65J.

(1) 2010: Schätzung.

(2) 2010: Bruch in der Reihe.

(3) 2009: Bruch in der Reihe.

(4) 2008 and 2009: nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat (Online-Datencode: hlth_hlye)

PRÄVENTION

- muss einen höheren Stellenwert erreichen – in den Köpfen ALLER
- wichtige Aufgabe für die MTD- Berufe sich hier einzubringen in der weiteren Planung und Umsetzung des Konzepts der Primärversorgung aber auch in den Arbeitsgruppen zu der Umsetzung der Rahmengesundheitsziele!
- Es braucht eine «kritische Masse» engagierter Personen!



Diätologen

biomed austria

ergotherapie austria

orthoptik austria

logopädieaustria

rtaustria

Physio Austria

Herzlichen Glückwunsch