



Liebe Leserinnen und Leser des politicum!

LANDESHAUPTMANN
HERMANN SCHÜTZENHÖFER

In der nunmehr 120. Ausgabe des politicum, diesmal der Zukunft unseres Gesundheitssystems gewidmet, wird in bewährter Form ein sehr heikles und mit hoher Emotionalität verbundenes Thema von hochkarätigen Expertinnen und Experten aus den unterschiedlichsten Bereichen beleuchtet.

Warum das Thema Gesundheit ein so emotionales und niemals spannungsfreies ist, braucht keine Erklärungssuche. Jeden von uns betrifft es persönlich. Denn Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil von Lebensqualität. Und Gesundheitsversorgung ist ein wesentlicher Bestandteil des umfassenden Sicherheitsgefühls der Menschen.

Der Steirische Gesundheitsplan 2035 ist eines der ambitioniertesten Projekte der steirischen Landespolitik. In Gesprächsterminen quer durch die steirischen Regionen wurden die Pläne und Vorhaben bereits skizziert – große Einbindung

aller beteiligten Akteure ist zwingende Notwendigkeit für eine gelungene Umsetzung. Dementsprechend geben in dieser Ausgabe des politicum auch alle im Landtag Steiermark vertretenen Parteien ihre Sichtweise zu diesem Vorhaben wieder.

Es gibt aber viele weitere brennende Fragen innerhalb des Themenkomplexes, wie etwa das der Landärzte und somit der Gesundheitsversorgung der ländlichen Räume oder ELGA, die elektronische Gesundheitsakte, und die durchaus kontroverse Auseinandersetzung damit, und vieles andere mehr.

Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern des politicum viel Freude mit dieser ehrlichen und mutigen Auseinandersetzung zum steirischen Gesundheitssystem (und darüber hinausgehend) und danke allen Autorinnen und Autoren für ihre Bereitschaft, sich konstruktiv an der inhaltlichen Debatte zu beteiligen.



Editorial Klaus Poier _____	5
Der Steirische Gesundheitsplan 2035 – Über Grenzen hinweg denken Christopher Drexler _____	6
Gesundheitsreform: den Menschen in den Mittelpunkt stellen Ursula Lackner _____	10
Wie sichern wir am besten die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems? Hans Jörg Schelling _____	14
Gesundheitspolitik für das 21. Jahrhundert Sabine Oberhauser _____	16
ENDLICH: Die Steiermark im Aufbruch Clemens Martin Auer _____	20
Ist unser Gesundheitssystem reformierbar? Ulrike Rabmer-Koller _____	22
Entwicklungen in der Medizin – Betrachtung der Grazer Universitätsmedizin von 1863 bis heute Hellmut Samonigg _____	24
Die MedVision 2030 als Teil des Gesundheitsplanes 2035 Karlheinz Tscheliessnigg , Ernst Fartek _____	28
Gesundheit darf niemals zum Luxus werden! Verena Nussbaum _____	32
Die beste und qualitativ hochwertigste Versorgung im Krankheitsfall als Ziel Michael Koren , Bernd Leinich _____	34
Gesundheitspolitik mit den Menschen Herwig Lindner _____	40
Mehr Qualität für die steirischen Patientinnen und Patienten Renate Skledar _____	42
Der Steirische Gesundheitsplan 2035 aus Sicht der FPÖ Mario Kunasek _____	44
Gesunde Steiermark – auch morgen und übermorgen noch! Lambert Schönleitner _____	46
Gesundheit ist kein Geschäft! Claudia Klimt-Weithaler _____	48
Nutzen wir die Chancen im Gesundheitssystem Josef Herk _____	50

politicum 120

Herausgeber | Christopher Drexler

Die richtige Leistung, zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, mit der besten Qualität! Josef Pessler _____	54
Die Zukunftsperspektiven des Krankenversorgungswesens aus Sicht des Zentralbetriebsrates der Stmk. KAGes und der GÖD Gerhard Hammer, Michael Tripolt ____	56
Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Das Mariazellerland als Beispiel Manfred Seebacher _____	58
Der Notfall Klaus Pessenbacher _____	60
Auf dem Weg zu einem neuen Regionalen Strukturplan Gesundheit Wolfgang Habacher _____	62
Gesundheitsberichterstattung in der Steiermark Christa Peinhaupt _____	64
ELGA – die elektronische Gesundheitsakte – Plattform für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens Werner Leodolter _____	67
Sicherheit und Lebensfreude: „HerzMobil Tirol“ hat sich bereits bei 150 PatientInnen bewährt – Nun auch Zusammenarbeit mit der Steiermark Bernhard Tilg ____	70
e-Medikation erhöht Arzneimittelsicherheit und Lebensqualität Gerhard Kobinger _____	72
Digital Healthcare-Pilotprojekt im Müürztal – Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau baut ihre digitalen Gesundheitsdienste aus Kurt Völkl _____	74
Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Steiermark Katharina Purtscher-Penz _____	76
Das steirische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich Herwig Ostermann, Florian Bachner, Martin Zuba _____	78
Neue Wege in der Ausbildung für Gesundheitsberufe Karl Peter Pfeiffer, Günter Riegler _____	84
Wissenschaftlicher Beirat _____	89
Autorinnen und Autoren _____	90



Das steirische Gesundheitssystem der Zukunft

KLAUS POIER

Die Steiermärkische Landesregierung hat 2016 ein Leitbild „Steirischer Gesundheitsplan 2035“ zur Diskussion vorgelegt. Das vorliegende politicum 120 geht in bewährter umfassender und pluralistischer Weise unterschiedlichen Aspekten des steirischen Gesundheitssystems der Zukunft nach.

Gesundheitslandesrat Christopher Drexler plädiert insbesondere für eine bundesländerübergreifende Koordination im Gesundheitsbereich. Bildungslandesrätin Ursula Lackner betont, dass bei der Gesundheitsreform die Menschen in den Mittelpunkt zu stellen seien. Finanzminister Hans Jörg Schelling zeigt auf, wie die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems am besten gesichert werden könne. Für Gesundheitsministerin Sabine Oberhauser muss eine Gesundheitspolitik für das 21. Jahrhundert gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle gewährleisten. Sektionschef Martin Auer freut sich über die aktuellen Ambitionen in der Steiermark. Hauptverbandsvorsitzende Ulrike Rabmer-Koller hält unser Gesundheitssystem trotz aller Widrigkeiten für reformierbar. Rektor Hellmut Samonigg zeigt die Entwicklung der Grazer Universitätsmedizin auf. Die MedVision 2030 als Teil des Steirischen Gesundheitsplanes 2035 präsentieren die KAGes-Vorstände Karlheinz Tscheliessnigg und Ernst Fartek. Die Obfrau der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse Verena Nussbaum unterstreicht, dass Gesundheit niemals Luxus werden dürfe. Für die Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark, Michael Koren und Bernd Leinich, ist das oberste Ziel die beste und qualitativ hochwertigste Versorgung im Krankheitsfall. Herwig Lindner, Präsident der Ärztekammer, betont, dass

eine Gesundheitspolitik 4.0 die Bedürfnisse der Menschen ansprechen müsse. Ombudsfrau Renate Skledar fordert mehr Qualität für die steirischen Patientinnen und Patienten. Aus Sicht der Opposition beurteilen die Klubobleute Mario Kunasek, Lambert Schönleitner und Claudia Klimt-Weithaler die vorgelegten Pläne kritisch. Unterstützende Stimmen kommen von den Sozialpartnern, WK-Präsident Josef Herk und AK-Präsident Josef Pessler. Die Sicht des Betriebsrates bringen Gerhard Hammer und Michael Tripolt ein. Bürgermeister Manfred Seebacher beleuchtet Fragen der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, Primarius Klaus Pessenbacher Aspekte der Notfallmedizin, EPIG-Geschäftsführer Wolfgang Habacher den Prozess zum neuen Regionalen Strukturplan Gesundheit, die Soziologin Christa Peinhaupt die Gesundheitsberichterstattung in der Steiermark und Gesundheitsmanager Werner Leodolter die elektronische Gesundheitsakte (ELGA). Der Tiroler Gesundheitslandesrat Bernhard Tilg berichtet über Erfahrungen mit „HerzMobil Tirol“. Der Präsident der Apothekerkammer, Gerhard Kobinger, erläutert Vorteile der e-Medikation. Kurt Völkl, Generaldirektor der Eisenbahner-Versicherungsanstalt, präsentiert ein Digital Healthcare-Pilotprojekt im Mürztal. Primaria Katharina Purtscher-Penz ermöglicht Einblicke in die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Steiermark. Einem internationalen Vergleich wird das steirische Gesundheitssystem durch die Gesundheitsökonomin Herwig Ostermann, Florian Bachner und Martin Zuba unterzogen. Neue Wege in der Ausbildung für Gesundheitsberufe zeigen schließlich FH-Joanneum-Rektor Karl Peter Pfeiffer und Geschäftsführer Günter Riegler auf.

Der Steirische Gesundheitsplan 2035

Über Grenzen hinweg denken

CHRISTOPHER DREXLER





Die Steiermark könnte wieder einmal zeigen, dass sie beherzte und mutige Schritte zu setzen bereit ist, dass sie österreichweit beispielhaft vorangeht.

CHRISTOPHER DREXLER

Die Steiermärkische Landesregierung hat in diesem Jahrtausend schon einmal ihren Willen und ihre Bereitschaft bewiesen, ein heikles Reformthema professionell anzupacken und in eine enkeltaugliche Zukunft zu führen. Gemeint ist die Gemeindestrukturreform – begleitet von einer umfassenden Verwaltungsstrukturreform¹ –, die nach vielen Diskussionen und auch höchstgerichtlichen Urteilen zu einem guten und zufriedenstellenden Ergebnis geführt hat. Nun gilt es, in dieser XVII. Gesetzgebungsperiode, die bis 2020 dauern wird, weitere Weichen für die Zukunft zu stellen. Die „Koalition. Zukunft.Steiermark“ als Fortführung der Reformpartnerschaft zwischen ÖVP und SPÖ hat sich daher in ihrem Regierungsübereinkommen darauf geeinigt, eine „Neuordnung der Spitallandschaft in enger Abstimmung mit dem niedergelassenen Bereich“ in Angriff zu nehmen.² Die dafür notwendigen Gründe sind im letzten Jahr mannigfaltig und hinreichend ausgeführt worden.³ Sie an dieser Stelle aufzuzählen würde zu unnötigen Redundanzen führen. Der „Steirische Gesundheitsplan 2035“ wurde – beginnend mit dem ersten Dialogtag im Juni 2016 und sieben steirischen Regionalkonferenzen im Spätherbst und Winter 2016 – einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt und zur Diskussion gebracht⁴ und wird ja auch in diesem Heft noch einmal zusammenfassend ausreichend reflektiert und thematisiert.

Überlegungen sind das eine. Wenn sie grundsätzlich sinnvoll scheinen, nimmt man gerne daran teil, diskutiert und argumentiert fleißig mit und es herrscht großes Verständnis für Vorhaben und Pläne. Das Umsetzen – auch wenn

ein fiktiver Schlusspunkt erst in ungefähr 20 Jahren und daher vermeintlich in zeitlich weiter Ferne sein soll – ist das andere. Irgendwie und irgendwann muss man schließlich auch beginnen, dorthin zu kommen; irgendwann müssen die Überlegungen zu konkreten Umsetzungsschritten führen und in ein abschließendes Ergebnis münden.

Meilensteine

In Zeitraffer seien die weiteren Schritte in Richtung Gesundheitsplan 2035 nur skizziert, da sie sehr „technischer“ Natur sind: Entwurf und Diskussion eines neuen Regionalen Strukturplanes Gesundheit, gesetzliche Anpassungen, die aufgrund der Vereinbarungen gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit notwendig geworden sind, Abhaltung von weiteren konkreten regionalen Konferenzen, abschließende Diskussionen des Steirischen Gesundheitsplanes, diverse Beschlüsse in den dafür vorgesehenen Gremien, Verordnung des Regionalen Strukturplanes Gesundheit sowie schließlich noch vor dem Sommer 2017 der Beschluss über weitere Konkretisierungsschritte im Steiermärkischen Landtag.

Wie oft wird der Politik und ihren Verantwortungsträgern floskelhaft vorgeworfen, sie würden nicht über den Tellerrand blicken und wären bloße Verwalter des Althergebrachten? Wie oft hört man, es gäbe keine Visionen für die Menschen und die Zukunft eines Landes? Wie oft hört man den Vorwurf, Überlegungen an Bundesländergrenzen einzustellen und dadurch teure Doppelgleisigkeiten in Kauf zu nehmen?

Steirischer Gesundheitsplan 2035

Für nähere Informationen siehe:
www.gesundheitsplan-steiermark.at



Ich meine, man sollte a priori jeder klugen Idee eine Chance geben und jede kluge Idee, auch wenn sie noch so unkonventionell und unüblich sein mag, einer ernsthaften Diskussion zuführen.

Föderalismus ja, aber

Als vehementer Befürworter des Föderalismus⁵ bin ich immer für die Autonomie der österreichischen Bundesländer eingetreten und habe mit vielen Argumenten gute Verteidigungslinien dafür entwickelt. Dort, wo sie notwendig schienen. Wo man allerdings ruhig einmal genauer hinschauen darf, ja geradezu hinsehen muss, ist, im Bereich der Gesundheit über die Bundesländergrenzen hinweg zu denken.

Themen, wie beispielsweise der gemeinsame Einkauf von Medikamenten oder teuren medizinischen Geräten zwischen zwei Krankenanstaltenträgern unterschiedlicher Bundesländer, waren bis vor wenigen Jahren noch außerhalb unserer Denkmöglichkeiten. Viel musste diskutiert und überzeugt werden, um sich langsam diesen Überlegungen von Zusammenschlüssen, die absolut Sinn machen, nähern zu können.

Ergebnisoffen und open minded

22 Kilometer und 20 Minuten Autofahrt trennen das steirische Hartberg vom burgenländischen Oberwart. 27 Kilometer und 29 Minuten Autofahrt trennen das steirische Bad Aussee vom oberösterreichischen Bad Ischl. An allen genannten Orten befinden sich österreichische Spitäler bzw. im Fall von Oberwart wird ein neues Krankenhaus entstehen. Es gäbe österreichweit noch viele weitere Beispiele solcher inhaltlicher Naheverhältnisse anzuführen.

Kein vernunftbegabter Mensch kann erklären, welchen Sinn zwei Krankenhausstandorte in so enger Distanz zueinander machen. Hingegen scheint es viele Argumente zu geben, zukünftig

einmal über Bundesländergrenzen hinweg eben auch über gemeinsam betriebene Spitäler oder über spezielle fachliche Kooperationen nachzudenken. Welches Argument, ausgenommen ein emotionales, ist anzuführen, dass ein Hartberger nicht in Oberwart behandelt und ein Bad Ischler nicht in Bad Aussee operiert werden soll? Die Distanz kann es nicht sein. Die Überschreitung einer unsichtbaren Grenze innerhalb Österreichs aber wohl auch nicht.

Es gilt daher meines Erachtens, ohne Scheuklappen mögliche gemeinsame Standorte zu diskutieren. Selbstverständlich müssen solche Gespräche ergebnisoffen sein und offenen Geistes, was im Englischen mit „open minded“ wahrscheinlich besser zum Ausdruck gebracht wird. Die Steiermark könnte wieder einmal zeigen, dass sie beherzte und mutige Schritte zu setzen bereit ist, dass sie österreichweit beispielhaft vorangeht und damit einzementierte Strukturen aufbrechen kann, die eines modernen und digitalen 21. Jahrhunderts ohnehin nicht mehr würdig sind.

- 1 Vgl. zum Thema etwa das politicum 114 „Reformpartnerschaft Steiermark: Strukturreformen“. 33. Jahrgang, Juni 2012.
- 2 Der gesamte Text ist unter folgendem Link abrufbar: http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/12411003_127313761/d0810fe6/Koalition.Zukunft.Steiermark.pdf (14.2.2017).
- 3 Siehe beispielsweise meine Ausführungen im Steirischen Jahrbuch 2016 unter dem Titel „Der Gesundheitsplan 2035. Die Steirerinnen und Steirer sollen gesünder sein und länger leben als der Rest der Welt“ (herausgegeben von Beatrix Karl et al., Graz 2017).
- 4 Ein Überblick über alle Veranstaltungen sowie alle inhaltlichen Schwerpunkte ist zu finden unter www.gesundheitsplan-steiermark.at.
- 5 Siehe dazu etwa meine Ausführungen im Symposiumsband „Österreich 22“ (2017).

Gesundheitsreform: den Menschen in den Mittelpunkt stellen

URSULA LACKNER

Der Wunsch, es möge alles so bleiben, wie es ist, ist tief im Menschen verwurzelt. Psychologen führen dies auf das Bedürfnis nach Bindung zurück und auf die Sorge, mit einer neuen Situation, mit Veränderungen nicht adäquat umgehen zu können – ihnen nicht gewachsen zu sein.

Verunsicherung! Diese empfinden viele Steirerinnen und Steirer daher auch, wenn die Reform des Gesundheitswesens zur Sprache kommt. Ich habe das in den letzten Monaten oft erfahren – nicht nur bei den regionalen Informationsveranstaltungen, an denen ich teilgenommen habe, sondern auch bei vielen anderen Gelegenheiten. Die Häufigkeit, mit der ich auf die Pläne des Landes angesprochen werde, ist ein Indikator dafür, wie sehr das Thema die Bevölkerung beschäftigt. Die gestellten Fragen sind vielfältig und zeichnen ein Bild davon, welch weiter Weg in der Entwicklung der Reform noch zu gehen ist, um das Vertrauen jener nicht zu verlieren, die im Mittelpunkt der Bestrebungen nach Verbesserungen stehen. Denn die Neustrukturierung bringt bei jenen Zweifel mit sich, die die Vorhaben nicht im Detail kennen.

Wer kann es ihnen verdenken? Unser Gesundheitssystem ist hervorragend, zählt zu den besten der Welt. Wer heute medizinische Hilfe benötigt, erhält sie auch – in vielfältiger Art und Weise, unabhängig vom sozialen Hintergrund. Dafür sorgen unser hoch entwickeltes Gesundheits- und Versicherungssystem. Wird das so bleiben? Schließlich ist das, was unser Gesundheitssystem bietet, in weiten Teilen der Welt nicht ansatzweise Realität – das gilt mitunter auch für sonst fortschrittliche Nationen.

Erinnern wir uns an eine der ersten Amtshandlungen von Donald Trump nach seiner Vereidigung als Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika: Er unterschrieb ein Dekret, das den „Affordable Care Act“ teilweise außer Kraft setzt. Diese von seinem Vorgänger gesetzte und daher als „Obamacare“ bekannt gewordene Initiative ermöglichte es Menschen, auch mit Vorerkrankungen, eine Krankenversicherung abzuschließen. Außerdem konnten junge Menschen unter 26 Jahren mit den Eltern mitversichert sein. Trump hat noch am Tag seiner Amtseinführung mit einem Federstrich allen staatlichen Stellen die Erlaubnis gegeben, dieses Programm



Wir müssen in der Gesundheitsversorgung über die veränderten Rahmenbedingungen reden!

URSULA LACKNER

nicht anzuwenden oder in der Umsetzung zu blockieren. Er bezeichnete dies als erste, vorübergehende Lösung, bis „Obamacare“ ganz abgeschafft werde.

Ich bin sicher, dass hierzulande niemand glaubt, dass derartiges auch bei uns passiert, wenn wir das System unserer Gesundheitsversorgung reformieren. Dennoch trägt es ein Scherflein zur weiteren Verunsicherung bei. Denn dieser – von den Medien umfangreich transportierte und breit kommentierte – Vorgang macht auch hierzulande die Frage brennender: Wenn sich am Gesundheitssystem, an der Struktur der Krankenhäuser, an den Angeboten im niedergelassenen Bereich etwas ändert: Was kommt da auf uns zu?

Umso wichtiger ist es, den Steirerinnen und Steirern zu verdeutlichen, welche Ziele mit der Reform der Gesundheitsversorgung verfolgt werden, welche Notwendigkeiten dahinterstecken – dass es darum geht, unser hervorragendes Gesundheitssystem vor dem Hintergrund der steten Veränderung von Gesellschaft und Medizin weiterzuentwickeln.

Aber das ist nur einer der notwendigen Schritte. Noch viel bedeutender wird es sein, dass die Menschen erleben können, dass sie gesundheitlich gut versorgt sind. Nicht, indem in ihnen lediglich das Gefühl erzeugt wird, sondern indem Maßnahmen gesetzt werden, die es ermöglichen, dass dieses Gefühl in ihnen entsteht, dass es in ihrem Inneren wächst, genährt von eigenen Erfahrungen, die zu Überzeugungen werden – und schließlich zu Sicherheit.

Das ist eine große Herausforderung, denn betroffen von den Veränderungen sind ganz viele

Menschen, die nicht über Expertenwissen verfügen. Menschen, die mit reißerischen Meldungen und Zahlen konfrontiert sind, die zu bewerten sie selbst nicht in der Lage sind, weil ihnen das Fachwissen fehlt. Menschen, die sich auf die Interpretation anderer verlassen müssen. Anderer, deren wahre Intentionen für sie kaum erkennbar sind.

Die Aufgabe der Politik ist es also, im Vorfeld die richtigen Fragen zu stellen – und danach die richtigen Antworten darauf zu finden.

Was brauchen die Steirerinnen und Steirer, um Gewissheit zu haben? Welche Ängste haben sie? Welche Informationen benötigen Sie? Und welche erhalten sie? Wie nachvollziehbar sind diese Informationen für all jene, die eigentlich nur eines wollen: gut versorgt zu sein und das auch in der Realität zu spüren, wahrzunehmen, zu erkennen.

Welche Erfahrungen machen Familien, Mütter und Väter, wenn sie mit ihrem kranken Kind zur Ärztin bzw. zum Arzt müssen? Oder wenn sie selbst krank sind und, schon am Ende ihrer Kräfte, ein voll besetztes Wartezimmer betreten oder eine Ambulanz, wissend, dass sie warten müssen, und wissend, dass sie ihr Kind in zwei Stunden vom Kindergarten abholen müssen?

Welche Belastungen erlebt ein krebskranker Mensch, wenn er durch die halbe Steiermark geführt wird, zu drei verschiedenen Untersuchungen an drei verschiedenen Orten? Wie schaffen es ältere, chronisch kranke Menschen, die sich durch die letzten Jahre ihres Arbeitslebens kämpfen? Wie können sie die bestmögliche Behandlung bekommen? Wie steht es diesbezüglich um in ihrer körperlichen und



geistigen Mobilität eingeschränkte Seniorinnen und Senioren?

Welche Erwartungen haben all diese Menschen? Und welche Anhaltspunkte – im wahrsten Sinne des Wortes – können wir ihnen geben? Was brauchen sie, um sich gut versorgt zu fühlen?

Sie müssen wahrnehmen, dass wir die Struktur des Gesundheitssystems an die Menschen anpassen, nicht umgekehrt. Dabei tun sich Herausforderungen auf, denen begegnet werden muss. Wie viele Ärztinnen und Ärzte gibt es noch in den Regionen, in der Nähe der Menschen? Wie sieht es mit ihrer Bereitschaft aus, rund um die Uhr erreichbar und einsatzbereit zu sein, sich mitten in der Nacht ins Auto zu setzen und durch Eis und Schnee zu einem Kind zu fahren, das mit hohem Fieber im Bett liegt, betreut von angst erfüllten Eltern, die nicht mehr ein noch aus wissen?

Wir müssen in der Gesundheitsversorgung über die veränderten Rahmenbedingungen reden – zum Beispiel:

- über die demografische Entwicklung: Die Steirerinnen und Steirer werden immer älter. Das ist ein Erfolg unseres Gesundheitssys-

tems und der Medizin, ändert aber zugleich wieder die Anforderungen an das Pflegesystem!

- über die Binnenwanderung der steirischen Bevölkerung: Die Menschen drängen in Stadtregionen, die Abwanderung führt in den Regionen zu veränderten Quantitäten in der Nutzung der Versorgungseinrichtungen. Dies wiederum bedingt kleinere Fallzahlen, was sich auf die Qualitätssicherung in den einzelnen Behandlungsfeldern auswirkt, denn auch Ärztinnen und Ärzte müssen unternehmerisch denken.
- darüber, dass es immer schwieriger wird, Ärztinnen und Ärzte zu finden, die den demografischen und topografischen Herausforderungen trotzen und in den Tälern oder auf den Hügeln und Bergen der Steiermark ihre Praxis eröffnen wollen.
- über Ärztinnen und Ärzte, die in peripheren Krankenhäusern Dienst tun, dabei genügend lernen und eine Behandlung oft genug durchführen, um auf Grund ihrer ausreichenden Erfahrung den Erfolg sicherstellen können.
- über die zunehmende Mobilität der Patientinnen und Patienten – weil die Verkehrswege in den Regionen ausgebaut sind und der Notarztwagen nicht mehr so lange zum Einsatzort benötigt wie noch vor 20 Jahren. Selbst der Notarzt Hubschrauber kann heute mit der entsprechenden technischen Ausrüstung schon nachts Notfall-Einsätze fliegen.
- über den medizinischen Fortschritt, der kürzere Spitalsaufenthalte und zunehmend sogar ambulante bzw. tagesklinische Behandlungen ermöglicht. Dies bedingt auch die Notwendigkeit eines Zusammenspiels von sozialen, pflegerischen und medizinischen Faktoren, wie es einst beispielsweise die „Dorfkrankenschwester“ gewährleistet hat.

Vor diesem Hintergrund wurde ein Entwicklungsprozess gestartet, der all diese Fragen mit einbezieht, um auf diese Herausforderungen Antworten und zeitgemäße Angebote zu finden, die den Steirerinnen und Steirern Sicherheit geben, indem sie in der ersten Phase das regionale Angebot verbessern durch:

- eine wohnortnahe Erst- und Notfallversorgung rund um die Uhr,

- gut erreichbare bzw. auch ins Haus kommende praktische und fachärztliche Versorgung bei grundsätzlichen medizinischen Problemen bis hin zu pflegerischen Fragen
- sowie Spitzenmedizin in bestens ausgestatteten Spitälern als Kompetenzzentren.

Und zwar in dieser Reihenfolge, weil sie schlüssig ist.

Wie das funktioniert, zeigt die Steiermark in den Pilotregionen Mariazell mit einer neuen Primärversorgungseinheit und Eisenerz mit dem Ausbau einer bestehenden Gruppenpraxis. Dort werden verschiedene Angebote getestet, wie zum Beispiel der „Telefonarzt“ für die Nacht, der im Falle des Falles den „Visitenarzt“ entsendet. Doch schon jetzt, am Beginn dieser Pilotphase, sei eines vorausgeschickt: Was in der einen

Region funktioniert, muss nicht unbedingt auch für die anderen Regionen passen. Denn es gibt auf Grund vieler verschiedener Faktoren – wie Bevölkerungsstruktur, Topografie usw. – völlig unterschiedliche Anforderungen, denen das Versorgungssystem gerecht werden muss.

Woran wird die steirische Politik gemessen? Und künftig gemessen werden?

Einerseits daran, dass sie all das erreicht. Andererseits aber auch daran, dass sie den Steirerinnen und Steirern Glaubwürdigkeit vermittelt, indem ihnen die Pläne nicht nur präsentiert werden, sondern sie die Bürgerinnen und Bürger die Vorteile der neuen Strukturen auch wahrnehmen lassen. So, dass sich bei ihnen die Gewissheit entwickelt: „Ich bin gut versorgt!“



© Med Uni Graz

Wie sichern wir am besten die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems?

HANS JÖRG SCHELLING

Gesundheit ist unser allerhöchstes Gut. Dank ausgezeichneter medizinischer Versorgung gehört das österreichische Gesundheitssystem grundsätzlich zu einem der besten der Welt. Ziel ist, den erfreulich hohen Standard der Gesundheitsversorgung auch in Zukunft für die Bürger und Bürgerinnen unseres Landes sicherzustellen, denn das Wohl der Österreicherinnen und Österreicher steht an oberster Stelle. In der Vergangenheit sind auf Grund der Zersplitterung der Kompetenzen und der Organisationsstrukturen sowie der unterschiedlichen Finanzierungsströme von Bund, Ländern und Sozialversicherung bedauerlicherweise Effizienzverluste entstanden. Das hat unter anderem zu einem wachsenden Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben gemessen an der Wirtschaftsentwicklung geführt. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben würden ohne Reformmaßnahmen jährlich wesentlich stärker wachsen als das nominelle BIP von derzeit 3,2 %. Dadurch

wäre die langfristige Finanzierbarkeit der österreichischen Gesundheitsversorgung gefährdet. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2013 zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung übereingekommen, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem unter dem Titel „Gesundheitsreform“ einzurichten. Als gleichberechtigte Partner planen und steuern sie Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung, damit die Gesundheitsversorgung nicht nur für alle gleich zugänglich, sondern auch langfristig finanzierbar bleibt. Das war und ist ein wichtiger Meilenstein in Richtung einer Einheit von Bund, Ländern und Sozialversicherung sowie einer damit einhergehenden Bündelung von Verantwortung. Für mich ist klar: Die vielen Zweigleisigkeiten müssen zum Wohle eines vorhersehbaren, berechenbaren und steuerbaren Gesundheitswesens beseitigt werden. Im Rahmen der Verhandlungen zum Finanzausgleich 2017-2021 haben die drei Partner eine



50 % der weltweiten Sozialausgaben werden in Europa getätigt. Tendenz weiter steigend!

HANS JÖRG SCHELLING

Verlängerung der Gesundheitsreform beschlossen. Durch die gesetzten Schritte sollen die öffentlichen Gesundheitsausgaben in den kommenden Jahren um jeweils 0,1 Prozentpunkte weniger steigen, d.h. im Jahr 2017 steigen die öffentlichen Gesundheitsausgaben noch um 3,6 %, im Jahr 2021 dann nur mehr um 3,2 %. Die Leistungen für die Versicherten werden Schritt für Schritt qualitativ verbessert und unser Gesundheitssystem auch für die Zukunft auf starke Beine gestellt. Für den Ausbau der Primärversorgung bzw. die Schaffung von multiprofessionellen Primärversorgungszentren werden in den nächsten Jahren 200 Millionen Euro für die Bedeckung dieser Ausgaben zweckgewidmet. Im globalen Kontext sind für mich jedoch drei Zahlen von wesentlicher Bedeutung – drei Zahlen die uns vor Augen führen, in welche Richtung wir uns entwickeln und welche Konsequenzen wir daraus zu ziehen haben: 7, 25 und 50.

7 % der Weltbevölkerung lebt in Europa. Während die Bevölkerung in anderen Regionen der Welt zunimmt, geht der Anteil auf unserem Kontinent zurück.

25 % der Weltwirtschaftsleistung wird in Europa erbracht. Unser Kontinent legt nicht weiter zu, während immer mehr Länder aus anderen Erdteilen aufholen und in unsere Märkte drängen.

50 % der weltweiten Sozialausgaben werden in Europa getätigt. Tendenz weiter steigend!

Bevölkerungsentwicklung und Wirtschaftsleistung verlieren im globalen Vergleich an Boden, aber parallel steigen Kosten und Ausgaben im Sozialbereich. Es ist daher nicht nur eine Selbstverständlichkeit, sondern die Pflicht, dass die Politik ständig an der Modernisierung des Sozial- und

Gesundheitssystems arbeitet. Dabei darf weder mit den Ängsten der Bevölkerung gespielt, noch ein unfinanzierbares System angepriesen werden. Das Thema Gesundheit erfordert in all ihren Facetten – vom Hausarzt im Dorf bis zur Spitzenforschung von Weltrang – einen bedachten und sensiblen Umgang. Denn das Ziel muss sein, dass unsere Standards erhalten bleiben und unsere Kinder eine noch bessere aber auch effizientere Versorgung bekommen als wir.

Mein Motto lautet daher: Nicht weniger investieren, sondern genau dort einsetzen, wo die Menschen wohnortnahe medizinische Versorgung brauchen – jeder Euro zum Wohle des Patienten. Auch wenn wir nicht unmittelbar von der Steiermark aus die Bevölkerungsentwicklung Europas und die Wirtschaftsleistung unseres Kontinents alleine verändern können, verfügen wir dennoch über Möglichkeiten, unser System nachhaltig zu sichern. Genau das können wir als Verantwortungsträger in unseren Strukturen – in den Gemeinden, Bezirken und Ländern – bewirken. Das Zauberwort dafür lautet „Strukturreformen“. Zugegebenermaßen ein mittlerweile zum Unwort mutiertes und schon sehr mit Unglaubwürdigkeit behaftetes Wort in unserem Land. Dennoch sehe ich gerade das Gesundheitssystem unseres Landes als ein Paradebeispiel dafür, wie man Gutes und Etabliertes erhalten kann, jedoch Ineffizientes und Doppelgleisiges beseitigen könnte. Ich spreche hier bewusst im Konjunktiv, weil wir erst mit den ersten Schritten zur Sicherung unseres Gesundheitssystems begonnen haben. Der erste Schritt war wichtig. Die Richtung stimmt. Nur dürfen wir nicht auf halbem Weg den Mut verlieren.

Gesundheitspolitik für das 21. Jahrhundert

SABINE OBERHAUSER

Unser Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt. Im internationalen Vergleich wird immer wieder der umfassende Zugang zu medizinischer Versorgung in Österreich hervorgehoben und auch Umfragen zeigen, dass die Österreicherinnen und Österreicher im Großen und Ganzen sehr zufrieden mit ihrer Gesundheitsversorgung sind. Es ist aber auch klar und offensichtlich: unser Gesundheitssystem ist im Wandel.

Veränderte Anforderungen

Gesellschaftliche und demografische Veränderungen beeinflussen alle Lebensbereiche und besonders auch das Gesundheitssystem. Wir werden immer älter und wollen natürlich auch länger gesund bleiben. Unsere Bedürfnisse ändern sich – jene der Patientinnen und Patienten, aber auch die Bedürfnisse derjenigen, die in einem Gesundheitsberuf tätig sind. Die Medizin entwickelt sich weiter, mit immer mehr Möglichkeiten und Spezialisierungen. Das schafft neue Möglichkeiten – aber auch neue Herausforderungen.

Es ist die Aufgabe einer verantwortungsvollen Gesundheitspolitik, unser Gesundheitssystem rechtzeitig auf die Veränderungen und Herausforderungen bestmöglich vorzubereiten und die erforderlichen Weichenstellungen vorzunehmen.

Wir müssen uns damit auseinandersetzen, wie die medizinische Versorgung organisiert sein soll. Für die Gesundheitsversorgung der Zukunft brauchen wir gut ausgebaute ambulante Strukturen, die ein umfassendes Angebot an medizinischer und therapeutischer Versorgung anbieten. Das erfordert einen Mix an Möglichkeiten, wie die Versorgung organisiert sein kann – von der Einzelordination über Netzwerke von Einzelordinationen bis hin zu Zentren, die eine umfassende und multiprofessionelle Versorgung an einem Standort bieten. Auch der Spitalbereich ist mit Veränderungen konfrontiert – die Bandbreite der Anforderungen reicht von der wohnortnahen Versorgung, der raschen Hilfe bei Akut- und Notfällen bis zur hochspezialisierten Spitzenmedizin.



In Zukunft soll die medizinische Versorgung stärker als heute auf die Zusammenarbeit im Team aufgebaut sein.

SABINE OBERHAUSER

Die Primärversorgung stärken

Bis zum Jahr 2025 werden rund 60 % der AllgemeinmedizinerInnen das Pensionsalter erreicht haben. Wenn es soweit ist, soll es keine Lücken in der Gesundheitsversorgung geben. Denn die hausärztliche Versorgung muss nahe bei den Menschen bleiben – für eine umfassende medizinische Versorgung nahe am Wohnort. Vieles wird sich ändern müssen, damit der Beruf des Hausarztes/der Hausärztin attraktiv bleibt. Denn die neue Generation von Ärztinnen und Ärzten stellt neue Anforderungen an den Beruf – möchte mehr Möglichkeiten, sich zu spezialisieren, mehr Zusammenarbeit und fachlichen Austausch im Team und auch eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Deshalb müssen wir handeln und die entsprechenden Voraussetzungen schaffen.

Unser Ansatz liegt in der Stärkung der Primärversorgung. Primärversorgung meint *„die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“* Diese Definition (aus dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) ist ein Versuch, ein komplexes und vielschichtiges Thema auf den Punkt zu bringen. Denn was in der Theorie etwas sperrig klingt, ist in der Praxis von zentraler Bedeutung für unser Gesundheitssystem. Eine wohnortnahe und umfassende Primärversorgung ist das Fundament unseres Gesundheitssystems. Neben einer „Lotsenfunk-

tion“ für die Patientinnen und Patienten ist damit auch ein Wandel von der Krankheits- hin zur Gesundheitsorientierung umfasst – ein Paradigmenwechsel, auch in unserem Gesundheitssystem. Ziel ist, die Gesundheit besser zu fördern, Krankheit zu vermeiden sowie auch eine verbesserte, qualitativ hochwertige und effiziente Krankenbehandlung sicherzustellen. Dabei müssen wir von den bestehenden Stärken unseres Gesundheitssystems ausgehen und das System so weiterentwickeln, dass die Bedürfnisse und Erwartungen sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe erfüllt werden können.

Damit verbunden sind auch längere und flexiblere Öffnungszeiten, kürzere Wartezeiten, mehr Zeit der Ärztinnen und Ärzte für die Patientinnen und Patienten, familienfreundliche Arbeitszeiten und moderne Arbeitsbedingungen. Einerseits bedeutet das einen besseren Service für Patientinnen und Patienten, andererseits stärken wir die Gesundheitsberufe und die multiprofessionelle Zusammenarbeit. Schließlich wird die Primärversorgung auch zu einer Stärkung der Kommunen führen. Die Planung der Gesundheitsversorgung in den Regionen wird transparenter und die Bedürfnisse der Menschen in den jeweiligen Regionen finden mehr Berücksichtigung. Die verschiedenen Angebote im Gesundheitsbereich werden besser miteinander vernetzt und abgestimmt, längerfristig steigt die Lebensqualität in den Regionen. Und ganz besonders wichtig: Die hausärztliche Versorgung in den Gemeinden wird abgesichert, der Beruf Landarzt/Landärztin für junge MedizinerInnen wieder attraktiv gemacht.

Schließlich wollen wir mit einer – auch organisatorisch – gestärkten Primärversorgung den Grundstein dafür legen, die Spitalsambulanzen – vor allem in den Städten – zu entlasten. Diese sind vor allem an Tagesrandzeiten und an Wochenenden überfüllt, obwohl die benötigten Leistungen zu einem nicht unerheblichen Teil im niedergelassenen Bereich erbracht werden könnten.

Multiprofessionelles und interdisziplinäres Arbeiten

In Zukunft soll die medizinische Versorgung in verstärktem Ausmaß multiprofessionell und interdisziplinär organisiert und stärker als heute auf die Zusammenarbeit im Team aufgebaut sein. Kooperative Teamarbeit entlastet die einzelnen Teammitglieder. Sie erlaubt eine Konzentration auf die medizinische, therapeutische und pflegerische Tätigkeit, berücksichtigt dadurch die individuellen Bedürfnisse und wirkt sich positiv auf Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit aus (Work-Life-Balance).

Gerade für die Weiterentwicklung und Stärkung der Primärversorgung ist dieses Paradigma der multiprofessionellen Zusammenarbeit von zentraler Bedeutung. In Zukunft sollen Hausärztinnen und Hausärzte die Versorgung der Patientinnen und Patienten gemeinsam mit einem multiprofessionellen Team – z.B. Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Diätologinnen und Diätologen sowie Pflegerinnen und Pflegern – übernehmen. Das muss nicht unbedingt an einem einzelnen Standort sein – vor allem am Land werden es Netzwerke von Einzelordinationen sein, die die wohnortnahe Primärversorgung sicherstellen. Ich bin davon überzeugt, dass der Weg der strukturierten und verbindlichen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe langfristig zu den notwendigen Veränderungen für eine optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten führen wird.

Innovative Technologien nutzen

Für das Gesundheitssystem der Zukunft ist es wichtig, dass wir technologische und medizinische Innovationen gut nutzen und dafür sor-

gen, dass diese bei den Menschen ankommen. Hier gibt es unzählige Möglichkeiten, wie Patientinnen und Patienten durch die Nutzung moderner Kommunikations- und Informationstechnologien unterstützt und begleitet werden können.

„eHealth“, insbesondere ELGA – die elektronische Gesundheitsakte – wird laufend ausgebaut und bringt eine markante Verbesserung der Kommunikation in und zwischen den Einrichtungen des österreichischen Gesundheitswesens. Denn in einem modernen Gesundheitssystem läuft der Befund und nicht der Patient oder die Patientin. Die Vorteile liegen auf der Hand: Entlassungsbriefe, Röntgenbefunde oder Verschreibungen müssen nicht mehr von den Patientinnen und Patienten aufbewahrt und zu Untersuchungsterminen mitgebracht werden. Patientinnen und Patienten können über das ELGA-Portal jederzeit in ihre Daten Einsicht nehmen. Die Datensicherheit ist mir in diesem Zusammenhang ein besonderes Anliegen, denn sensible Gesundheitsdaten gehören nur den Patientinnen und Patienten persönlich.

Mit ELGA steigt die Behandlungsqualität, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sehen auf einen Blick die notwendigen Befunde und auch, welche Medikamente eingenommen werden. Dadurch sinkt die Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen oder Wechselwirkungen von miteinander unverträglichen Medikamenten. Gleichzeitig bleibt mehr Zeit für das persönliche Gespräch zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn.

Ich bin überzeugt, dass ELGA mit der Anwendung „eMedikation“ einen ganz wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der PatientInnen-sicherheit leisten wird.

Gesundheitsorientierung und „Health in all Policies“

Die demografische Entwicklung und die Zunahme chronischer Erkrankungen werden uns in den kommenden Jahrzehnten vor einige weitere große Herausforderungen stellen. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, setzt mein Ressort auf den Ausbau von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung. Bei der Prävention darf es nicht nur um Verhaltensprä-

vention gehen, sondern vor allem auch um Verhältnisprävention, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle zu garantieren. Das betrifft eine gesunde Ernährung, die für alle leistbar sein muss, ein gesundes Wohnumfeld, Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und eine Schule, die gesunde Ernährungs- und Bewegungsangebote in den Alltag integriert. Wir müssen allen Kindern die Chance geben, gesunde Erwachsene zu werden. Die im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen verankerten und entwickelten Österreichischen Gesundheitsziele, die Gesundheitsförderungsstrategie, die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, der Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e) oder der Aktionsplan Frauengesundheit dienen im Sinne von „Health in all Policies“ als Basis für die Stärkung der Gesundheit und des Wohlbefindens in der Bevölkerung. Um langfristig erfolgreich sein zu können, benötigen wir den Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Sektoren, wie z.B.

mit dem Bildungs-, dem Umwelt- und dem Sozialressort. Nur gemeinsam und abgestimmt können wir die Gesundheit und das Wohlbefinden in unserer Bevölkerung nachhaltig und maßgeblich stärken.

Bei allen Veränderungen, die die Zukunft bringen wird, ist es mir ein ganz besonderes Anliegen, dass wir das Wesen und das Ziel unseres Gesundheitssystems beibehalten und unser gesundheitspolitisches Handeln danach ausrichten: die Sicherstellung der bestmöglichen medizinischen Versorgung aller Menschen in Österreich, ungeachtet ihrer Herkunft, ihrer finanziellen Situation, ihres Alters, ihres Wohnorts etc. Alle unsere gesundheitspolitischen Reformmaßnahmen müssen sich auch weiterhin an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren und daran, dieses solidarisch ausgerichtete System zu erhalten und es im Interesse der heutigen und zukünftigen Generationen weiterzuentwickeln.



ENDLICH: Die Steiermark im Aufbruch

CLEMENS MARTIN AUER

Das Gesundheitssystem ist im Umbruch: Im Jahr 2025 werden 60 % aller derzeit bei der Sozialversicherung unter Vertrag stehenden Allgemeinmediziner das 65. Lebensjahr erreicht haben. In den Spitälern herrscht eine Stimmung der Frustration, ein betrieblicher Kulturwandel ist dringend erforderlich. Der pharmazeutische Sektor steht vor enormen Herausforderungen hinsichtlich Markt- und Politikgeschehen. Und die strategische Steuerungskraft in Österreich ist verfangen im Dschungel der unterschiedlichsten Kompetenzen.

Die steirische Gesundheitspolitik ist aber im Aufbruch. Die Landespolitik hat die Initiative ergriffen und die Stagnation im Reformprozess überwunden. Leadership ist gefragt, weil sonst jede gute Reformidee, und deren gibt es genug und keine einzig neue muss zusätzlich erfunden werden, in den großen Gremien der organisierten Verantwortungslosigkeit erstickt wird. Das ist unser Problem: umso größer die Gremien (in der Selbstverwaltung), umso weniger Reformgeist und Reformkraft.

Der Hut brennt aber: Im Jahr 2025 werden zum Beispiel im österreichischen Schnitt 60 % der derzeit unter Vertrag stehenden Allgemeinmedi-

ziner das 65. Lebensjahr erreicht haben! Braucht es mehr an Weckruf zum Aufwachen? Wer jetzt nicht nachhaltig mit einer Strukturänderung eingreift, versündigt sich an der Versorgung der Bevölkerung. Die Selbstverwaltungskörper in den Standesvertretungen und den Sozialversicherungen sind aber immer noch im Schlummer verfangen. Das derzeitige Regime des Gesamtvertrags mit all seinen Fassetten bis hinein in ein Bezahlungssystem aus vergangenen Jahrzehnten ist – und das meine ich so!! – völlig ungeeignet, diese Herausforderung zu bewältigen. Besserung im Status quo ist nicht in Sicht. Zu viele Chancen wurden vertan!

Daher ist es erfrischend, wenn der Landesrat den Reformprozess auf eine politische Ebene hebt. Nachhaltige Strukturänderungen etwa im Bereich der Spitäler oder der Primärversorgung brauchen diese politische Leadership. Die Expertisen liegen alle auf dem Tisch. Die Instrumente sind alle vorhanden. Umsetzen heißt Überwindung von Widerständen. Und das braucht Kraft, die in Großgremien allein nicht entsteht. Freilich braucht es die Einbindung der Akteure, aber die Leadership liegt bei der Politik.



**Das sind die beiden Pole
auch der steirischen
Strukturreform:
neue Versorgungsformen
in der Primärversorgung
und Konzentration
der Spitalsstandorte.**

CLEMENS MARTIN AUER

Wir werden in naher Zukunft nie mehr so viele Ärzte im System haben wie jetzt. Allein das verlangt nach neuen integrativen und multiprofessionellen Versorgungsformen, einer exakten Betreuung der Patienten am jeweils besten „Point of Service“. Die gewohnte Versorgung in unzähligen Einzelordinationen, wenig bis gar nicht miteinander vernetzt, in kleinstrukturierten Spitälern wird nicht eins zu eins aufrecht bleiben können. Das Pflegen der Schrebergärten der Eigeninteressen, das Verstecken hinter den Paravents der Intransparenz, wird immer weniger gelingen.

Das sind die beiden Pole auch der steirischen Strukturreform: neue Versorgungsformen in der Primärversorgung und Konzentration der Spitalsstandorte. Genaue Standort- und Versorgungsplanung ist gefragt. Eine rechtliche Ver-

bindlichkeit für die Umsetzung dieser Planungen ist mit den neuen Instrumenten aus der Zielsteuerung Gesundheit gewährleistet. Der Rechtsrahmen für die verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit in der Primärversorgung in Form von dezentralen Netzwerken oder Versorgungszentren wird hoffentlich nicht am Widerstand der organisierten Ärzteschaft politisch scheitern und könnte in naher Zukunft auch noch realisiert werden.

Dann gibt es keine Ausreden mehr für ein Nichtvorankommen in der Reform. Mit dem Eifer von Gründerservicestellen, mit dem Willen, auch die Kultur der Zusammenarbeit zu verändern, kann dieser Quantensprung nach vorne gelingen.

Scheitern kann das nur mehr in den Großgremien der organisierten Verantwortungslosigkeit. Und dieser Widerstand ist politisch zu brechen.



© Med Uni Graz

Ist unser Gesundheitssystem reformierbar?

ULRIKE RABMER-KOLLER

Ist unser Gesundheitssystem reformierbar? Diese Frage stellen sich seit Jahrzehnten viele Gesundheitspolitiker, Gesundheitsökonom und Versicherte/Patienten. Für Außenstehende ist die Diskrepanz zwischen der Faktenlage und der gefühlten Situation schwer erklärbar. Einerseits seit Jahrzehnten kontinuierlich steigende Gesundheitsausgaben mit einem Rekordhoch von jährlich über 36 Mrd. Euro und einer Steigerungsperspektive um weitere 4,6 Mrd. Euro bis zum Jahr 2021. Auf der anderen Seite überfüllte Spitalsambulanzen, Wartezeiten auf MRT-Untersuchungen und fehlende Innovationen im e-Health-Bereich. Faktisch haben wir ein sehr gutes, aber teures System, subjektiv wächst dennoch die Sorge, dass die medizinische Versorgung sich verschlechtert und vieles künftig nicht mehr leistbar sein könnte. Es fließt also immer mehr Geld in den Gesundheitsbereich, diese großen Investitionen kommen aber teilweise nicht oder zu wenig spürbar bei den Menschen an. Warum? Weil es verschiedenste Zahlungsströme und ein hochkomplexes Geflecht an Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zwischen Sozialversicherungsträgern, Bundesländern und dem Bund gibt. An vielen

Schnittstellen dieses Netzwerks gibt es Doppelgleisigkeiten und Fehlallokationen, die mitfinanziert werden müssen.

Versuche, in Richtung „gemeinsamer Planung“ oder „Finanzierung aus einer Hand“ zu kommen, waren bisher von eher überschaubarem Erfolg. Egal was man angreift, es gibt immer gewichtige Player, die dagegen sind – und damit das gesamte System seit langer Zeit versteinern. Dabei wäre es so wichtig, Ineffizienzen abzustellen, um die dadurch frei werdenden Mittel für Innovation und neue Leistungen einsetzen zu können. Dies auch vor dem Hintergrund, dass das Beitragsaufkommen der Versicherten kontinuierlich steigt und wir den Beitragszahlern zeigen müssen, dass mit ihrem Geld sorgsam umgegangen wird. Ein Beitragswachstum um 50 % in den vergangenen 10 Jahren ist ein Auftrag – diese Budgetmittel müssen für die Versicherten positiv spürbar gemacht werden, indem sie zielgerichtet in Innovation, Effizienzsteigerung und Prävention investiert werden, anstatt in die Kompensation fehlender Reformen.

Man sollte aber bei aller Kritik an den reformresistenten Strukturen nicht vergessen, dass trotzdem vieles positiv in Bewegung ist – von



Es braucht jetzt ein zukunftsträchtiges Gesamtkonzept und den Mut der Politik dieses auch umzusetzen!

ULRIKE RABMER-KOLLER

den hervorragenden Leistungen unserer Ärzteschaft, die mit immer neuen Behandlungstechniken die medizinische Versorgung revolutionieren, über die Gratis-Zahnspange bis hin zur Kinder-Rehabilitation als neue, wichtige Leistungen. Gleichzeitig stocken aber große Reformvorhaben wie die Primärversorgung, die e-Medikation oder eine Präventionsinitiative, weil Partikularinteressen im Vordergrund stehen.

Ich bin überzeugt, dass niemand mehr etwas von „Schulterschluss“ oder „gemeinsamer Verantwortung“ hören will – diese Begriffe wurden in der Vergangenheit zu oft beansprucht und zu selten von konkreten, tiefgreifenden Veränderungen begleitet. Wie man trotzdem in eine nachhaltige Reformdynamik kommt? Indem wir genau diese Schlagworte endlich mit Leben erfüllen und die Versicherten, die Patienten in den Mittelpunkt stellen. Alle anstehenden Entscheidungen sollten auf Basis von deren Bedürfnissen getroffen werden. Das ist notwendig, um der Vielzahl an entgegengesetzten Positionen und Interessen in der Gesundheitspolitik die wichtigste Stimme entgegenzuhalten – jene der Menschen, die das System tragen und sich darauf verlassen wollen. Wenn wir im Sinne der Patienten eine verbesserte Versorgung im niedergelassen Bereich mit längeren Öffnungszeiten brauchen, dann müssen wir diese entsprechend umsetzen. Wenn es neue, wirkungsvolle Medikamente gibt, dann müssen wir sie verfügbar machen. Wenn digitale Services mehr Komfort und Behandlungssicherheit bringen, dann müssen wir sie flächendeckend anbieten.

Umgekehrt gehören zu dieser Involvierung aber auch mehr Gesundheitskompetenz und das

Bekenntnis der Versicherten zu mehr Eigenverantwortung. Sich der eigenen Gesundheit bewusst zu sein und auch entsprechend zu handeln ist ein wesentlicher Faktor für ein gesundes Leben.

Unser Gesundheitssystem ist reformierbar – das zeigen uns viele großartige Einzelinitiativen. Es braucht aber jetzt ein zukunftsträchtiges Gesamtkonzept und den Mut der Politik dieses auch umzusetzen! Unsere Versicherten leben und arbeiten im 21. Jahrhundert. Es wird höchste Zeit, dass auch ihr Gesundheitssystem dort ankommt.



Entwicklungen in der Medizin

Betrachtung der Grazer Universitätsmedizin von 1863 bis heute

HELLMUT SAMONIGG

Mit der Gründung der Medizinischen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz im Jänner 1863 legte Kaiser Franz Josef I den Grundstein für die innovative und sich stetig dynamisch weiterentwickelnde Grazer Universitätsmedizin, welche sich seit dem Jahr 2004 sehr erfolgreich in der autonomen Medizinischen Universität Graz manifestiert hat. Seit jeher ist die heutige Medizinische Universität Graz untrennbar mit dem medizinischen Fortschritt verwoben, zeugen doch jährlich weit mehr als 1.000 hochrangige wissenschaftliche Publikationen von der großen Innovationskraft und dem ausgeprägten ForscherInnengeist der Grazer WissenschaftlerInnen. Diese Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung bzw. der angewandten Forschung bilden die essentielle Grundlage für Diagnose und Therapiemöglichkeiten und führen somit zur stetigen Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung.

Universität und Klinik: eine Partnerschaft mit Erfolgsgarantie

Blickt man nun in der Zeit zurück, hat es zwischen der Gründung der Medizinischen Fakultät

Graz und den bahnbrechenden medizinischen Entwicklungen der Gegenwart eine Vielzahl von wichtigen Meilensteinen in der Grazer Universitätsmedizin gegeben:

Nach der Fakultätsgründung am 13. Jänner 1863 mit zu Beginn elf Lehrkanzeln und durchschnittlich 200 HörerInnen pro Jahr entwickelte sich die Medizinische Fakultät Graz dynamisch weiter. So erfolgte beispielsweise im Jahre 1873 die Ernennung des ersten Dozenten für Kinderheilkunde und einige Jahre darauf die Berufung der ersten Professur in diesem Fach. Auch in den theoretischen Fächern fand parallel zur Entwicklung der klinischen Disziplinen ein sich perfekt ergänzender Auf- und Ausbau statt. Seit der Fakultätsgründung bildet das Grazer Landeskrankenhaus als Universitätsklinikum den idealen Rahmen für die Ausbildung zukünftiger MedizinerInnen und fungiert als Ort spitzenmedizinischer PatientInnenbetreuung im Raum Südösterreich. Kurz vor der Wende zum 20. Jahrhundert fasste der Steirische Landtag den bedeutenden Beschluss, die Gräflich Schönbornschen Gründe in St. Leonhard und Stifting zu erwerben, um an diesem Platz den Neubau des Landeskrankenhauses zu realisieren, welches schließlich im Jahre 1912 am heutigen Standort als eines der modernsten



Am Standort Graz existieren durch das Zusammenspiel von Universität und Klinik hervorragende Voraussetzungen für die fortschreitende Entwicklung der Medizin.

HELLMUT SAMONIGG

Krankenhäuser Europas im Pavillonsystem eröffnet wurde. Bis zum heutigen Tag ist die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. bzw. dem LKH-Universitätsklinikum Graz beispielgebend in ganz Österreich.

Studium und Lehre: ärztlicher Nachwuchs am Puls der Zeit

Um das Jahr 1900 wurden erstmals Frauen zum Studium an der Medizinischen Fakultät Graz zugelassen. Maria Schuhmeister und Octavia Aigner Rollett zählten damals zu den ersten Studentinnen. Als erste Absolventin in Österreich schloss Dr.in Maria Schuhmeister das Medizinstudium erfolgreich ab. Die Eröffnung des neuen Universitätsklinikums im Jahr 1912 lockte auch eine große Zahl ausländischer Studierender nach Graz, wodurch die HörerInnenzahl an der Medizinischen Fakultät Graz stetig anstieg. Mit Angelika Börner-Patzelt habilitierte sich im Fach „Histologie und Embryologie“ 1929 die erste Frau an der Medizinischen Fakultät Graz. Als erste Universitätsprofessorin wurde Carla Zawisch-Ossenitz unmittelbar nach Kriegsende im Jahr 1947 berufen. Professorin Zawisch-Ossenitz war wie ihre Kollegin im Fach „Histologie und Embryologie“ tätig. Eine Reihe nichtklinischer Institute entwickelte sich nach und nach und bereicherte den theoretischen Fächerkanon an der Medizinischen Fakultät Graz maßgeblich. Im Jahr 2002 wurde das neue Curriculum Humanmedizin mit großem Augenmerk auf Praktika und Kleingruppenunterricht eingeführt,

ehe am 1. Jänner 2004 die Ausbildung zukünftiger MedizinerInnen mit der Gründung der autonomen Medizinischen Universität Graz auf eine selbständige universitäre Ebene gehoben wurde. In diese Zeit fällt auch die Eröffnung des Zentrums für Medizinische Forschung mit angeschlossener Bibliothek, welche bereits mehrfach als beste nationale wissenschaftliche Bibliothek ausgezeichnet wurde. Ebenfalls im Jahr 2004 startete das Studium der Pflegewissenschaft als duale Ausbildung, um die Akademisierung in der Pflege zielgerichtet zu verfolgen. Einen weiteren Meilenstein in der Ausbildung von MedizinerInnen markiert das Jahr 2007 mit dem Start des ersten internationalen PhD-Programmes sowie der Einführung der Pflichtfamulatur in Allgemeinmedizin, als erste österreichische Medizinische Universität überhaupt. Diese Fokussierung auf die Rolle der Allgemeinmedizin wurde sehr bewusst gewählt, um einerseits die Attraktivität dieses Faches zu fördern und andererseits drohenden Versorgungsengpässen aktiv entgegenzusteuern.

Mit der Eröffnung des ersten Clinical Skills Centers in Österreich unterstrich die junge Medizinische Universität Graz im Jahr 2009 einmal mehr den zu jeder Zeit sehr praxisnahen Unterricht. Dieses Konzept wurde schließlich im Jahr 2013 mit dem Staatspreis für exzellente Lehre von höchster Stelle gewürdigt und ausgezeichnet. Der Emergency Room für Studierende – eine praxisnahe Simulation des Alltags in der Notaufnahme – stellt ein weiteres aktuelles Highlight in der Ausbildung von Studierenden dar. Zahlreiche Initiativen und Kooperationen sorgen aktuell dafür, dass die rund 4.300 Studierenden an der



• Medizin-Studentinnen in Graz 1901-1905.

Medizinischen Universität Graz bestens auf den Berufsalltag und ihre wichtige Aufgabe zum Wohle der Gesellschaft vorbereitet werden. Auch mit dem Simulationszentrum der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. am Gelände des LKH-Univ. Klinikums Graz besteht eine enge Kooperation.

Wissenschaft und Forschung: Innovationen schaffen

Wie bereits eingangs erwähnt, ist der Forscherinnengeist an der nunmehrigen Medizinischen Universität Graz seit dem Beginn der Grazer Universitätsmedizin im Jahre 1863 ungebrochen. Vor allem die theoretischen Fächer waren bereits bei der Fakultätsgründung stark vertreten, wodurch die Grundlagenforschung von Beginn an sehr prominent betrieben werden konnte. Bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts erweiterte sich die Zahl der Lehrkanzeln bzw. Extraordinariate stetig und es erfolgte bereits um 1897 eine Bündelung der theoretischen Fächer am Universitätsplatz 4, wo mit Ausnahme der Institute für Anatomie und Physiologie die nicht-klinischen Institute untergebracht wurden. Auch drei Nobelpreisträger kennzeichnen den erfolgreichen wissenschaftlichen Weg: 1923 wurde Fritz Pregl mit dem Nobelpreis für Chemie aus-

gezeichnet. Er erhielt diese hohe Auszeichnung für die Entwicklung einer Mikroanalyse organischer Substanzen, was in weiterer Folge einen großen Fortschritt in der Stoffwechsel-, Hormon- und Enzymforschung bedeutete. Ihm folgte im Jahr 1927 Julius Wagner von Jauregg als zweiter Nobelpreisträger, ausgezeichnet unter anderem für seine Entdeckung der therapeutischen Bedeutung der Malaria-Impfung. Der Pharmakologe Otto Loewi ist der dritte Nobelpreisträger in der Geschichte der Medizinischen Universität Graz. Für die Entdeckung der chemischen Übertragung der Nervenimpulse erhielt er im Jahre 1936 den Nobelpreis für Medizin, ehe er im Jahr 1938 auf Grund seiner jüdischen Herkunft gezwungen war, das Land zu verlassen und in weiterer Folge als Professor für Pharmakologie an der New York University wirkte.

Die stetige Weiterentwicklung in der Grazer Forschung führte schließlich im Jahre 1969 auch zur Einrichtung des Instituts für Medizinische Biologie und Humangenetik, was der Wissenschaft ein weiteres spannendes Feld erschloss. Das dynamische Streben nach vorne kennzeichnet die Forschung an der Medizinischen Universität Graz bis heute. So erhielt die Forschungscommunity mit der Eröffnung des Zentrums für Medizinische Forschung im Jahr 2004 die perfekte Forschungsinfrastruktur im klinischen Umfeld bereitgestellt. Bereits 2006 erfolgte die Inbetriebnahme einer hochmodernen Magnetresonanztomographie-Forschungsanlage. Neben der Eröffnung des ersten Laura Bassi Centre of Expertise im Jahr 2009 und der Etablierung des ersten Christian Doppler Labors im Jahr 2011, bedeutet die Gründung der interuniversitären Forschungsplattform „BioTechMed-Graz“ einen weiteren wichtigen Meilenstein in der Grazer Gesundheitsforschung. Gemeinsam mit der Karl-Franzens-Universität Graz und der Technischen Universität Graz bündeln die WissenschaftlerInnen der Medizinischen Universität Graz in dieser Kooperation ihre Kräfte unter dem Slogan „Forschung für Gesundheit“.

Mit mehr als 7,5 Millionen biologischen Proben stellt die Biobank Graz eine unverzichtbare Partnerin für die Forschungscommunity dar. Diese wichtige Rolle wurde 2013 mit der Inauguration des Biobanknetzwerkes BBMRI verdeutlicht.

Bereits im Jahr darauf wurde mit der Etablierung des neuen K1-Kompetenzzentrums für Biomarkerforschung CBmed ein weiterer wichtiger Schritt im Forschungsschwerpunkt „personalisierte Medizin“ gesetzt. 2015 erfolgte die Eröffnung des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, um das Fach der Allgemeinmedizin zu stärken und wichtige Forschung in diesem Bereich zu betreiben. Auch die Eröffnung des NIKON-Center of Excellence fällt in dieses Jahr, wodurch die Medizinische Universität Graz gemeinsam mit der Karl-Franzens-Universität Graz eine bedeutende und wegweisende Kooperation mit einem Weltkonzern eingegangen ist.

Partnerschaftliche PatientInnenversorgung

Bereits seit der Gründung der Medizinischen Fakultät Graz ist die Medizinische Universität Graz am LKH-Universitätsklinikum Graz eine wichtige Partnerin in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Durch das perfekte Zusammenspiel von Wissenschaft, Forschung und engagierten ÄrztInnen hat sich die Medizin am Standort allseits dynamisch weiterentwickelt und somit zählt Graz heute durchaus zu einem europäischen Zentrum für Spitzenmedizin. In diesem Bereich ist die Geschichte geprägt von Innovationen und Neuerungen und man konnte zu jeder Zeit eine zeitgemäße PatientInnenversorgung gewährleisten. Ab dem Jahr 1950 erfolgte bereits eine rasant fortschreitende Zahl an Neueinrichtungen hochspezialisierter Stationen bzw. die Neuerrichtung von Universitätskliniken. Die dynamische Weiterentwicklung in Diagnostik und Therapie führte beispielsweise dazu, dass bereits 1950 eine spezielle neurochirurgische Station eröffnet wurde und 1958 die Gründung der Universitätsklinik für Radiologie folgte, da bildgebende Verfahren immer hochspezialisierter und aussagekräftiger wurden. Über alle medizinischen Disziplinen lässt sich festhalten, dass in den vergangenen Jahren beachtliche Entwicklungen stattgefunden haben, welche aus der Zusammenarbeit mit der Wissenschaft entstanden sind. War die Beatmung eines Neugeborenen in den frühen 1970er Jahren in Graz bei-

spielsweise noch ein Novum, so gibt es heute unzählige hochkomplexe Beatmungsformen in diesem Bereich. Dieses Beispiel ließe sich für viele weitere Fächer fortführen. Auch die Erforschung von Substanzen und Wirkstoffen hat in den letzten Jahrzehnten ungemein zur Optimierung der therapeutischen Möglichkeiten beigetragen. Operationen werden nun oft minimalinvasiv und mikrochirurgisch durchgeführt, wo es vor fünfzig Jahren noch oftmals notwendig war, explorativ zu operieren bzw. die Diagnose gar intraoperativ zu stellen. Durch die Kombination aus der Bewahrung von altem Wissen und der Schaffung von neuem Wissen bzw. der stetigen dynamischen Weiterentwicklung ist dieser Fortschritt über alle Disziplinen zu beobachten. Der Mensch steht in seiner Gesamtheit im Mittelpunkt ärztlichen Handelns. Nicht nur Symptome sollen behandelt werden, die Erforschung der Krankheitsursachen und der zugrundeliegenden Vorgänge im Körper bilden den Fokus der Wissenschaft.

Am Standort Graz existieren durch das Zusammenspiel von Universität und Klinik hervorragende Voraussetzungen für die fortschreitende Entwicklung der Medizin. Das interdisziplinäre Miteinander in Grundlagenforschung und angewandter Forschung gepaart mit universitärer Lehre und der Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur wird nicht nur weiterhin dafür sorgen, dass die Steiermark ein starker Boden für Wissenschaft und Forschung bleibt, sondern vor allem der bestmöglichen medizinischen Versorgung der Bevölkerung Rechnung tragen.

Quellenangabe

- „Im Zeichen von Panther & Schlange“, Norbert Weiss, KAGes-Verlag, Graz 2006.
- „Geschichte der Karl-Franzens-Universität Graz – Von den Anfängen bis in das Jahr 2005“, Walter Höflechner, Grazer Universitätsverlag, Graz 2006.
- „Das Grazer Landeskrankenhaus im Kontext europäischer Krankenanstalten“, Gudrun Faulborn, Leykam Buchverlagsgesellschaft m.b.H., Graz 2001.
- „Der Grazer Campus – Universitätsarchitektur aus vier Jahrhunderten“, Alois Kernbauer, Austria Medien Service, Graz 1995.
- „Festschrift zur Hundertjahrfeier der Grazer Medizinischen Fakultät 1863 – 1963“, Universitäts-Buchdruckerei Styria, Graz 1963.

Die MedVision 2030 als Teil des Gesundheitsplanes 2035

KARLHEINZ TSCHELIESSNIGG | ERNST FARTEK

Um das steirische Gesundheitssystem der Zukunft vor seinem geistigen Auge entstehen lassen zu können, muss man zuerst wohl das Fundament dafür, also das gegenwärtige Gesundheitssystem und dessen Grundlagen, Besonderheiten, historische Herleitungen und Rahmenbedingungen verstehen. Denn natürlich gab es bei diesem für die Menschen so wichtigen Thema immer schon regionale und lokale Interessen, finanzielle Herausforderungen, Fragen der Zeit- und Ortsnähe und über all dem Diskussionen über Qualität und auch darüber, wie diese – je nach Aufgabenstellung der medizinischen Versorgung – zu definieren sei.

Denn immer noch ruht unser Gesundheitsversorgungssystem im Wesentlichen auf den gleichen Säulen wie seit Jahrhunderten: Als erste Anlaufstelle fungiert der niedergelassene Arzt, der Hausarzt, der im Idealbild die ganze Familie kennt und von der Wiege bis zur Bahre begleitet. Zum Glück für die Patienten hat auch hier der medizinische Fortschritt Platz gegriffen und es gibt ergänzend seit langer Zeit spezialisierte Fachärzte, welche dem Allrounder naturgemäß in ihrem vertiefenden Fachgebiet überlegen sind.

Und als darüberliegende Versorgungsstufe, sobald die Möglichkeiten des extramuralen Bereichs erschöpft sind, kommen dann die Spitäler, die in der Steiermark aktuell zu mehr als 90 % (gemessen an den Fallzahlen) durch die Steiermärkischen Landeskrankenanstalten abgedeckt werden, zum Einsatz.

In diesem Spitalsbereich, unserem aktuellen Verantwortungsbereich als KAGes-Management, bildete sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine Struktur heraus, die gegen Ende der 1980er Jahre fertig „gebaut“ war und die folgendermaßen beschrieben werden kann: pro Bezirk (zur Erinnerung: damals hatte die Steiermark noch 17 davon) ein LKH mit einer Chirurgie, einer Anästhesie und einer Internen Abteilung und pro Region zusätzlich an einem dieser LKHs eine Gynäkologische Abteilung inklusive Gebärtation. Wie im Europa der 1990er in so mancher Hinsicht üblich, widmeten sich diese Strukturen dann vorrangig der eigenen Vervollkommnung. Wenn im benachbarten Bezirks-LKH der technische Fortschritt in Form eines CT-Gerätes angekommen war, ließ dies so manchen Primarius nicht ruhen, bis er – unterstützt von Bürgermeister, Abgeordneten und Schul-



Nur ausreichende Fallzahlen gewährleisten, dass die hochspezialisierten Teams mit den zahlreichen Varianten an Aufgabenstellungen konfrontiert werden.

**KARLHEINZ TSCHELIESSNIGG
ERNST FARTEK**

klassen – auch für sein Spital ein solches Gerät errungen hatte, auch wenn das im Nachbarbezirk vielleicht nicht ausgelastet und keine 20 Kilometer entfernt war.

Überhaupt spielt natürlich das Thema Mobilität auch in Fragen der Versorgung eine große Rolle: Während dort, wo Gesetze des Marktes gelten, die rasante Zunahme an individueller Mobilität in Form des eigenen Autos praktisch eins zu eins entsprechende Entwicklungen in der Angebotsstruktur nach sich zog, entwickelte sich der öffentliche Sektor zum Rückgrat der Erhaltung der kleinräumigen Strukturen im ländlichen Raum. Was dazu führte, dass auch die Steiermark noch vor wenigen Jahren über Regionalstrukturen verfügte, die kaum noch finanzierbar waren und auch kaum mehr der Lebensrealität der Menschen entsprachen. Während also z.B. die Versorgungsstrukturen mit Lebensmitteln – unzweifelhaft von ebensolcher Bedeutung wie Strukturen der Gesundheitsversorgung oder der Bildung – sich vom Greißler zum Supermarkt wandelten, gibt es um einen vergleichbaren Strukturwandel im öffentlichen Bereich immer noch ein heftiges Tauziehen. Und das obwohl dem Greißler kaum jemand unterstellen wird wollen, schlechte Ware verkauft zu haben. Und auch der Preis war nicht das Hauptargument; dem konnte man durch Einkaufsgemeinschaften wie Adeg, Spar oder Konsum begegnen.

Angezogen waren die Kunden durch das viel größere Warenangebot – statt einem Waschmittel gab es 10 oder 15 und statt einer Sorte Weiß- oder Rotwein standen ebenfalls viel mehr und sogar welche aus Frankreich zur Auswahl – ebenso wie durch die für damalige Verhältnisse

großzügig bemessenen Parkflächen. Man hatte ja inzwischen ein stark verbessertes Mobilitätsangebot zur Verfügung und sah oft keinen Sinn mehr darin, den Einkauf für die Familie mühsam zu Fuß nach Hause zu schleppen. Entwicklungen also, die als Modernisierung galten und die einem ja über den Fernsehapparat, der inzwischen ebenfalls in jedem Haushalt Einzug gehalten hatte, aus Amerika täglich ins Haus geliefert wurden. Dazu kam aber auch, dass sehr oft der örtliche Fleischer als Leiter der Fleischabteilung im neuen Supermarkt Teil dieses Modernisierungsprozesses war, ebenso wie man oft die wohl vertraute Verkäuferin aus der Greißlerei hier wieder treffen konnte. Und schlussendlich lachte auch der Bürgermeister von den Fotos der Eröffnungsfeier, weil ja der Supermarkt – die Einkaufszentren vor den Toren der (Klein-)Stadt lagen noch in der Zukunft – im Ort blieb.

Während also der private Konsum und damit verbunden oft auch die Verortung von Arbeitsplätzen dem neuen Mobilitätsverhalten Tribut zollten, stieg im Gegenzug die Bedeutung der öffentlichen Strukturen als Erhalter und Sinngeber der gewohnten regionalen Strukturen sogar noch an. Und es sind nicht wenige, die auch in deren Erhalt eine spürbare Ursache für das Ausufern öffentlicher Haushalte seit den 1980er Jahren des vergangenen Jahrhunderts sehen. Dazu kommt, dass natürlich auch diese öffentlichen Strukturen, indem man ihnen diese zusätzliche Aufgabe aufbürdet, sich nicht gleich gut oder zumindest gleich schnell weiterentwickeln können wie ohne diese Last.

Allerdings darf sich hier die Steiermark zu Gute halten, schon damals Vorreiter und Reformator

gewesen zu sein; bereits 1997 wurde mit der Gründung des österreichweit ersten Spitalsverbundes ein steirischer Weg eingeschlagen, der sich bis heute bewährt. Mit dem Spitalsverbund Judenburg-Knittelfeld konnte nämlich nicht nur die Effizienz der Patientenversorgung in der Region Aichfeld gehoben, sondern vor allem auch das Leistungsangebot massiv verbessert werden: Wo es zuvor im Abstand von 17 Kilometern zwei Allgemeinchirurgische und zwei Interne Abteilungen sowie eine für Geburtshilfe und Gynäkologie gegeben hatte, standen den Menschen nun eine Allgemein- und eine Unfallchirurgie sowie eine Interne Abteilung und eine Neurologie mit einer „stroke unit“ zur möglichst zeitnahen Versorgung von Schlaganfallpatienten zur Verfügung. Und weiterhin auch die schon zuvor bestehende Gynäkologische Abteilung.

Ein Weg, der seither erfolgreich weiter beschritten wurde und aktuell mit den mit 1. Jänner 2017 neu begründeten Spitalsverbünden LKH Südsteiermark und LKH Weststeiermark der Grundintention, den medizinischen Fortschritt auch in der regionalen Krankenhausversorgung abzubilden, treu bleibt. So ist es z.B. überhaupt nur durch den Zusammenschluss der Spitäler in Bad Radkersburg und Wagna möglich, ausreichende Fallzahlen auszuweisen, um die neue „traumatologische“ Versorgung – man folgt hier dem europaweiten und in Österreich auch gesetzlich vorgegeben Weg des Zusammenschlusses von Orthopädie und Unfallchirurgie – auch in dieser Region anbieten zu können. Nur ausreichende Fallzahlen gewährleisten nämlich, dass die stets hochspezialisierten Teams auch ausreichend mit den immer noch zahlreichen möglichen Varianten an Aufgabenstellungen konfrontiert werden, um ihre Expertise aufrecht zu halten und immer weiterzuentwickeln sowie natürlich auch den notwendigen Expertennachwuchs auszubilden.

Dieser Grundgedanke der ausreichenden Fallzahlen zur Erhaltung und zum weiteren Ausbau der Expertise ist es auch, welcher nicht nur der Schaffung von Verbünden zugrunde liegt, sondern auch der MedVision 2030, dem Grundkonzept für die Zukunft der steirischen Spitalsversorgung. Wobei das bisher Beschriebene darlegt, dass hier die Herausforderung nochmals

größer ist: Weil die KAGes es durch ihre Verbündestruktur grosso modo schafft, mit dem medizinischen Fortschritt Schritt zu halten und diesen bisher im notwendigen Maß auch in die steirischen Regionen zu transferieren, geht es in der MedVision 2030 nicht darum, aufzuholen, sondern tatsächlich darum, künftige Entwicklungen vorwegzunehmen und die konkreten Planungen von den dabei gewonnenen Erkenntnissen abzuleiten. Nach dem Motto: „Wer, wenn nicht wir gemeinsam mit unserem Partner, der Medizinischen Universitätsklinik Graz, sollte wohl in der Steiermark die fachliche Expertise dazu haben?“, erging daher 2013 von uns die Einladung an rund 200 steirische Experten aus allen medizinischen Fächern, aus der Forschung und aus der Pflegewissenschaft ebenso wie an Experten aus der Pharmaindustrie, der Medizintechnik und der EDV, in Gedankenschritten von fünf, zehn und 15 Jahren einen Blick in die Zukunft zu werfen. Und auch demografische Entwicklungen und Megatrends, welche Einfluss auf die Gestaltung unserer Gesundheitsversorgung haben werden, wurden in die Betrachtungen miteinbezogen.

Das Ergebnis lässt sich am Beispiel der demografischen Entwicklung und ihrer Folgen für die Aufgabenstellungen in der Gesundheitsversorgung klar darlegen: Da die Lebenserwartung und damit der Altersdurchschnitt in der steirischen Bevölkerung weiter steigen wird, erhöht sich damit verbunden auch der Bedarf an Behandlungen für Alterserkrankungen von Diabetes bis zum Grauen Star. Die Mitarbeiter in unseren Spitälern werden aber als Folge dieser Entwicklung auch in allen anderen Abteilungen lernen müssen, mit alten Menschen und den damit verbundenen Herausforderungen umzugehen, ist doch z.B. zu erwarten, dass bis 2030 ein Viertel aller Spitalspatienten dement sein wird.

Neben solchen Entwicklungen sind es naturgemäß auch die Segnungen des medizinischen Fortschritts, welche, z.B. in Form minimalinvasiver Eingriffe zunehmend stationäre Spitalsaufenthalte verkürzen oder gar durch tagesklinische ersetzen können. Aber auch gesellschaftliche Trends wirken sich entsprechend auf die Krankenhäuser aus: Die Prioritätensetzung der

„Generation Y“ – oder vielleicht treffender der „Generation Why“ – ist eine grundlegend andere als jene der heutigen Führungsschicht in unseren Spitälern, deren Werte noch von der Aufbaugeneration geprägt wurden: An die Stelle des Wunsches materielle Werte zu schaffen, treten bei dieser oft erbenden Generation Sinnfragen und der Wunsch nach einer guten Balance zwischen Arbeits- und Privatleben. Auch dem muss eine künftige Versorgungslandschaft naturgemäß Rechnung tragen, ebenso wie dem Trend zu einem städtischen Lebensstil, der weltweit die Entwicklungen prägt. Dazu kommen die neuen Möglichkeiten, die immer bessere Mobilitätsangebote – Stichwort Nachtflug-Notarzthubschrauber – oder auch telemedizinische Angebote bieten. Diese telemedizinischen Angebote werden es ermöglichen, dass Patienten über eigene – bestens geschützte – IT-Plattformen mit ihren Ärzten kommunizierend zu Hause behandelt werden können und sich so die Zahl notwendiger Ambulanzbesuche inklusive Anfahrtswegen und -zeiten drastisch verringert und in weiterer Folge auch in den Ambulanzen der Andrang und damit wiederum die Wartezeiten zurückgehen.

Unter Einbeziehung all dieser und vieler weiterer Entwicklungen im intra- und extramuralen Bereich ist ein Zukunftsmodell der steirischen Spitalslandschaft unter dem Kürzel „MLUSP“ (Medizinischer Leistungs- und Strukturplan) ent-

standen, das natürlich nur im Zusammenspiel mit der gesamtsteirischen Gesundheitsreform und damit angestoßenen Veränderungen im extramuralen Bereich sinnvoll umzusetzen ist: pro Region ein Leitspital, realistisch wohl auch künftig manchmal auf mehrere Standorte verteilt, ausgestattet mit jenen Versorgungsangeboten, die man auch in Zukunft wohnortnahe brauchen wird und auf hohem Qualitätsniveau anbieten kann. Dazu pro Region ein Schwerpunktkrankenhaus; diese Funktion wird für den obersteirischen Raum auch dann das LKH Hochsteiermark innehaben und für die Steiermark südlich der Mur-Mürzfurche das LKH Graz Süd-West. An der Spitze der Versorgungspyramide im Rahmen des künftigen LKH Steiermark steht auch weiterhin das LKH-Universitätsklinikum Graz als steirisches Zentralspital.

Neben der Grundlagenforschung und Planung in der MedVision und der fachlichen Zuspitzung im MLUSP vervollständigt ein drittes Teilprojekt das „Gesamtkunstwerk“: In diesem wurde erarbeitet, wie das Selbstverständnis unseres Unternehmens und daraus resultierend natürlich auch die Außensicht in dieser künftig neuen Struktur sein sollte. Mit dem Ergebnis, dass wir uns weiter auf dem eingeschlagenen Weg entwickeln werden, mit dem Ziel, uns im „LKH Steiermark“ als ein Netzwerk aus Expertinnen und Experten zu verstehen, das Menschen dort hilft, wo wir es am besten können!



Gesundheit darf niemals zum Luxus werden!

VERENA NUSSBAUM

Es ist kein Zufall, dass die Steirerinnen und Steirer heute gesünder sind denn je. Es ist auch kein Zufall, dass die Lebenserwartung ein Niveau erreicht hat, von dem frühere Generationen nicht einmal zu träumen gewagt hätten. Das alles wurde möglich durch den rasanten Fortschritt der Medizin, eine verantwortungsvolle Gesundheits- und Sozialpolitik sowie ein bestens organisiertes, solidarisches Sozialversicherungssystem. Im Gegensatz zu anderen Staaten haben in Österreich tatsächlich so gut wie alle Menschen Zugang zu hochwertiger medizinischer Versorgung.

Umso bemerkenswerter mutet es an, wie leichtfertig dieses Gesundheitssystem im eigenen Land immer wieder schlechtgeredet wird. Interessanterweise hängt der Inhalt der Kritik zu ungefähr hundert Prozent von den persönlichen Befindlichkeiten der Kritiker ab. Beispiele gefällig?

Unser Gesundheitssystem sei ineffizient, teuer und vom Standard her irgendwo in der Steinzeit angesiedelt, hören wir von jenen, denen es nicht um die Versorgung der Bevölkerung, sondern um billiges, meist politisches Kleingeld geht.

Unser hervorragendes Gesundheitssystem werde auf geradezu unverantwortliche Weise kaputtgespart, hören wir wiederum von jenen, die – was durchaus legitim ist – gutes Geld mit

dem Milliardengeschäft Gesundheit verdienen. Sehr oft geht es leider auch dieser Gruppe von Kritikern nicht primär um die Patientinnen und Patienten, sondern um ihre – sprechen wir es aus – meist ohnehin gut gefüllten Bankkonten. Auch das ist selbstverständlich legitim, aber eben nicht immer ehrlich.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Diskussionen, die mit sachlichen Argumenten geführt werden und einen konstruktiven Beitrag zur Verbesserung unseres Gesundheitssystems darstellen, sind ausdrücklich erwünscht. Wir müssen uns aber vehement dagegen wehren, dass die Populismus-Keule auch im Gesundheitsbereich als Waffe gegen die Vernunft und die Menschenwürde eingesetzt wird.

Wir alle wissen, dass gerade das sensible Thema Gesundheit keinen Stillstand duldet. Spitzenmedizin wird von Tag zu Tag komplexer und kostenintensiver, bislang bewährte Strukturen müssen adaptiert, modernisiert und teilweise gänzlich neu konzipiert werden.

Diesem Umstand tragen wir in der Steiermark Rechnung: Mit der Umsetzung des „Steirischen Gesundheitsplanes 2035“ nimmt unser Bundesland eine Vorreiterrolle ein, die von einer breiten Basis – Landesregierung, Sozialversicherung, Sozialpartner, Interessensvertretungen – getra-



Mit dem „Steirischen Gesundheitsplan 2035“ setzen wir uns zum Ziel, ein Plus an Qualität mit einem Plus an Effizienz zu verbinden.

VERENA NUSSBAUM

gen wird. Veränderungen im Gesundheitswesen müssen zu spürbaren Verbesserungen führen und von den Steirerinnen und Steirern auch als solche wahrgenommen werden. Wir setzen daher alles daran, die Bevölkerung möglichst umfassend in diesen Prozess einzubinden und Akzeptanz für notwendige Veränderungen zu schaffen.

Als Obfrau der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse vertrete ich die Interessen von fast 950.000 Anspruchsberechtigten. Es wäre geradezu verantwortungslos, nicht auf die Herausforderungen der Zukunft zu reagieren – und diese Herausforderungen sind gewaltig: Der demografische Wandel bedingt eine ständig älter werdende Bevölkerung und damit auch die Zunahme von chronischen Krankheiten. Im Jahr 2035 werden rund 350.000 Menschen älter als 65 sein, das sind fast 30 % der steirischen Bevölkerung. Nur wenn die Weichen jetzt in die richtige Richtung gestellt werden, können auch unsere Kinder und Enkelkinder noch von einem Gesundheitssystem profitieren, das allen Menschen zumindest annähernd die gleichen Möglichkeiten bietet.

Gesundheit ist und bleibt unser höchstes Gut. Es liegt in der Natur des Menschen, immer das Beste, das Modernste, das Teuerste zu wollen – wenn möglich sofort und zum Nulltarif. Unsere Aufgabe ist es, ein tragfähiges Umfeld zur Verfügung zu stellen – sowohl im medizinischen Bereich als auch in der Logistik und der Verwaltung dieses riesigen Gesamtkomplexes. Wir müssen aber noch etwas tun: Um unsere hochwertigen Versorgungsstrukturen zu erhalten, muss das System finanzierbar bleiben. Das Ge-

sundheitswesen würde rasch an seine Grenzen stoßen, wenn es nicht regulierend und mit Weitblick gelenkt würde.

Mit dem „Steirischen Gesundheitsplan 2035“ setzen wir uns zum Ziel, ein Plus an Qualität mit einem Plus an Effizienz zu verbinden. Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse steht zu diesem Reformschritt, der unser System fit für die Zukunft macht. An einem Grundprinzip darf freilich nicht gerüttelt werden: Unser solidarisch strukturiertes, durch Beiträge und Steuern finanziertes Gesundheitssystem muss auch in den kommenden Jahren und Jahrzehnten garantieren, dass alle Menschen Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung haben. Faktoren wie Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand oder Einkommen dürfen dabei keine Rolle spielen.

Kurz: Gesundheit darf niemals zum Luxus werden!



Die beste und qualitativ hochwertigste Versorgung im Krankheitsfall als Ziel

MICHAEL KOREN | BERND LEINICH

Gesund sein“, das ist die häufigste Antwort auf die Frage, was das Wichtigste im Leben ist. Heute sind die Steirerinnen und Steirer zum Glück gesünder und leben länger als je zuvor. Das soll auch in Zukunft so sein. Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen, demografischer Wandel, veränderte Krankheitsbilder, älter werdende Menschen, Zuzug in die Städte bei gleichzeitiger Abwanderung aus ländlichen Regionen und sich verändernde Lebensformen sorgen für neue Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in medizinischer, pflegerischer und organisatorischer Hinsicht. Durch den medizinischen Fortschritt und das medizinische Fachwissen, das sich in einem Zeitraum von fünf bis sieben Jahren regelmäßig verdoppelt, ist die Entwicklung für weitere Spezialisierungen geradezu vorgezeichnet.

Um sich diesen veränderten Rahmenbedingungen zu stellen, ist es notwendig, die steirische Gesundheitsversorgung neu zu denken. Der dafür entwickelte Steirische Gesundheitsplan 2035 sieht hierfür eine ganzheitliche Betrachtung des Gesundheitssystems vor.

Dabei orientiert sich der Gesundheitsplan u.a. an einer Niederschwelligkeit und Gleichwertigkeit des Zugangs. Darunter ist zu verstehen, dass das Gesundheitssystem für jeden Menschen, unabhängig von Wohnort, Alter, Geschlecht oder sozialem Status, zu jeder Zeit gleich gut erreichbar ist. Bei der Gleichwertigkeit der Versorgung geht es darum, dass jede Patientin und jeder Patient bei gleicher Erkrankung ein Anrecht auf eine qualitativ gleichwertige Versorgung mit potenziell erwartbarem gleichwertigem Ergebnis hat.



Ziel des Steirischen Gesundheitsplans 2035 ist, allen Steirerinnen und Steirern den gleichwertigen Zugang zu bester Gesundheitsversorgung zu sichern.

MICHAEL KOREN
BERND LEINICH

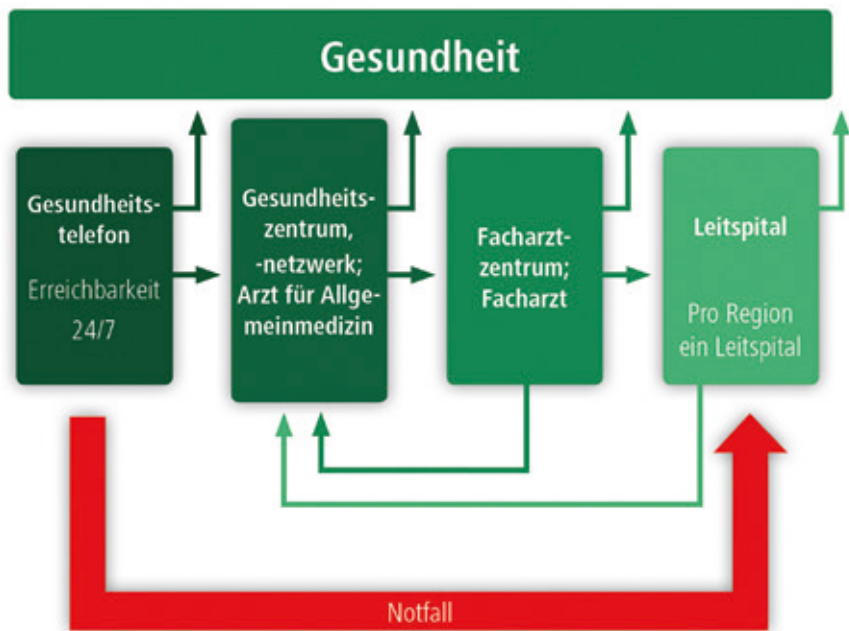
Die Versorgung im Gesundheitsplan 2035 findet in zwei Versorgungsstufen statt: in der Primärversorgung – die wesentlich ausgebaut werden wird – und in der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist in Zukunft eine wesentliche Einheit der fachärztlichen ambulanten Versorgung mit zusätzlicher technischer Ausstattung und Bettenstationen.

Telefonischer Erstkontakt

Hat eine Person ein gesundheitliches Problem, das es abzuklären und zu behandeln gilt, so kann sie in Zukunft beim Gesundheitstelefon anrufen. Das Gesundheitstelefon steht rund um die Uhr zur Verfügung. Die Steirerinnen und Steirer wählen die Nummer derzeit nur im Not-

fall – woraufhin sofort die Notfallversorgung aktiviert wird. Die Telefonnummer kann im Gesundheitsplan 2035 aber auch unabhängig von einem Notfall angerufen werden, um allgemeine medizinische/gesundheitliche bis hin zu psychosozialen Fragen abzuklären. Der Anruf hilft zukünftig also in allen gesundheitsrelevanten Situationen.

Anhand eines strukturierten Fragenkatalogs werden von Ärztinnen und Ärzten zuallererst die Gefährlichkeit/das gesundheitliche Risiko der jeweiligen Situation und die medizinische Dringlichkeit abgeschätzt. Besteht ein potenzieller Notfall, so wird die Notfallversorgung in bewährter Weise in Gang gesetzt. Die Patientin oder der Patient wird von einem Notfallteam aufgesucht, vor Ort stabilisiert und in die nächst-



gelegene fachlich geeignete Notfalleinrichtung transportiert.

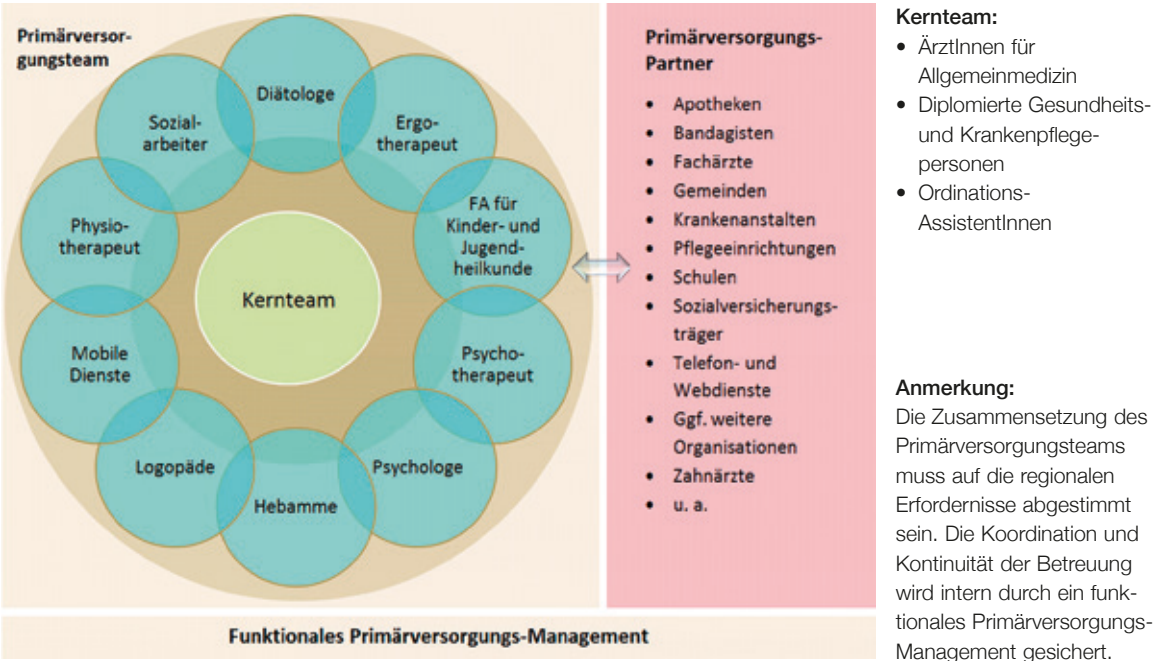
Kann ein Notfall ausgeschlossen werden, reagieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dem abschätzbaren Bedarf entsprechend, indem sie

- entweder telefonische Auskunft zu Gesundheitsfragen geben oder
- Ratschläge zu richtigem weiterem Verhalten bei Eigenversorgung anbieten oder
- weitere Schritte veranlassen, wie z.B.:
 - Organisation eines Termins in der nächstgelegenen Primärversorgungseinrichtung
 - Organisation eines Krankentransports

- Aktivierung eines aufsuchenden Dienstes (ärztlicher oder pflegerischer Hausbesuch...)

Das Gesundheitstelefon ersetzt dabei keine Ärztinnen oder Ärzte. Der Vorteil für Bürgerinnen und Bürger ist, dass sie in gesundheitlichen Fragen professionell informiert, beraten und zur richtigen Ärztin/zum richtigen Arzt bzw. zur geeignetsten Einrichtung im Gesundheitssystem weitergeleitet werden. Mit dieser Lösung ist jedenfalls ein zeit- und ortsunabhängig gleichwertiger Zugang in das System für alle Steierinnen und Steirer gewährleistet, der zudem niederschwellig organisiert ist.

Primärversorgung (Erste Versorgungsstufe)



Quelle: BMG (Hrsg.) „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien, 2014.

Eine Primärversorgung kann – so wie Hausärztinnen und Hausärzte heute auch – entweder direkt von einer Patientin oder einem Patienten aufgesucht werden, oder eine potentielle Patientin/ein potentieller Patient wird über die Erstabklärung durch das Gesundheitstelefon in die Primärversorgungseinrichtung überwiesen. Dort erfolgt in einem multiprofessionellen Team die Erstabklärung vor Ort und in den meisten Fällen auch die Therapieplanung und -durchführung bis zur Genesung. In dieser wohnort-

nahen Struktur mit attraktiven Öffnungszeiten auch am Tagesrand und am Wochenende ist die langfristige Begleitung der Menschen der Region in allen wesentlichen Fragen rund um die Gesundheit bis hinein in soziale Angelegenheiten verankert. Auch langwierige Therapien können in diesem Team, das neben den Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner auch Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten und diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal umfasst,

angeboten und zu Ende geführt werden. In der überwiegenden Zahl der Fälle bedarf es keiner weiteren versorgenden Strukturen. Eventuell erfolgt noch ein Kontrolltermin oder eine telefonische Abstimmung bis zur Genesung. Auch ein Hausbesuch durch ein Mitglied des Teams dieser Primärversorgungseinrichtung ist eine Option, was durch die Zusammenarbeit von mehreren Ärztinnen und Ärzten und anderen Berufsgruppen in den Primärversorgungseinrichtungen in Zukunft organisatorisch einfacher wird. Durch die Zusammenarbeit bzw. Arbeitsteilung bleibt gleichzeitig der Betrieb in der Primärversorgung aufrecht.

Die Primärversorgungseinrichtung deckt die pädiatrische Versorgung ebenso ab, wie die speziellen Bedürfnisse des Alters (beispielsweise Multimorbidität oder chronische Erkrankungen) und sie begleitet die Menschen der nahen Umgebung ein Leben lang in Gesundheitsbelangen, sie koordiniert die Versorgung durch andere Leistungserbringer und behält einen umfassenden Informationsstand zu ihren Patientinnen und Patienten. Sie ist die Drehscheibe hin zu Apotheken, sozialen Diensten usw. Zudem wird sie sich mit den Angeboten der psychosozialen Versorgung eng abstimmen, die ebenfalls im interdisziplinären Team ausgebaut werden. Es wird flächendeckend ambulante und mobile Angebote für alle Altersgruppen geben, die eng vernetzt mit den Einrichtungen der (somatischen) Primärversorgung zusammenarbeiten werden. Sie helfen sowohl in akuten Fällen als auch bei chronischen Krankheitsbildern mit unterschiedlichen Angeboten und Therapien. Der Teamansatz und die Wohnortnähe in der Primärversorgung sowie die fachliche Breite darin stellen sicher, dass eine gleichwertige Versorgung der Bevölkerung in all diesen Einrichtungen möglich sein wird. Zudem kann durch eine verbesserte Aufgabenverteilung die personelle Expertise zielgerichteter und damit effizienter eingesetzt werden.

Reicht die Primärversorgung jedoch nicht aus und ist eine spezielle fachärztliche Abklärung notwendig, so überweist die primärversorgende Einrichtung an die nächstgelegene einschlägige fachärztliche Einrichtung und organisiert den Termin.

Ambulante fachärztliche Versorgung (Zweite Versorgungsstufe)

Die ambulante fachärztliche Versorgung dient, wie auch heute schon, der Diagnostik und Therapieplanung und -einleitung bei fachlich speziellen und komplexen Krankheitsbildern. Es bleibt für jede Steirerin und jeden Steirer grundsätzlich die Möglichkeit bestehen, auch ohne Überweisung direkt zum Facharzt zu gehen. Der Vorteil für die Bevölkerung: Mit einer Zuweisung durch die Primärversorgung wird die Terminfindung vereinfacht und es werden Umwege vermieden. Fachärztinnen/-ärzte verfügen über die in ihrem jeweiligen Fach notwendige Ausstattung und bieten das gesamte Leistungsspektrum ihres Faches in gleicher Qualität an. Die Patientin und der Patient können davon ausgehen, dass sie die notwendige Leistung jedenfalls auch erhalten und nicht nochmals weitergeschickt werden. Damit verkürzen sich die Wege und es werden Fehlzweisungen vermieden. Zudem hat die Fachärztin/der Facharzt von der Primärversorgung schon alle bereits vorhandenen relevanten Informationen erhalten und ergänzt diese nur noch mit ihren/seinen eigenen. Mehrfachuntersuchungen werden reduziert, der Behandlungsbeginn erfolgt rascher.

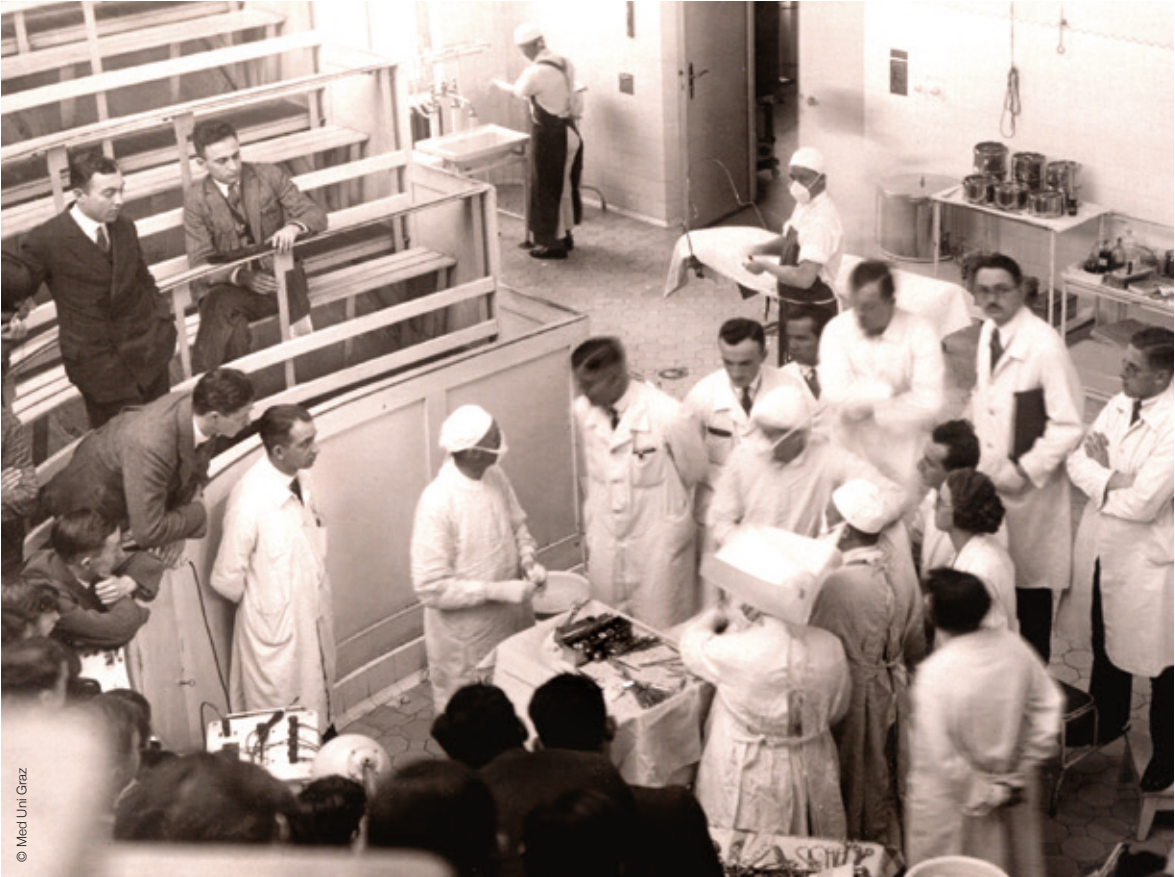
Daraus ergibt sich, dass es sinnvoll ist, mehrere sich ergänzende Fächer zusammenzuführen und mit der notwendigen Technik auszustatten. Zukünftig wird es drei Organisationsformen der ambulanten fachärztlichen Versorgung geben:

- Fachärztliche Einzelordination im heutigen Sinn
- Facharztzentren mit einigen Funktionsbetten zur Überwachung (bis 24 h) und guter technischer Ausstattung sowie medizinisch sinnvollen Fächerbündeln (Ambulatorien)
- Facharztzentren mit technischer Vollausrüstung und Betten für längere Pflege und Überwachung (Krankenhaus)

Facharztzentren mit Funktionsbetten stellen eine aus derzeitiger Sicht neue Versorgungsform dar, die sich aus heutigen Krankenhäusern herausentwickeln sollte. Legistisch müssen dafür nur die Rahmenbedingungen angepasst werden. Das Facharztangebot würde dabei wesent-



• Sezierkurs in Graz 1915.



• Chirurgiehörsaal in Graz 1928.

lich breiter werden und damit die Versorgung deutlich näher an die Bevölkerung heranrücken. Die Menschen bekommen damit in Wohnortnähe mehr ambulantes fachärztliches Angebot mit schnellerer Reaktionszeit des Systems und unnötige Krankenhausaufenthalte könnten großteils vermieden werden, was die Versorgungsqualität hebt. Der Druck auf Krankenhäuser würde maßgeblich reduziert werden.

Krankenhaus

In den zukünftigen Krankenhäusern wird der Schwerpunkt der Versorgung in den Ambulanzen liegen. Die zukünftigen Krankenhäuser entsprechen Facharztzentren mit technischer Vollausstattung und dahinterliegenden Bettenstationen. Zudem finden sich dort die Notfallambulanzen als eigene organisatorische Einheit. Die Standorte für diese Krankenhäuser werden so gelegt, dass die gesamte Bevölkerung bei einem Notfall zeitgerecht eines erreichen kann. Sie bieten deutlich mehr Fächer an, als es Krankenhäuser heute meist tun. Ist aber eine Betreuung notwendig, die hohe technische Ausstattung erfordert und die Zusammenarbeit mehrerer Fächer oder wenn absehbar ist, dass die Patientin oder der Patient nach der Behandlung einen stationären Aufenthalt benötigt, dann erfolgt die medizinische Versorgung im Krankenhaus. Auch im Krankenhaus findet die Behandlung vorerst ambulant statt. Die Expertise, das Personal sowie die gesamte Organisationsstruktur sind zukünftig auf ambulante Versorgung ausgerichtet. Erst die Notwendigkeit der Pflege und der Beobachtung über Nacht führen zur stationären Aufnahme.

Was bringt der Steirische Gesundheitsplan 2035 den Steirerinnen und Steirern?

Ziel des Steirischen Gesundheitsplans 2035 ist, allen Steirerinnen und Steirern den gleichwertigen Zugang zu bester Gesundheitsversorgung zu sichern. Daher konzentriert sich der Gesundheitsplan auf folgende Dimensionen:

- **MEHR Nähe**

Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ist eine, die möglichst nahe an den Menschen ist. In den kommenden Jahren wird als Ergänzung zu den Hausarzt-Einzelpraxen eine Vielzahl von Gesundheitszentren errichtet. Sie sind auch am Tagesrand und an Wochenenden erreichbar und gut mit den Hausärzten in Einzelpraxen vernetzt. Zusätzlich ist medizinisch geschultes Personal 24 Stunden täglich per Telefon erreichbar. Die Hausärzte und Gesundheitszentren begleiten die Menschen der nahen Umgebung künftig ein Leben lang in Gesundheitsfragen.

- **BESSERE Qualität**

Mit dem Steirischen Gesundheitsplan 2035 bekommt jede Steirerin und jeder Steirer genau die medizinische Hilfe, die er oder sie braucht. Damit haben alle einen gleichwertigen Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung – unabhängig von Wohnort, Alter, Geschlecht oder sozialem Status. Die Gesundheitszentren sind dabei DIE zentrale Anlaufstelle für alle Gesundheitsfragen. Sie sorgen auf schnellstem Weg dafür, dass jede Steirerin und jeder Steirer die Behandlung bekommt, die er oder sie braucht. Sie koordinieren die weiteren Behandlungswege, z.B. durch Fachärzte oder Leitspitäler.

- **MEHR Beteiligung**

Mit dem Steirischen Gesundheitsplan 2035 wird die Gesundheitsversorgung einfacher und besser verständlich. Die Menschen in der Steiermark können sich in Zukunft besser darüber informieren, wie sie für mehr Gesundheit in ihrem Alltag sorgen können. So bleiben die Steirerinnen und Steirer länger gesund und benötigen weniger medizinische Behandlungen.

Unser Ziel ist es, den Steirerinnen und Steirern die beste und qualitativ hochwertigste Versorgung im Krankheitsfall anbieten zu können, damit sie gesünder sind und länger leben als der Rest der Welt.

Gesundheitspolitik mit den Menschen

HERWIG LINDNER

Seien wir demütig. Sierra Leone hat 7 Millionen Einwohner, 99 pro Quadratkilometer. In der Hauptstadt Freetown leben 800.000 Menschen. Damit sind die Ähnlichkeiten mit Österreich aber auch schon erschöpft. In Sierra Leone, einem der ärmsten Länder der Welt, liegt die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt bei 50,1 Jahren.¹ In Österreich sind es 81,5 Jahre. Je 100.000 Geburten sterben in Sierra Leone 1.360 Mütter, in Österreich vier.

Trotz der großen Armut in Sierra Leone gibt das Land laut Weltbank² nur 1,9 % seines bescheidenen Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit aus, 86 kaufkraftbereinigte US-Dollar pro Mensch und Jahr. In Österreich sind es, ebenfalls laut Daten der Weltbank, 8,7 % und 5.580 kaufkraftbereinigte US-Dollar pro Jahr und Mensch.

Aber seien wir nicht naiv. Vergleichen wir Österreich nicht nur mit einem Land, das Ende des letzten Jahrhunderts einen grausamen Bürgerkrieg durchmachte und in dem bei der letzten Ebola-Epidemie 2014/2015 an die 4.000 Menschen starben.³ Schauen wir nach Dänemark, einem wohlhabenden EU-Land, das sich Öster-

reich in vielen Belangen gerne zum Vorbild nimmt, egal ob es um die Verwaltungsstrukturen, Digitalisierung oder Gesundheitsversorgung geht.

In Dänemark liegt die durchschnittliche Lebenserwartung mit 80,6 Jahren nur wenig schlechter als in Österreich, 6 von 100.000 Müttern sterben bei der Geburt, wenig mehr als in Österreich. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben sind etwas höher als die österreichischen, 9,2 % laut Weltbank. Das erklärt auch die höheren Gesundheitskosten pro Kopf: kaufkraftbereinigte 6.463 US-Dollar – die Differenz zu Österreich würde für einen Menschen in Sierra Leone gut zehn Jahre reichen.

Warum diese Zahlen? Weil sie uns zur Vorsicht gemahnen. Große Reformen auf Grundlage großer Zahlengebäude ignorieren leicht regionale und persönliche Bedürfnisse. Das gilt ganz besonders für die Gesundheit(spolitik). Zumal diese Zahlen, auch wenn es Ökonomen ungern hören, mit Vorsicht zu behandeln sind. Die EU (2013) weist für österreichische Frauen im Jahr 2013 60,2, für dänische 59,1 gesunde Lebensjahre (HLY)⁴ aus. Die OECD (2014) spricht von 57,8 gesunden Lebensjahren in Österreich und 61,4



Wir brauchen Vielfalt und Möglichkeiten, individuell und regional abgestimmt.

HERWIG LINDNER

in Dänemark. Die WHO (2015) sieht in Österreich eine gesunde Lebenserwartung (HLE) von 72,0 und in Dänemark von 71,2 Jahren.

Die Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln ist notwendig. Nur, auf welcher Grundlage? Oft haben wir auch den Eindruck, dass nicht datengetriebene Politik gemacht wird, sondern dass jene Daten gesucht werden, die am besten zu politischen Vorhaben passen. Dass also die Daten politikgetrieben sind. Die tiefgehenden und wertvollen Erfahrungen jener, die im Gesundheitssystem arbeiten, der Ärztinnen und Ärzte sowie anderer Gesundheitsprofessionen, sind dagegen aus fachlicher Kompetenz und täglichen Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten entwickelt. Sie passen sich nur nicht stromlinienförmig einer Ideologie an. Das macht sie unbequem. Aber eine Politik, die die Sorgen der Menschen ernst nimmt, sollte auch die ernst nehmen, die diese Sorgen täglich erleben.

Die steirische Gesundheitsreform, die jetzt langsam in die Gänge kommt, ist in vielerlei Hinsicht notwendig. Sie findet auch weitgehend in einem Dialog mit allen Beteiligten statt. Dieser Dialog ist weiterzuführen, auszubauen.

Diese steirische Gesundheitsreform ist aber auch abhängig von vielem, was in Österreich passiert. Und in Österreich geht vieles in die falsche Richtung. Dialog und Zusammenarbeit werden zwar angesprochen, aber nicht gelebt.

Im Zentrum steht die Primärversorgung. Wohnortnahe Zentren für alle bei gleichzeitigem Sparkurs („Kostendämpfung“) sind eierlegende Wollmilchsäue. Zentren, dort wo sie strukturell hinpassen, sind begrüßenswert. Aber nur, wenn sie in medizinischer Verantwortung geführt werden

und nicht der Gewinnoptimierung dienen. Das ist nur gewährleistet, wenn die Eigentümer gleichzeitig diejenigen sind, die sich dort täglich vor den PatientInnen verantworten müssen.

Wenn wir das Land nicht aufgeben wollen, brauchen wir weiter Einzelpraxen in den Orten, die zu klein für Zentren sind. Dass es nicht leicht ist, junge Ärztinnen und Ärzte dort hinzubringen, wissen wir. Das liegt aber nicht primär an den kleinen Orten, sondern am überregulierten, einengenden öffentlichen Gesundheitssystem, das seinen Leistungsträgern, den ÄrztInnen, aber auch den Angehörigen anderer therapeutischer Berufe die Luft zum Atmen nimmt. Dort muss der Hebel angesetzt werden. Wir brauchen die Freiheit, um dem ärztlichen Gewissen folgen zu können, egal ob in der großen Stadt oder in der kleinen Dorfgemeinde.

Wir brauchen Vielfalt und Möglichkeiten, individuell und regional abgestimmt. Die eine große Lösung für alles ist als politische Wunschvorstellung verständlich. Aber eine zeitgemäße Gesundheitspolitik sieht die Menschen als Menschen, nicht als Menschenmassen. So wie eine Industrie 4.0 die persönlichen Bedürfnisse anspricht, muss das auch die Gesundheitspolitik 4.0 lernen.

- 1 WHO, World Health Statistics 2016.
- 2 The World Bank, Health expenditure, public (% of GDP) 2014, <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS>.
- 3 WHO, Ebola Situation Report, 25 November 2015.
- 4 European Commission, Joint Report on Healthcare and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability 2016.

Mehr Qualität für die steirischen Patientinnen und Patienten

RENAME SKLEDAR

Gegenwärtig befindet sich der Hauptschwerpunkt der medizinischen Betreuung und Versorgung – nicht nur in der Steiermark, sondern in ganz Österreich – noch immer im stationären Bereich. Dabei sind es die Patientinnen und Patienten gewohnt, „ihr Spital“ aufzusuchen. In der Spitals-Häufigkeit nimmt Österreich in Europa den Spitzenplatz ein.

Noch für die Großeltern meiner Generation war es durchaus üblich, bei eingeschränkter Gesundheit durch hohes Alter z.B. vor oder zu Weihnachten oder anderen wichtigen Ereignissen einen ein- bis zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt einzuplanen, um sich dort etwas „aufpäppeln“ zu lassen. Bedingt auch dadurch, dass es so gut wie keine Unterstützung durch extramurale Pflege gab, mussten kritische Zeiträume für pflegende Familienangehörige überbrückt bzw. durch die Spitalspflege ausgeglichen werden. Pflegebedürftigkeit war jedoch ein eher kurzer Zeitraum; simple Alterserkrankungen endeten meist jäh. Diese Realität bestand, zumindest für die Landbevölkerung in der Steiermark, noch bis vor 30 Jahren.

Steigender Wohlstand, sozialer und staatlicher Frieden, Bildung und bessere Arbeitsbedingungen haben neben medizinischen und medizintechnischen Fortschritten zu gesellschaftlichen Veränderungen und höherer Lebenserwartung beigetragen. Die Menschen sind informierter, kritischer und selbstbewusster geworden. Sie erwarten zu Recht, dass der medizinische Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle gleichwertig, unabhängig von Wohnort und Zeit und in bestmöglicher Qualität erfolgt.

Aufgrund all dieser sich verändernden Rahmenbedingungen, ist eine Neuaufstellung des steirischen Gesundheitssystems zur Sicherung und Erhaltung der Qualität und Versorgungskontinuität der Bevölkerung unumgänglich. Der Steirische Gesundheitsplan 2035 strebt ein aufeinander aufbauendes und abgestimmtes Versorgungssystem an.

Die erste Anlaufstelle, „das Gesundheitstelefon“, das 24 Stunden fachlich von Ärztinnen und Ärzten besetzt ist, soll in Zukunft helfen, dem Anrufer Auskünfte zu erteilen, wie dringend eine Behandlung ist und welche Einrichtungen dafür zur Verfügung stehen.



Die Menschen sind informierter, kritischer und selbstbewusster geworden.

RENAME SKLEDAR

Leichte Verfügbarkeit/Erreichbarkeit von qualitätsgesicherten Informationen, insbesondere auch außerhalb der klassischen Öffnungszeiten der Gesundheitseinrichtungen, sind ein wirksamer Ersatz für „Dr. Google“. Die Menschen werden in gesundheitlichen Fragen professionell informiert und beraten und zur richtigen Ärztin bzw. zum richtigen Arzt oder zur geeignetsten Einrichtung im Versorgungssystem weitergeleitet. Eine Notfallsversorgung wird sofort in Gang gesetzt, wenn aus den Schilderungen ein Notfall nicht sicher auszuschließen ist. Dies gleichwertig sowohl in der Peripherie als auch in der Stadt.

Neben den klassischen Hausärztinnen und Hausärzten kommen multiprofessionelle, wohnortnahe Primärversorgungszentren den Bedürfnissen der Menschen nach, die verstärkt durch Vernetzungen (ELGA, E-Medikation) und Zusammenarbeit auch in Zukunft eine umfassende medizinische Versorgung gewährleisten.

Die vielen Standorte der steirischen Krankenanstalten sind bedingt durch die schwierigen Transport- und Wegeverhältnisse des vorigen Jahrhunderts. Aufgrund demografischer Entwicklungen und Abwanderungen der Berufstätigen in städtische Regionen, haben inzwischen kleinere Krankenanstalten zu wenige PatientInnen; das medizinische Leistungsspektrum ist entsprechend niedrig, die Routine und die Erfahrung für spezielle Behandlungen und die notwendigen strukturellen Rahmenbedingungen fehlen. Deshalb sind Spezialisierungen in Kompetenzzentren mit dem nötigen fachlichen Knowhow eines multiprofessionellen Teams, Mindestfallzahlen und dem entsprechenden

technischen Equipment unumgänglich. Auch für eine qualitätsvolle Ausbildung der JungmedizinerInnen muss gesorgt sein. Deshalb wird in Zukunft nicht mehr in jedem Spital jede Leistung angeboten werden können. Unsere langjährigen Erfahrungen in der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft zeigen, dass die Bevölkerung grundsätzlich auch jetzt schon bei einem schlechten Behandlungsergebnis die fachliche Expertise und die Erfahrung des Behandlungsteams hinterfragt.

Der Kanton Zürich hat deshalb bereits 2012 als erster Kanton in der Schweiz Mindestfallzahlen für medizinische Eingriffe festgelegt und spezialisierte Leistungen konzentrieren sich nunmehr auf wenige Spitäler. Die Analysen der Gesundheitsdirektion zeigen, dass sich die Mindestfallenvorgaben auf die Behandlungsqualität, die Komplikationsrate und auch auf die Sterblichkeit auswirken. Die Weiterentwicklung geht dahin, dass bei einigen Behandlungen die Mindestfallzahl von zehn als zu niedrig angesehen wird und eine Erhöhung auf 50 Fälle pro Organisationseinheit einer Krankenanstalt bzw. bei gewissen spezialisierten Behandlungen auch Mindestfallzahlen pro Operateur festgelegt werden sollen.

Es ist nur eine Frage der Zeit, bis sich die Gerichte auch bei uns mit dieser Form der Qualitätssicherung beschäftigen werden. So ist die Konzentration der stationären medizinischen Leistungen auf einige Leitspitäler mit hohem fachlichen Wissen und entsprechender Ausstattung für die steirische Bevölkerung, aber auch für die Krankenanstaltenträger notwendig und unabdingbar.

Der Steirische Gesundheitsplan 2035 aus Sicht der FPÖ

MARIO KUNASEK

Das österreichische Gesundheitssystem – und damit auch die steirische Versorgungslandschaft – zählt nach wie vor zu den besten in der Welt. Damit dies auch so bleibt, verlangen natürliche Faktoren wie technischer Fortschritt, effizientere Behandlungsmethoden oder auch der demografische Wandel eine ständige Weiterentwicklung. Aus diesem Grund unterstützt die Freiheitliche Partei selbstverständlich all jene Reformen, die tatsächliche Verbesserungen für die steirische Bevölkerung mit sich bringen.

Der im Rahmen des „Steirischen Gesundheitsplans 2035“ von ÖVP und SPÖ angedachten Reduzierung der steirischen Krankenanstalten steht die FPÖ allerdings mit Skepsis gegenüber. Bevor einzelne Standorte für immer geschlossen werden, sollte man vielmehr prüfen, inwiefern die bestehenden Strukturen durch Setzung von fachlich sinnvollen Leistungsschwerpunkten erhalten werden können. Zu denken wäre in diesem Zusammenhang etwa an eine Aufwertung der derzeitigen KAGES-Niederlassungen durch eine bessere Kooperation zwischen intra- und

extramuralem Bereich oder die Entlastung der Krankenhausärzte. Zudem hat jede große Änderung der steirischen Spitalslandschaft nicht zuletzt in Hinblick auf die auf Bundesebene nach wie vor nicht durchgeführten Reformen mit äußerster Vorsicht zu erfolgen. So erscheint ein groß angelegtes Umstrukturieren der Spitalslandschaft sinnlos, solange die Bundesregierung ihre Hausaufgaben – sei es in Hinblick auf die Vereinfachung des Krankenanstalten-Finanzierungssystems, die Zusammenlegung der Sozialversicherungsträger oder die Verbesserungen in der Mediziner Ausbildung – nicht gemacht hat.

Des Weiteren muss der immer gravierender werdende Ärztemangel, laut Landesrat Christopher Drexler immerhin einer der Hauptgründe für die beabsichtigte Spitalsreform, von Seiten der Landesregierung endlich mit der notwendigen Entschlossenheit bekämpft werden. Zur Bewerkstelligung dieses Unterfangens bedarf es eines umfassenden Maßnahmenpakets, das beispielsweise folgende Punkte enthalten sollte: Attraktivierung des Landarztberufes durch entsprechende finanzielle und strukturelle Anreize; die



Die Landesregierung sollte Indikatoren festlegen, anhand derer sich der „Steirische Gesundheitsplan 2035“ im Nachhinein evaluieren lässt.

MARIO KUNASEK

generelle Berechtigung zum Führen einer Hausapotheke in Ein- bzw. Zweiarztgemeinden; Verrechnung von bei § 2-Vertragsärzten angestellten Medizinerinnen über den eigenen Kassenvertrag. „Der Steirische Gesundheitsplan 2035“ verspricht selbstbewusst mehr Nähe, bessere Qualität und mehr Beteiligung. Dabei steht außer Frage, dass derartige Verbesserungen für die steirischen Bürger nur unter gleichzeitiger Stärkung des niedergelassenen Bereichs möglich sein werden. Seitens des Gesundheitsministeriums und der Landesregierung setzt man diesbezüglich auf die Errichtung dutzender Primärversorgungszentren in den kommenden Jahren. Dieses Vorgehen ist aus Sicht der Freiheitlichen Partei äußerst bedenklich. Zum einen werden diese Versorgungseinheiten, allen Beteuerungen des Gesundheitslandesrates zum Trotz, durch die geplante Ermöglichung des Abschlusses eigenständiger Kassenverträge in direkte Konkurrenz zu den Hausärzten treten. Vor allem, da für die Pflichtversicherungen fortan ein PHC-Zentrum weit günstiger als etwa ein Landarzt kommen wird, besteht die akute Gefahr der schrittweisen Abschaffung der bisherigen Kassenpraxen mit einhergehender Ausdünnung der Versorgungslandschaft. Zum anderen ist ein funktionierendes – und auch kostengünstigeres

– Behandlungsnetzwerk auch abseits von Primärversorgungszentren möglich, wie es das Projekt „Styriamed.net“ unter Beweis stellt. Eine bessere Abstimmung der niedergelassenen Ärzte untereinander sowie mit den Spitälern, eine quasi Rund-um-die-Uhr-Versorgung im extramuralen Bereich und eine Entlastung der Ambulanzen können dementsprechend auch ohne Abschaffung des klassischen Kassenarztes vorstattengehen.

Abschließend gilt es festzuhalten, dass die Landesregierung vor der angedachten Reform Parameter und Indikatoren festlegen sollte, anhand derer sich der „Steirische Gesundheitsplan 2035“ im Nachhinein bestmöglich evaluieren lässt. Konkret müssen SPÖ und ÖVP vorab belegen, welche Einsparungen bzw. Mehrkosten (auch mittel- und langfristig) zu erwarten sind, welcher Bedarf an Ärzten zukünftig besteht, welche Entlastungen für die Gesundheitsberufe angedacht sind sowie die eindeutige Klärung der Frage, wie die Menschen in den von Leistungsreduktionen betroffenen Regionen auch in Zukunft bestmöglich versorgt werden können. Sollte die Landesregierung an einer Reform im Sinne von Transparenz und Überprüfbarkeit interessiert sein, wird sie an einem solchen Vorgehen nicht vorbeikommen.

Gesunde Steiermark – auch morgen und übermorgen noch!

LAMBERT SCHÖNLEITNER

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung ist in aller Munde. Bei den Diskussionen darüber kommen jedoch immer wieder zuerst Begriffe wie „unfinanzierbar“, „unübersichtlich“, „nicht mehr steuerbar“ vor... Seit etlichen Jahren wird gepredigt, dass unser Gesundheitssystem zwar das beste der Welt, aber so nicht mehr länger zu halten sei. In der politischen Debatte zeigen sich dieselben Ansätze wie in der Bildungspolitik, bei der Mindestsicherung und auch beim Klimaschutz: Es wird über kleine Teile des Ganzen gestritten, der große Blick auf die Zusammenhänge fehlt völlig, obwohl dort die Lösungen liegen würden.

Unbestritten ist, dass Gesundheit wesentlich bestimmt wird von der Wohnumgebung, der Arbeitssituation, von Armut/Wohlstand, vom Bildungsstand und natürlich von Umweltbedingungen. Trotzdem hat es sich in der politischen Welt noch nicht durchgesetzt, dort auf Verbesserungen hinzuarbeiten, um Prävention in ihrem ursprünglichsten Sinne zu betreiben. Besonders Österreich zeigt den Hang, die Dinge einfach laufen zu lassen und sich mit der Gesundheit erst dann – im Sinne von „Reparaturmedizin“ – zu beschäftigen, wenn die Krankheit bereits ihren Platz eingenommen hat. Das Erhalten der Gesundheit oder die Verbesserung des Gesundheitszustandes haben wenig Platz; dass viele Krankheiten dann noch chronisch werden, ist

die Folge. In Österreich müssen Männer und Frauen mit mehr Jahren in Krankheit rechnen als im EU-Durchschnitt (weit abgeschlagen von Norwegen, Island, der Schweiz, Malta, Bulgarien, Dänemark, Schweden...). Das belastet die Budgets und bedeutet mehr Leid für die Betroffenen als anderswo.

Dazu kommt, dass bei uns das Spital für viele zur ersten Anlaufstelle geworden ist. „Die Wahrscheinlichkeit, bei Gesundheitsproblemen in Österreich im Spital zu landen, ist doppelt bis dreimal so hoch wie in anderen Ländern. Österreich ist damit Europaspitze in Sachen Ambulanzbesuche und Spitalsaufenthalte“, stellte beispielsweise Dr. Martin Sprenger (Public Health Spezialist der MedUni Graz) fest, wie auch zahlreiche andere Publikationen.

Dabei will doch niemand ins Spital, wenn es nicht nötig ist! Wenn aber abends und am Wochenende kein Hausarzt erreichbar ist, geht man in die nächste Spitalsambulanz. Auch Leute, die sich das lange Warten in Arztpraxen und die Überweisungen zu FachärztInnen sparen wollen, sitzen samstags dort. In vielen Fällen ist die Ambulanz jedoch nicht der richtige Ort für die Behandlung. Und in noch mehr Fällen wäre keine Behandlung nötig, wenn man zeitgerecht erkannt hätte, wie man gesund bleiben kann.

Aber apropos Hausärztinnen und Hausärzte: 30 % von ihnen werden in den nächsten zehn



Wir sehen sehr viel Engagement und große Lücken im Angebot, was den verbleibenden EinzelkämpferInnen in der Region oft große Probleme bereitet.

LAMBERT SCHÖNLEITNER

Jahren in Pension gehen – und in sehr vielen Fällen davon ist die Nachfolge ungeklärt und offen! Dabei ist ein gut ausgebautes Hausarztsystem die wichtigste Grundlage für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung – in engster Zusammenarbeit mit Pflege, Therapieangeboten, psychosozialer Versorgung und Sozialarbeit. Das hilft der Bevölkerung, möglichst gesund zu bleiben oder zu werden, und stellt sicher, dass nur jene ins Spital gehen, denen anders nicht geholfen werden kann. Diese extrem wichtige Versorgungsebene wurde in den letzten Jahren (eigentlich Jahrzehnten) schwer vernachlässigt und nicht entsprechend aufgebaut.

Auch die Ausbildung der HausärztInnen ist zu verbessern und von politischer Seite sowie von Seiten der Sozialversicherungsträger zu fördern. Das gilt sowohl für die Universitäten und das Klinisch-Praktische Jahr, als auch besonders für die notwendige praktische Wissensvermittlung in den Allgemeinmedizinischen Praxen!

Und: Wie andere Länder auch, sollte das Land Steiermark fördern und Anreize schaffen, wenn sich junge HausärztInnen in den Regionen niederlassen, besonders dort, wo ein Mangel herrscht.

Die Zusammenarbeit aller Dienste müsste auch durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen unterstützt werden – Gemeinschaftspraxen sind beispielsweise rechtlich schlecht geregelt, da die Honorierung mit Abschlägen und Deckelungen verbunden ist. Dadurch verlieren ÄrztInnen Einkommen, sodass eigentlich nur eine Praxisgemeinschaft mit jeweils eigenem Kassenvertrag und Scheinen mit gemeinsamer Infrastrukturnutzung funktioniert. Das ermöglicht aber keine flexiblen Jobsharing-

modelle, die zunehmend von jungen MedizinerInnen gefordert werden.

Seit einigen Monaten führt die Vorsitzende des Gesundheitsausschusses und Grüne Gesundheitssprecherin Sandra Krautwaschl in allen Regionen der Steiermark intensive Gespräche mit HausärztInnen, Pflegefachkräften und TherapeutInnen, um die aktuelle Situation und die Probleme, aber auch Wünsche und Vorschläge jener kennenzulernen, die tatsächlich in der Region arbeiten. Wir sehen sehr viel Engagement und große Lücken im Angebot, was den verbleibenden EinzelkämpferInnen oft große Probleme bereitet. Auch das Fehlen psychosozialer Angebote und anderer Therapien ist deutlich sichtbar. Kurz gefasst ist der Ausbau der Primärversorgung, die in den Regionen Sicherheit bietet, oberstes Gebot. Dazu schreibt der „Steirische Gesundheitsplan 2035“ jedenfalls die richtigen Ziele fest – es wird aber großer Systemänderungen und somit Beweglichkeit bei allen beteiligten AkteurInnen brauchen, um diese Ziele am Ende zu erreichen. Alle Entscheidungen – auch in der Spitalsplanung – haben sich nach dem tatsächlichen Bedarf zu richten und müssen transparent sein. Sozialversicherungsträger und Berufsvertretungen müssen rasch Bedingungen herstellen, die speziell in den Regionen wirkliche Anreize für ÄrztInnen und andere Gesundheitsberufe bieten und moderne, interdisziplinäre Primärversorgung ermöglichen und der Prävention (und damit der besten Möglichkeit, Gesundheitsausgaben zu reduzieren) einen entsprechenden Stellenwert einräumen. Das erfordert das intensive Zusammenwirken aller AkteurInnen im Gesundheitswesen und das Aufgeben von Partikularinteressen.

Gesundheit ist kein Geschäft!

CLAUDIA KLIMT-WEITHALER

Die Zweiklassenmedizin in Österreich erreicht nun auch den Notfallbereich. In der Privatklinik Döbling wird 2017 rund um die Uhr eine sogenannte akutmedizinische Versorgung (...) angeboten.“ Das berichtet Die Presse am 20. Dezember auf der Titelseite. Die Privatisierung des Gesundheitssystems hat längst begonnen. Diese Entwicklung bietet finanzstarken Konzernen, die in das Geschäftsfeld einsteigen, große Chancen. Für die Mehrheit birgt sie aber große Gefahren.

Unser Gesundheitssystem sei nicht mehr finanzierbar. Das hören wir seit Jahren immer wieder. Bis 2035 soll in der Steiermark jedes zweite öffentliche Krankenhaus geschlossen werden. Dieser Plan geistert bereits seit 2010 durch die Medien, damals war allerdings der damalige Staatssekretär Schieder Urheber und nicht die steirische Landespolitik. Diese gab eine Standortgarantie für alle Spitäler ab.

Aber stimmt das Kostenargument überhaupt? Viele Milliarden fließen in unser Gesundheitssystem, aber nur der Vergleich der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist wirklich aussagekräftig. Diese Zahl zeigt, wie viel an Wertschöpfung in den Gesundheitsbereich fließt. Im Jahr 1999 machten die gesamten Gesundheitsausgaben 10,1 % des BIP aus. Im Jahr 2014 waren es 11 %: Das bedeutet eine Steigerung von 0,9 % in fünfzehn Jahren. Hier

von explodierenden Kosten zu sprechen ist einfach nicht richtig.

Von diesen Gesundheitsausgaben kommt aber nur ein Teil aus dem Steuertopf. Rund ein Viertel der Ausgaben sind private Gesundheitsausgaben wie Selbstbehalte oder private Versicherungen. Es sind nicht die Ausgaben für das Gesundheitssystem, die explodiert sind. Die öffentliche Hand hat aber immer größere Probleme, diese Mittel aufzubringen. Das hat auch damit zu tun, dass die Steuerpolitik dort, wo viel Geld vorhanden ist, immer zurückhaltender agiert. Dafür sind dem Einfallsreichtum keine Grenzen gesetzt, wenn es darum geht, öffentliche Ausgaben zu reduzieren und „einzusparen“.

Vor diesem Hintergrund stellte die Landesregierung am 14. November 2016 in der Grazer Stadthalle ihr Konzept für den Umbau des steirischen Gesundheitswesens vor. Die von Schließung betroffenen Standorte blieben ungenannt, die Schließungen selbst scheinen aber beschlossene Sache zu sein. In den vergangenen Jahren ist es in der Steiermark bereits zu einer Reduktion von medizinischen Angeboten in den Regionen gekommen. Die Wartezeiten sind in vielen Bereichen bereits enorm. Das Personal ist an der Belastungsgrenze angelangt.

Die unweigerlich entstehende Lücke in der Versorgung soll über sogenannte Primärversorgungszentren geschlossen werden. Dabei wird



**Auch wenn wir
mit der Krankenkasse
nicht immer zufrieden sind –
es gibt hier zumindest
demokratische
Selbstverwaltungsstrukturen.**

CLAUDIA KLIMT-WEITHALER

offengelassen, ob diese Zentren von öffentlichen bzw. gemeinnützigen Organisationen oder von privaten, gewinnorientierten Konzernen betrieben werden. Der Privatisierung eines wesentlichen Bestandteils der medizinischen Versorgung der steirischen Bevölkerung ist damit Tür und Tor geöffnet. Letztendlich geht es um die Unterwerfung des Gesundheitswesens unter die Regeln des Kapitalmarktes. Private Anbieter stehen vor der Tür. In der Schweiz hat der Handelskonzern Migros Kassenstellen aufgekauft. Auch bei uns gibt es bereits Interessenten. Am 19. Dezember kündigten die ÖVP-Landesräte Christopher Drexler und Christian Buchmann eine gemeinsame Plattform mit der Wirtschaftskammer an, um in der Gesundheitsbranche „Wachstumschancen besser nutzen“ zu können.

Zunehmend unter Druck geraten die Krankenkassen. Sie verwalten das Geld, das von den arbeitenden Menschen eingezahlt wird: Auch wenn wir mit der Krankenkasse nicht immer zufrieden sind – es gibt hier zumindest demokratische Selbstverwaltungsstrukturen. So möchte der neoliberale Zeitgeist die Krankenkassen lieber heute als morgen abschaffen. Riesige Summen würden in den privaten Kapitalmarkt fluten. Ein Arzt warnte am 28. Mai 2016 in der Zeitschrift Profil: „Die Zweiklassen-Medizin ist ein wucherndes Krebsgeschwür, das unser Gesundheitssystem irgendwann von innen zerstören wird.“

Zu befürchten ist also, dass der Bevölkerung Privatisierungen, Kürzungen und Sparpakete als „Qualitätsverbesserung“ oder „Optimierung und Anpassung von Strukturen“ verkauft werden sol-

len. Die KPÖ stellt sich natürlich nicht gegen sinnvolle Reformen im Gesundheitswesen. Aus vielen Gesprächen mit Beschäftigten, ÄrztInnen und Pflegepersonal wissen wir, dass Qualitätsverbesserungen dringend notwendig sind. Das Ziel darf aber nicht das Stopfen von Budgetlöchern auf Kosten von Personal und PatientInnen sein, sondern eine flächendeckende Versorgung, die den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht und dem medizinischen Personal faire Bezahlung und Arbeitsbedingungen bietet. Entscheidend ist auch, dass dieses Angebot allen, unabhängig vom Einkommen, offensteht. Das ist der oberste gesundheitspolitische Auftrag des Landes.



Nutzen wir die Chancen im Gesundheitssystem

JOSEF HERK



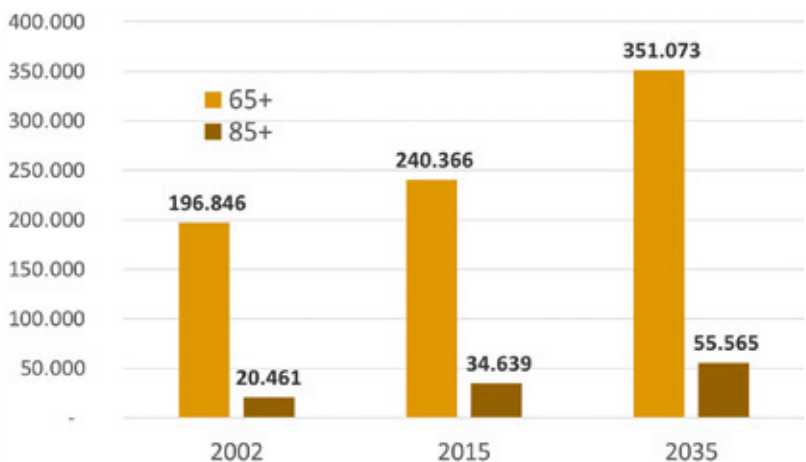


Die Gesundheitswirtschaft ist auch ein bedeutender Wirtschafts- und Wertschöpfungsfaktor, der im privaten Bereich auf jeden Fall noch ausbaufähig ist.

JOSEF HERK

Volkswirtschaftlich gesehen ist eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung bei gleichzeitiger Betrachtung der Ausgabeneffizienz ein entscheidender Standortfaktor; dies gilt umso mehr für eine alternde Gesellschaft, in der die Ausgaben schon

alleine aufgrund der demografischen Entwicklung (siehe Abbildung 1) im Steigen begriffen sind.¹ Effizienz ist daher im öffentlichen Gesundheitswesen das Gebot der Stunde, auch aufgrund des zunehmenden Konsolidierungsbedarfes des Landes Steiermark.



• Abbildung 1: Zunahme von +65-Jährigen und hochbetagten Personen (+85) in der Steiermark bis 2035

Bearbeitung: eigene Darstellung

Die Zukunft des öffentlichen Gesundheitswesens ist zunehmend ambulant

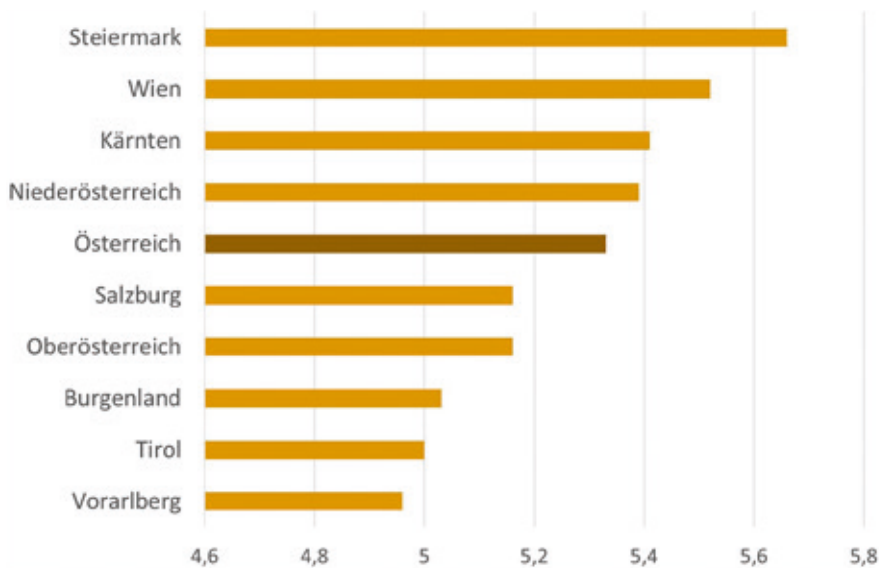
Die aktuelle Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit normiert bis 2021 eine Dämpfung der öffentlichen nominellen Gesundheitsausgaben von 3,6 auf 3,2 %.² Das Bett als Ort der Medizin sollte immer weiter zurückgedrängt werden, so könnte man die wichtigsten Reformschritte, die uns österreichweit

bzw. in der Steiermark langfristig im Gesundheitswesen bevorstehen, zusammenfassen. Ambulante vor stationärer Betreuung sollte dort, wo es möglich ist, die Devise sein. Dies ist nicht nur für die PatientInnen von Vorteil, sondern hilft der öffentlichen Hand, Kosten zu sparen. Zur besseren Illustration des medizinischen Fortschritts, der hier bereits stattgefunden hat, möchte ich dazu Rektor Univ.-Prof. Dr. Hellmut Samonigg von der Medizinischen Universität Graz zitieren:

„Vor 50 Jahren dauerte der Heilungsprozess bei einem Oberschenkelbruch im Spital 6 bis 8 Wochen, heute kann dieser stationär innerhalb von 24 Stunden behandelt werden. In Zukunft werden wir also das Bett als Ort der Medizin nur mehr in besonders schwerwiegenden Fällen (Infektionen, komplexere Operationen, Verbrennungen etc.) benötigen.“⁴³

Damit diese Vision auch bei vielen Krankheiten, die derzeit längere Spitalsaufenthalte erfordern, Realität wird, benötigen wir neben Innovationen bzw. weiteren medizinischen und technologischen Fortschritten mehr Spezialisierung. Denn spezialisierte Einheiten und Fachteams sind notwendig, um die optimale Versorgung der Zukunft sicherzustellen. In dieser Hinsicht ist die angestrebte Konzentration der Spitalsstandorte auf arbeitsteilig und größtmäßig effiziente Einheiten sehr zu befürworten. Begleitet durch ein gut durchdachtes Modell der Primärversorgung (Stichwort Gesundheitszentren) kann der steiri-

sche Reformweg gelingen. Neben den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen spielen dabei auch die privaten Krankenanstalten, Ambulatorien und Institute eine ganz wesentliche Rolle. Insbesondere in den Regionen muss die fachärztliche Versorgung auch in Zukunft sichergestellt werden. Es darf auch nicht vergessen werden, dass in Zukunft Neuinvestitionen zur Modernisierung der Spitallandschaft bzw. zur Errichtung von Gesundheitszentren in beträchtlichem Ausmaße getätigt werden. Es wird also das System nicht „kaputt gespart“, sondern effizienter und moderner aufgestellt, um etwa die Belagsdauer in den Krankenhäusern weiter zu reduzieren. Gerade in der Steiermark haben wir hier einen Aufholprozess zu starten, denn aktuell verweilen die PatientInnen im Bundesländerdurchschnitt (ohne Null-Tagesaufenthalte und Langzeitaufenthalte) bei uns laut einer aktuellen Publikation des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen⁴ am längsten im Spital⁵:



• Abbildung 2: Durchschnittliche Belagsdauer von KH-Aufenthalten 2015

Gesundheit als Wirtschaftsfaktor – Chancen der Digitalisierung

80.000 Personen arbeiten in der Steiermark direkt in der Gesundheitswirtschaft, das entspricht jedem sechsten Beschäftigungsverhältnis in unserem Bundesland – damit liegt die Bedeutung der

Branche über dem Österreichschnitt (jeder siebente Beschäftigte). 10,3 % der steirischen Wertschöpfung entstehen in diesem Sektor.

Die Gesundheitswirtschaft ist also nicht nur ein Kostenfaktor, sie ist auch ein bedeutender Wirtschafts- und Wertschöpfungsfaktor, der im privaten Bereich auf jeden Fall noch ausbaufähig ist. Dieser Umstand hat die WKO Steiermark dazu be-

wegt, gemeinsam mit den beiden Landesressorts Gesundheit und Wirtschaft eine Vernetzungsplattform ins Leben zu rufen, um Synergien auf politischer und wirtschaftlicher Ebene zu erzielen. Gerade zur Entlastung des öffentlichen Sektors sind Innovationen notwendig, die das aktive Altern bestmöglich unterstützen können. Auch damit kann sichergestellt werden, dass die Menschen so lange als möglich von zu Hause aus betreut werden können. Ich denke, dass wir vor allem im Bereich telemedizinischer Anwendungen, aber auch was das Thema Datenvernetzung (Stichwort ELGA) betrifft, hier erst am Anfang einer langen Reise stehen.

- 1 Gesundheitsfonds Steiermark (2016), Steirischer Gesundheitsplan 2035, Leitbild, S. 11.
- 2 Österreichische Bundesregierung (2016), Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit.
- 3 Samonigg, H. (2016), 11. Steirische Gesundheitskonferenz am 22.06.2016, Eröffnungsrede.
- 4 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016), Krankenanstalten in Zahlen – Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2015, S. 58.
- 5 Durchschnittliche Belagsdauer: durchschnittliche Dauer eines Aufenthalts im Krankenhaus in Tagen.
- 6 Institut für Höhere Studien (2013), Gesundheitswirtschaft Österreich. Ein Gesundheitssatellitenkonto für Österreich (ÖGSK).



Die richtige Leistung, zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, mit der besten Qualität!

JOSEF PESSERL

Das steirische Gesundheitssystem der Zukunft“ baut auf ein sehr gutes Fundament – nämlich auf das bestehende Gesundheitssystem – auf. Im steirischen Gesundheitssystem der Zukunft sind die Gesundheitsversorgung sowie die pflegerische Versorgung am tatsächlichen Bedarf der Menschen ausgerichtet. Dabei werden die demografische Entwicklung und der Gesundheitszustand der Bevölkerung in den einzelnen Versorgungsregionen ebenso berücksichtigt wie die Bevölkerungsentwicklung. Die Kapazitäten in den einzelnen Versorgungsregionen und auf den einzelnen Versorgungsebenen orientieren sich am tatsächlichen Bedarf. Die Notfallversorgung und das Rettungswesen sind ebenfalls nach diesen Kriterien ausgerichtet. Dabei steht der Gesundheitsnutzen für die Menschen und die Patienten-

sicherheit im Mittelpunkt. Der Zugang ist niederschwellig. Alle Menschen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Wohnort und Einkommen, erhalten die richtige Leistung zur richtigen Zeit am richtigen Ort mit der besten Qualität, möglichst wohnortnahe.

Die einzelnen Versorgungsebenen und Versorgungseinheiten sind engstens aufeinander abgestimmt. Die Patientinnen und Patienten werden qualitätsgesichert durch das Gesundheitssystem gelöst. So wird die Qualität der Versorgung verbessert, die Sicherheit für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer wie auch jene für die Patientinnen und Patienten erhöht und gleichzeitig wird dadurch gewährleistet, dass es möglichst zu keinem Ressourcenverbrauch ohne Gesundheitsnutzen für die Patientinnen und Patienten kommt. Den Primär-



Das steirische Gesundheitssystem der Zukunft ist daher mit ausreichend Personal, das für die jeweilige Aufgabe bestens qualifiziert ist und gut bezahlt wird, ausgestattet.

JOSEF PESSLERL

versorgungseinrichtungen kommt dabei eine ganz wesentliche Rolle zu.

Die Grundlage für Entscheidungen im steirischen Gesundheitssystem der Zukunft ist evidenzbasiertes Wissen. Dort, wo ein solches nicht oder nicht ausreichend vorhanden ist, ist sichergestellt, dass evidenzbasiertes Wissen im notwendigen Ausmaß und in der notwendigen Gliederung aufgebaut wird. Zur Feststellung des Gesundheitszustandes und der Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, aus deren Kenntnis erst der tatsächliche Versorgungsbedarf für die jeweilige Versorgungsregion und für die jeweilige Versorgungsebene abgeleitet werden kann, gibt es unter anderem eine Verpflichtung zur diagnosebezogenen Leistungsdokumentation. In den Grenzregionen zu anderen Bundesländern ist für die Feststellung des Versorgungsbedarfs, der Versorgungsstruktur und der Versorgungseinrichtungen eine enge Abstimmung mit den Verantwortlichen der angrenzenden Bundesländer vorgesehen. Für alle Versorgungsebenen und für alle Versorgungseinheiten gibt es jeweils verbindliche Standards betreffend Struktur-, Prozess-, Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Überprüfung, ob die Qualitätsstandards erfüllt werden, wird von einem unabhängigen Institut vorgenommen. Ebenso die Weiterentwicklung der Qualitätsstandards – jedoch unter Einbindung von Expertinnen und Experten aus dem operativen Bereich sowie von Vertreterinnen und Vertretern aus der Wissenschaft. Die Vergütungssysteme orientieren sich sehr stark an der Prozess-, Behandlungs- und Ergebnisqualität sowie am Gesundheitsnutzen für die Patientinnen und Patien-

ten. Die Ausbildung der Medizinerinnen und der Mediziner wird derart ausgerichtet und weiterentwickelt, dass sichergestellt ist, dass sie den Anforderungen, die an sie gestellt werden, gerecht werden können.

Weit mehr als 90 % der Geldmittel im Gesundheitswesen werden zurzeit für Reparaturmedizin ausgegeben. Dabei müsste es sowohl im Interesse des einzelnen Menschen und der Wirtschaft liegen sowie auch volkswirtschaftlich oberste Priorität sein, gesundheitliche Schäden erst gar nicht entstehen zu lassen bzw. deren Entstehung so lange wie möglich hintanzuhalten. Um das zu erreichen, ist es aber notwendig, einer ganzheitlichen und nachhaltigen Gesundheitsförderung und Prävention wesentlich mehr an Bedeutung zuzumessen, als dies aktuell der Fall ist. Mit dem steirischen Gesundheitssystem der Zukunft wird daher sichergestellt, dass Gesundheitsförderung und Prävention, ganzheitlich und nachhaltig, für alle Lebens- und Politikbereiche einen besonderen Stellenwert bekommt und auch mit den notwendigen finanziellen Mitteln ausgestattet wird.

Ein wesentlicher Schlüssel dafür, dass ein Gesundheitssystem im Sinne der Gesundheit aller Menschen erfolgreich sein kann, sind, neben den beispielhaft angeführten Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die Beschäftigten im Gesundheitswesen. Das steirische Gesundheitssystem der Zukunft ist daher mit ausreichend Personal, das für die jeweilige Aufgabe bestens qualifiziert ist und gut bezahlt wird, ausgestattet. Der Steirische Gesundheitsplan 2035 bildet eine gute Grundlage, um das „steirische Gesundheitssystem der Zukunft“ dorthin zu entwickeln.

Die Zukunftsperspektiven des Krankenversorgungswesens

aus Sicht des Zentralbetriebsrates
der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. und
der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst

GERHARD HAMMER | MICHAEL TRIPOLT

Der Zentralbetriebsrat der Stmk. KAGes ist das Arbeitnehmergremium der Steiermark mit den meisten Mitgliedern, rund 17.500, und bei weitem das größte im Gesundheitsbereich. Als Betriebsrat obliegt es ihm, die Veränderungen und Reformen im Bereich der stationären, tagesklinischen und ambulanten Krankenversorgung aus Perspektive der MitarbeiterInnen kritisch zu begleiten.

2015 wurden in der Stmk. KAGes 260.688 PatientInnen im stationären Bereich (PatientInnenzufriedenheit 90 %) und 955.019 PatientInnen im ambulanten Bereich behandelt. Insgesamt arbeiten rund 3,5 % aller Erwerbstätigen der Steiermark in der KAGes. Diese volkswirtschaftliche Komponente des größten Unternehmens der Steiermark wirkt über seine Standorte bis in die entferntesten Randlagen unseres Bundeslandes. Aufgrund stetiger Bemühungen des Betriebsrates und der GÖD konnten in Zusammenarbeit mit der Führung der KAGes und der Landesregierung in den letzten Jahren gezielte

Schwerpunkte gesetzt werden, um die Arbeitsqualität und MitarbeiterInnenzufriedenheit zu erhöhen. Problemfelder bleiben die Arbeitsverdichtung, insbesondere die überlastete und defizitäre ambulante Versorgung in den LKHs, und die Kostenentwicklung im Bereich der Medizintechnik, Medikamente und Struktur.

An erster Stelle einer Zukunftssicherung des steirischen Gesundheitswesens muss die Anpassung an gesellschaftliche, regionale und technische Veränderungen unter Berücksichtigung der volkswirtschaftlichen Auswirkungen stehen. Der demografische Wandel muss dabei ebenso berücksichtigt werden wie das Arbeitsverhalten der neuen Generationen. Ganz wesentlich ist aus Sicht des Betriebsrates und der GÖD auch, die regionale Versorgungsqualität zu erhalten und punktuell auch bedarfsorientiert auszubauen.

Aus unserer Sicht heißt das konkret, dass KAGes-Schwerpunktkrankenanstalten mit zentraler Lage, die ein breites Spektrum an Fach-



Bei den Arbeitsbedingungen der MitarbeiterInnen ist es unser Ziel, diese auf europäischem Niveau attraktiv zu halten.

**GERHARD HAMMER
MICHAEL TRIPOLT**

richtungen anbieten, in jeder Versorgungsregion in kurzer Transportzeit erreichbar sind. Mit dieser Struktur können dann erstmals auch Fächer in entlegenen Gebieten angeboten werden, die bisher weite Anfahrtswege erfordert haben. Ein Ausbau der Struktur der Landespflegezentren auf bestehende LKH-Standorte sowie der Aufbau von Remobilisationseinheiten würden dem demografischen Wandel Rechnung tragen. Ein wesentlicher Bestandteil des Systems muss auch weiterhin die Spezialisierung einzelner kleinerer LKH-Standorte sein, welche als überregionale Versorger auftreten und so wichtige Nischenfunktionen im Gesamtsystem erfüllen. Als Zentralspital und Letztversorgungszentrum ist es unabdingbar, das LKH-Univ. Klinikum Graz im vollen Umfang zu erhalten. Einer ersatzlosen Schließung von LKH-Standorten oder deren „Verschiebung“ in Nachbarbundesländer und somit dem Verlust von steirischen Arbeitsplätzen stehen wir als Betriebsrat und GÖD ablehnend gegenüber.

Bei den Arbeitsbedingungen der MitarbeiterInnen ist es unser Ziel, diese auf europäischem Niveau attraktiv zu halten. Das betrifft sowohl die Entlohnung als auch die Arbeitszeiten, wird doch von den neuen Generationen die eigene (Frei-)Zeitautonomie als ganz wesentliches Kriterium für eine attraktive Arbeitsstelle angesehen. In diesem Zusammenhang muss in der Stmk. KAGes auch die Anpassung der Arbeitsplätze an die stetig steigende Zahl von Teilzeitarbeitskräften vorangetrieben werden.

Erfolgreich kann ein zukünftiges steirisches Gesundheitssystem nur sein, wenn es eine regionale Versorgung im Sinne eines „best point of

service“ aufrechterhält und gleichzeitig Fachspezialisierungen über adäquat hohe Fallzahlen an Schwerpunktkliniken ermöglicht. Daher geht es aus Sicht von Betriebsrat und GÖD im Grunde nicht darum, bestehende Strukturen einzusparsen, sondern sie zu transformieren, um den Erfordernissen der Zukunft Rechnung zu tragen.

Der Weg in die Zukunft

Der Steirische Gesundheitsplan mit seinem zweiphasigen Planungshorizont bis 2035 ist das erste Projekt, das versucht, aus den Zwängen des Legislaturperiodenzyklus der Landespolitik auszubrechen und eine über fünf Jahre hinausreichende Planung vorzunehmen. So schemenhaft manches für die zweite Phase ab 2025 auch nur skizziert ist, hat es doch das Potential, über den Weg einer Evolution des Systems diesen Transformationsprozess erfolgreich zu bewältigen.

Im Bereich der intramuralen Krankenversorgung begrüßen wir grundsätzlich den Transformationsprozess von Einzelstandorten zu regionalen Verbünden, wenn dem in einem zweiten Schritt auch wirklich Investitionen in die Infrastruktur der LKHs folgen. Entscheidend für den Erfolg des Steirischen Gesundheitsplanes wird es sein, die wichtigen Stakeholder, insbesondere die regionale Bevölkerung und die Beschäftigten im Gesundheitswesen, miteinzubinden und auf ihre Bedürfnisse auch einzugehen. Letztendlich kann der Transformationsprozess im Gesundheitssystem der Steiermark nur gelingen, wenn die Reform gemeinsam mit den MitarbeiterInnen im System erfolgt und nicht gegen sie.

Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Das Mariazellerland als Beispiel

MANFRED SEEBACHER

Wie sieht die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum aus? Sind die peripher wohnenden Bürgerinnen und Bürger in Notfällen zum Sterben verurteilt? Wieso hat man unser Krankenhaus zugesperrt? Diese und viele andere Fragen werden im ländlichen Raum von den politischen Entscheidungsträgern und der Bevölkerung gestellt. Nun mein Versuch, aufzuzeigen, wie in Zukunft das Gesundheitssystem in der Steiermark funktionieren kann.

Vorerst allerdings die Entwicklung der Gesundheitsversorgung am Beispiel der Region Mariazellerland: Über 100 Jahre hat es ein Krankenhaus gegeben. Erbaut im späten 19. Jahrhundert wurde es im 20. Jahrhundert kontinuierlich ausgebaut und nach dem Zweiten Weltkrieg modernisiert. Das Haus war ein vollwertiges Krankenhaus im herkömmlichen Sinne, wo alles quer durch den medizinischen Bereich, vor allem chirurgische Eingriffe aber natürlich auch internistische Fälle, behandelt wurde.

Die ersten Anzeichen eines Wandels im Gesundheitswesen haben sich spätestens in den

1980er Jahren abgezeichnet, die Medizin machte gewaltige Fortschritte, es begann ein unaufhaltsamer Umbruch in der modernen medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Immer mehr Spitäler verschwanden von der Landkarte, immer mehr wurde und wird in sogenannte Schwerpunktkrankenhäuser verlagert bzw. investiert.

Im Jahre 2002 wurde die Chirurgie geschlossen, eine internistische Station geführt und der Krankenhausverbund mit dem LKH Mürzzuschlag eingerichtet. Die Versorgung der Bevölkerung war damit vor Ort wesentlich eingeschränkt. Im Jahre 2013 wurde auch die Bettenstation geschlossen und das Haus bis September 2016 als Ambulanz geführt.

Natürlich ist der Niedergang der kleinen Spitäler nicht nur der medizinischen Weiterentwicklung geschuldet, auch die demografische Entwicklung des ländlichen Raumes hat einiges dazu beigetragen. Lebten vor 60 Jahren in der gesamten Region Mariazellerland noch annähernd 7.000 Bürgerinnen und Bürger, sind es heute nicht einmal mehr 4.000.



Die medizinische Grundversorgung des ländlichen Raumes wird in Zukunft nur mit den sogenannten Gruppen- oder Gemeinschaftspraxen möglich sein.

MANFRED SEEBACHER

Man muss zur Kenntnis nehmen, dass diese Entwicklungen, diese Veränderungen auch ein neues Denken in der medizinischen Versorgung notwendig machen.

In Mariazell hat man mit dem Land Steiermark, mit Landesrat Mag. Christopher Drexler, dem Gesundheitsfonds Steiermark, der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, der Steiermärkischen Krankenanstalten Gesellschaft und der Ärztekammer einen gemeinsamen Weg für die Zukunft gefunden.

Im ehemaligen Landeskrankenhaus Mariazell wurde in Form eines Pilotprojektes, auf drei Jahre befristet, die Gesundheitsversorgung für das gesamte Mariazellerland neu aufgestellt.

Wie sieht diese Versorgung nun im Detail aus?

Es wurden Ärzte gefunden, die in Form einer Gesellschaft das Gesundheitszentrum führen. Dr. Patrick Killmaier und Dr. Magdalena Griebler führen gemeinsam, verstärkt durch weitere drei Ärzte, das Zentrum. Wie uns die ersten vier Monate gezeigt haben, wird das neue Gesundheitszentrum äußerst gut angenommen. Wurden in der Ambulanz im Schnitt zehn Patienten pro Tag registriert, sind es heute im Durchschnitt an die 30 Personen, an Spitzentagen über 50.

Derzeit werden neben der normalen medizinischen Abklärung noch Röntgen, Ultraschall und Labor angeboten. In den nächsten Monaten soll das Angebot erweitert werden und wir können davon ausgehen, dass auch fachärztliche Tätigkeiten, wie im Bereich der Kinderheilkunde,

der Frauenheilkunde und im Bereich der Osteopathie, angeboten werden können. Weiters soll das Zentrum mit physiotherapeutischen sowie psychotherapeutischen Angeboten noch attraktiver werden.

Das Gesundheitszentrum Mariazell ersetzt die alte Einrichtung der Ambulanz und ist keinesfalls in Konkurrenz zu den niedergelassenen Ärzten in Mariazell zu verstehen. Wenn man bedenkt, dass die Altersstruktur der Niedergelassenen genauso ist wie im gesamtösterreichischen Schnitt, nämlich alle drei niedergelassenen Ärzte werden in den nächsten zehn Jahren in Pension gehen, werden Sie, liebe Leserinnen und Leser, auch verstehen, dass ich mich persönlich sehr stark für die Installierung des Gesundheitszentrums eingesetzt habe. Wenn man weiters bedenkt, dass sich für den ländlichen Raum fast keine Mediziner mehr finden, die bereit sind eine Ordination zu eröffnen, dann werden Sie mich noch eher verstehen.

Es ergibt sich daher für mich nur ein zulässiger Schluss: Die medizinische Grundversorgung des ländlichen Raumes wird in Zukunft nur mit den sogenannten Gruppen- oder Gemeinschaftspraxen möglich sein. Es muss klar sein, dass es den Landarzt, der über Jahrzehnte für die Bevölkerung rund um die Uhr verfügbar war, nicht mehr geben wird.

Der von der Politik eingeschlagene Weg im steirischen Gesundheitssystem ist für mich daher nachvollziehbar. Die Schwerpunktkrankenhäuser werden die Spitzenmedizin abdecken und die Gemeinschaftspraxen in den meisten Fällen die Grundversorgung im peripheren Bereich.

Der Notfall

KLAUS PESSENBACHER

Die rund um die Uhr umgesetzte Notfallversorgung von Patienten mit akuten lebensbedrohlichen Gesundheitsstörungen ist eine unverzichtbare medizinische Leistung für die steirische Bevölkerung.

Sie basiert derzeit auf einer dreigliedrigen Säule, an der einerseits der niedergelassene Arzt im Bereitschaftsdienst und der Rettungsdienst (Boden/Luft) sowie andererseits die Notfallambulanzen der Krankenhäuser beteiligt sind.

Aufgrund mangelnder Fachkräfte, insbesondere der nicht ausreichend verfügbaren Ärzte, sind Veränderungsprozesse in der gesamten Versorgungslandschaft notwendig. Dabei ist festzuhalten, dass jede Veränderung eines einzelnen Bereiches auch Veränderungen bzw. Anpassungen der anderen Notfallorganisationen und -Einrichtungen zwingend notwendig macht.

Es gilt daher, alle möglichen personellen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen zu nutzen und neue zu schaffen, um zukünftig tatsächliche Notfallpatienten zu identifizieren und bestmöglich versorgen zu können. Nur damit sind wir in der Lage, die zukünftigen Herausforderungen zur flächendeckenden Notfallversorgung der Bevölkerung zu meistern.

Als erster Schritt muss jedenfalls für alle Beteiligten das einheitliche Verständnis für einen Notfallpatienten bestehen. Nur dies bildet die Grund-

lage dafür, dass die Notfallversorgung der Bevölkerung einheitlich und umfassend neu ausgerichtet werden kann. Darauf aufbauend sind zwischen den Institutionen abgestimmte Notfalldiagnostik, definierte Transportindikationen und Behandlungsabläufe festzulegen. In weiterer Folge muss die telemedizinische Vernetzung der einzelnen Säulen (Telefonarzt, Arzt, Rettungsdienst und Notfallversorgungseinrichtung) verbessert bzw. ausgebaut werden.

In der Steiermark ist es in den letzten Jahren durch gemeinsame Anstrengungen gelungen, einige wichtige strukturelle und technische Voraussetzungen dafür zu schaffen:

- Umstellung der Notarztfahrzeuge und Hubschrauber auf einen einheitlichen Typ;
- Vereinheitlichung der medizinisch-technischen Ausstattung der Notarzteinsatzfahrzeuge und Hubschrauber – so ist es schon heute möglich, aus beinahe allen Notarzteinsatzfahrzeugen telemedizinische Daten (EKG, Blutdruck etc.) zu übertragen. Damit wäre der Notarzt vor Ort technisch in der Lage, sich im Anlassfall umgehend mit Fachärzten oder anderen Notfalleinrichtungen über die weitere Vorgehensweise abzusprechen.
- Einsatz eines elektronischen Systems (Virt-EBA) in beinahe allen Rettungsfahrzeugen der Steiermark, welches ermöglicht, dass anhand von vorgegebenen einheitlichen Dia-



Deshalb ist das Augenmerk auf den Einsatz von Drohnen, selbstfahrenden Fahrzeugen, verbessertem digitalen Monitoring sowie Apps und künstlicher Intelligenz zu werfen.

KLAUS PESSENBACHER

gnosecodes die nächstgelegene geeignete freie Versorgungseinheit für den Patienten schon im Rettungswagen/Notarztwagen vorgeschlagen wird. Dies muss in Zukunft nicht immer zwingend die Notfallambulanz eines Krankenhauses sein.

Obwohl bisher schon in vielen Bereichen technische Voraussetzungen zur zukünftigen Notfallversorgung geschaffen wurden, müssen auch die organisatorischen Abläufe angepasst werden:

- Es ist notwendig, basierend auf den derzeit technischen Möglichkeiten, die Notarzt-Hubschrauber in der Nacht einzusetzen. Dies bedeutet, dass damit auch in der Nacht Patienten mit dem Hubschrauber über größere Distanzen rasch in spezielle, nicht in allen Versorgungseinrichtungen vorhandene Strukturen (z.B. kardiologische Notfalltherapien, Schlaganfallstationen etc.) transportiert werden können.
- Schaffung von alternativ-ärztlich betreuten Transportmöglichkeiten („Interhospitaltransport“), die derzeit, entgegen der eigentlichen Aufgaben, vom Notarzt begleitet werden. Aufgrund durchgeführter Erhebungen ist bekannt, dass für diese Transporte nicht immer die physische Anwesenheit eines Arztes zur Patientenbetreuung während des Transportes notwendig ist.
- Etablierung von Telenotärzten, die über Telemetriedaten, Video-Chat und mit dem anwesenden Fachpersonal im Fahrzeug den (interhospitalen) Patiententransport betreuen.
- Vernetzung, Nutzung und Ausbau der realen und virtuellen Trainingszentren, um medizini-

sche Maßnahmen und Einsatzabläufe abzustimmen.

Ebenso muss an der weiteren Adaptierung der Rettungskette gearbeitet werden. Dies bedeutet:

- Koordination aller an der Notfallversorgung beteiligten Institutionen über eine Leitstelle, und zwar vom Telefonarzt, „First Responder“, Arzt, Telenotarzt, Rettungs-, Notarztwagen und -Hubschrauber bis zu den Notfallambulanzen/Gesundheitszentren, um eine für den Patienten optimierte Notfallversorgung sicherzustellen.
- Änderungen in der Leistungsabrechnung des Rettungsdienstes (Boden/Luft) mit den Sozialversicherungsträgern, da diese stark an den durchgeführten Patiententransport in eine Versorgungseinrichtung gebunden ist.

Allerdings ist festzuhalten, dass durch telemedizinische Beratung, Datenübertragung und Vernetzung in Verbindung mit dem optimierten Einsatz von Telefonarzt, niedergelassenen Ärzten, des Rettungsdienstes (Boden-Luft) und anderer Notfallversorgungseinrichtungen erst der Grundstein für eine zukünftige moderne Notfallversorgung der Bevölkerung gelegt ist.

Deshalb ist schon heute das Augenmerk auf den möglichen Einsatz von Drohnen, selbstfahrenden Fahrzeugen, verbessertem digitalen Monitoring sowie auf den Einsatz von Apps und künstlicher Intelligenz zu werfen. Auch der Ausbau virtueller Realitäten soll in Zukunft helfen, nicht nur die Notfallversorgung der steirischen Bevölkerung sicherzustellen, sondern auch innovativ und qualitativ neue Wege beschreiten zu können.

Auf dem Weg zu einem neuen Regionalen Strukturplan Gesundheit

WOLFGANG HABACHER

Die Versorgung der Menschen im Krankheitsfall stellt für Bund, Länder und Gemeinden sowie die Sozialversicherungen eine der herausforderndsten Aufgaben überhaupt dar. Sie benötigen dafür hochspezialisierte Expertinnen und Experten der Gesundheitsberufe, modernste technische Einsatzmittel, geeignete bauliche Strukturen und eine Vielzahl an bestmöglich abgestimmten Prozessen und Akteure, die im Bedarfsfall wissen, was jeweils zu tun ist. Die Aufrechterhaltung dieses Systems kostet insgesamt ca. 11 % des BIPs jährlich (Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts, 2014) und ist daher ein sehr großer Wirtschaftsfaktor. Zudem ist es für jede(n) Einzelne(n) ein emotional beladenes Thema, da es unmittelbar in elementare Bedürfnisse des Lebens eingreift. In dieser Gemengelage ist es notwendig, eine

kontinuierliche Weiterentwicklung und Veränderung des Gesundheitssystems so auszurichten, dass die dynamische Charakteristik der Bedarfe und der medizinischen und technischen Angebotsmöglichkeiten im Korsett des praktisch Umsetzbaren Platz findet. Der Interessenausgleich zwischen den vielen Akteurinnen und Akteuren einerseits und der dauerhaft qualitativen Exzellenz des Systems andererseits bestimmt weitgehend den politischen Handlungsspielraum. Die Gestaltungsverantwortung kommt gemäß der „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ ebenso wie jene für den reibungslosen Betrieb in den wesentlichen Teilen den Ländern und den Sozialversicherungsträgern zu. Dieser Auftrag bedeutet für das Land Steiermark, Antworten zu finden auf eine sich ändernde Bevölkerungsstruktur, auf die begrenzte



Der Interessenausgleich zwischen den vielen AkteurInnen und der dauerhaft qualitativen Exzellenz des Systems bestimmt den politischen Handlungsspielraum.

WOLFGANG HABACHER

Verfügbarkeit finanzieller Mittel und die weniger werdenden personellen Ressourcen bei einem sehr dicht gewobenen Versorgungsnetz. Diese Antworten finden sich im von LR Mag. Christopher Drexler präsentierten Gesundheitsplan 2035, der eine Neugestaltung der Versorgungslandschaft vorsieht. Auf dem Weg dorthin sind jedoch Etappenziele der Umsetzung zu erreichen und die notwendigen Maßnahmen in konkrete Zahlen, Fakten und Schritte herunterzubrechen. Diese Aufgabe fällt dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) zu, der regelmäßig von den Ländern und der Sozialversicherung festzulegen, zu aktualisieren und weiterzuentwickeln ist. Derzeit wird der RSG für das Jahr 2025 erarbeitet. Dieser RSG wird so konzipiert, dass er, von der bestehenden Struktur ausgehend, Veränderungsprozesse in den Strukturen einleitet und dabei das Ziel einer Neuordnung der Versorgungslandschaft bis 2035 nicht aus den Augen verliert. Da er sämtliche wesentliche Versorgungsteile umfasst (präklinische Notfallversorgung, ambulante, akutstationäre Versorgung...) ist es möglich, die Prozessorientierung vom Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem über die Primärversorgung und die fachärztliche Versorgung im ambulanten oder stationären Bereich in einer integrativen Betrachtung im Sinne der Wege der Patientinnen und Patienten durch die steirische Versorgungslandschaft abzubilden. Er bedient sich dabei einer umfassenden Analyse von Daten aus den bestehenden Versorgungsmustern, setzt sie zueinander in Beziehung und leitet daraus unter Anwendung demografischer Prognosemodelle notwendige Anpassungsmaßnahmen ab. Ein zentraler Anknüp-

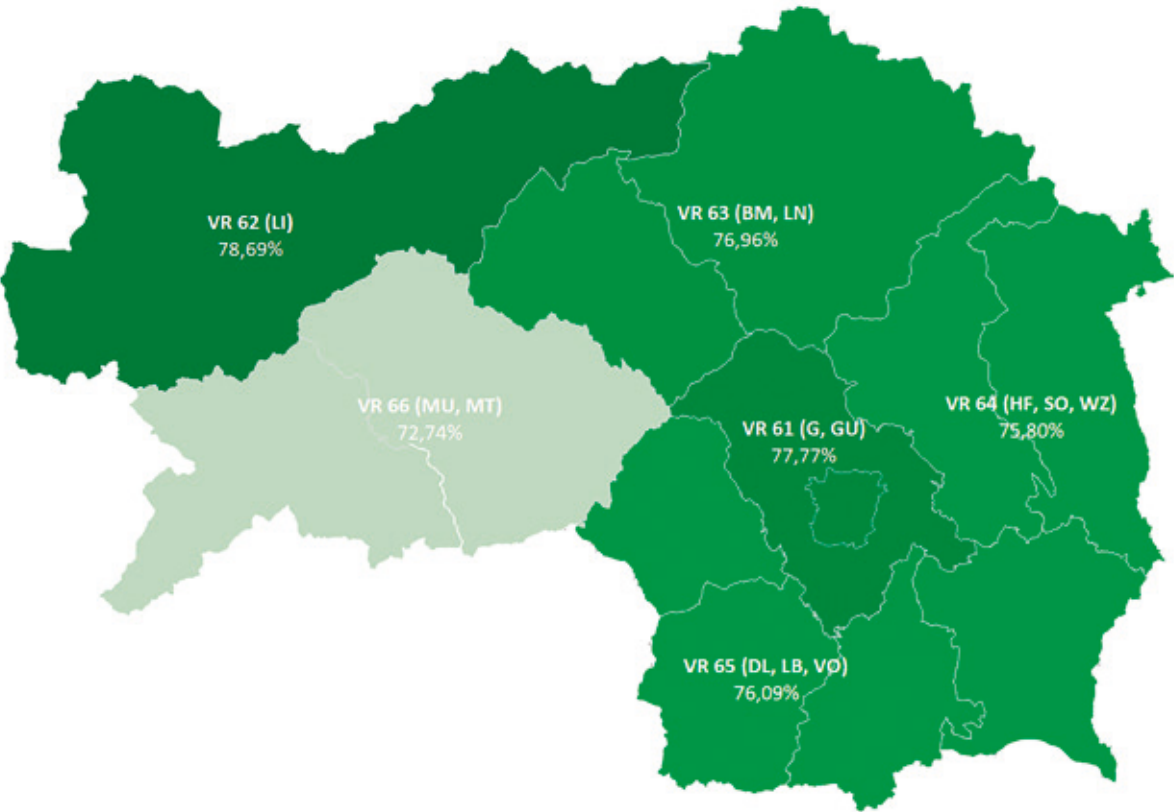
fungspunkt an den Gesundheitsplan 2035, der in diesem RSG bereits aufgenommen werden soll, wird eine abgestufte präklinische Notfallversorgung sein, die auch den Nacht- und Wochenend-Bereitschaftsdienst einbezieht und es sich zur Aufgabe macht, das Problem der teilweise nur schwer möglichen Besetzung von Diensten in den Griff zu bekommen. Dieses System wird eng verschränkt mit dem Gesundheitstelefon, womit die Menschen zukünftig über eine zentrale Anlaufstelle Zugang zu unterschiedlichen Angeboten der Gesundheitsversorgung haben werden.

Die Neugestaltung der Primärversorgung im RSG, die neben den gewohnten Einzelordinationen für Allgemeinmedizin auch den Aufbau von multiprofessionellen Gesundheitszentren anstrebt, wird dafür Sorge tragen, dass Menschen zukünftig zu breiten Öffnungszeiten eine umfassende und abschließende Fallabklärung erhalten können, womit ambulant tätige, fachärztliche Strukturen sich verstärkt darauf konzentrieren können, komplexe und spezielle Versorgungsbedarfe wahrzunehmen und somit ihren Kernauftrag zurückbekommen werden.

Dem Rückgang der Zahl an Ärztinnen und Ärzten bei tendenziell steigender Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Steirerinnen und Steirer muss die stärkere Einbindung weiterer qualifizierter Gesundheitsberufe gegenüberstehen. Zudem muss eine schrittweise Bündelung der personellen Kapazitäten erfolgen. Der im Laufe des Frühjahrs fertigzustellende RSG wird mit Bedacht deutliche Schritte in diese Richtung setzen und somit eine wichtige Basis für den Steirischen Gesundheitsplan 2035 sein.

Gesundheits- berichterstattung in der Steiermark

CHRISTA PEINHAUPT



• Abb.: Anteil der Personen mit (sehr) gutem Gesundheitszustand 2014 nach Versorgungsregionen, relativ;
Quelle Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Bearbeitung LASTAT, Darstellung: EPIG GmbH.



Neben der Bildung haben auch Faktoren wie Einkommen, Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund oder soziale Teilhabe einen Einfluss auf Gesundheit und Krankheitsrisiken der Bevölkerung.

CHRISTA PEINHAUPT

Gesundheit und Krankheit der Steirerinnen und Steirer – ausgewählte Daten

Betrachtet man die Anteile der Bevölkerung, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, so ist der subjektiv empfundene Gesundheitszustand der steirischen Bevölkerung insgesamt in den letzten Jahren gestiegen (2006/07: 73,9 %; 2014: 76,6 %). Bei differenzierter Betrachtung zeigt sich allerdings, dass der Anteil der Steirerinnen und Steirer, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut einstufen, in den letzten Jahren gesunken, der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als gut einstufen, gestiegen ist.

Steirische Frauen verbringen durchschnittlich 77,3 % ihres Lebens in (sehr) guter Gesundheit, 17,5 % in mittelmäßiger und 5,2 % in (sehr) schlechter Gesundheit. Männer haben zwar insgesamt eine niedrigere Lebenserwartung, verbringen aber einen größeren Teil ihres Lebens in (sehr) guter Gesundheit als die Frauen. In der Steiermark beträgt dieser Anteil 82,2 %. 14,3 % ihres Lebens verbringen die steirischen Männer in mittelmäßiger Gesundheit und 3,5 % in (sehr) schlechter Gesundheit.

Mehr als ein Viertel der steirischen Bevölkerung leidet an chronischen Rückenschmerzen. Frauen sind davon häufiger betroffen als Männer. Schlaganfälle, die in steirischen Krankenanstalten behandelt wurden, sind von 5.000 im Jahr 2010 auf 4.733 im Jahr 2014 zurückgegangen. 7 % der Steirerinnen und Steirer (etwas weniger als im Österreichschnitt) gaben bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 an, unter

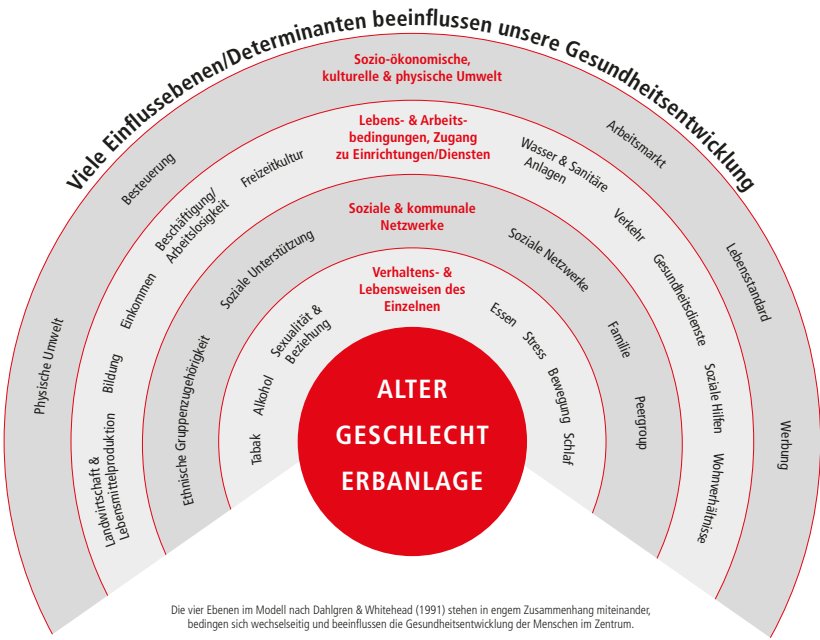
einer Depression zu leiden. Steiermarkweit gab es im Jahr 2014 82 alkoholbedingte Todesfälle pro 100.000 Einwohner. Die alkoholassoziierten Todesfälle sind bei Männern mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen. In der Steiermark fällt im Bundesvergleich ein relativ hoher Anteil an Kaiserschnitt-Geburten auf. Dieser entspricht etwa einem Drittel der Lebendgeburten und ist in den letzten Jahren stetig gestiegen.

Diese und viele weitere Daten zum Gesundheitszustand der steirischen Bevölkerung finden sich im Gesundheitsbericht 2015 für die Steiermark.¹ Die Daten sind unter anderem Entscheidungsgrundlage für Maßnahmen, Strategien und Reformen im Gesundheitswesen – wie allem voran für den Steirischen Gesundheitsplan 2035.

Warum ein Gesundheitsbericht mehr ist als die Darstellung der Gesundheit der Steirerinnen und Steirer

Der Gesundheitsbericht 2015 für die Steiermark betrachtet nicht nur, wie es um die Gesundheit der Steirerinnen und Steirer steht. Der Gesundheitsbericht Steiermark folgt – ebenso wie die 2007 vom Landtag beschlossenen Gesundheitsziele Steiermark² – einem umfassenden Gesundheitsbegriff mit einem politikfeldübergreifenden Ansatz. Dem zugrunde liegt das Modell, dass Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung von unterschiedlichen Determinanten beeinflusst werden.

Sehr deutlich zeigt sich der Einfluss des Bildungsstandes auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Daten dazu liegen aus einer jünger-



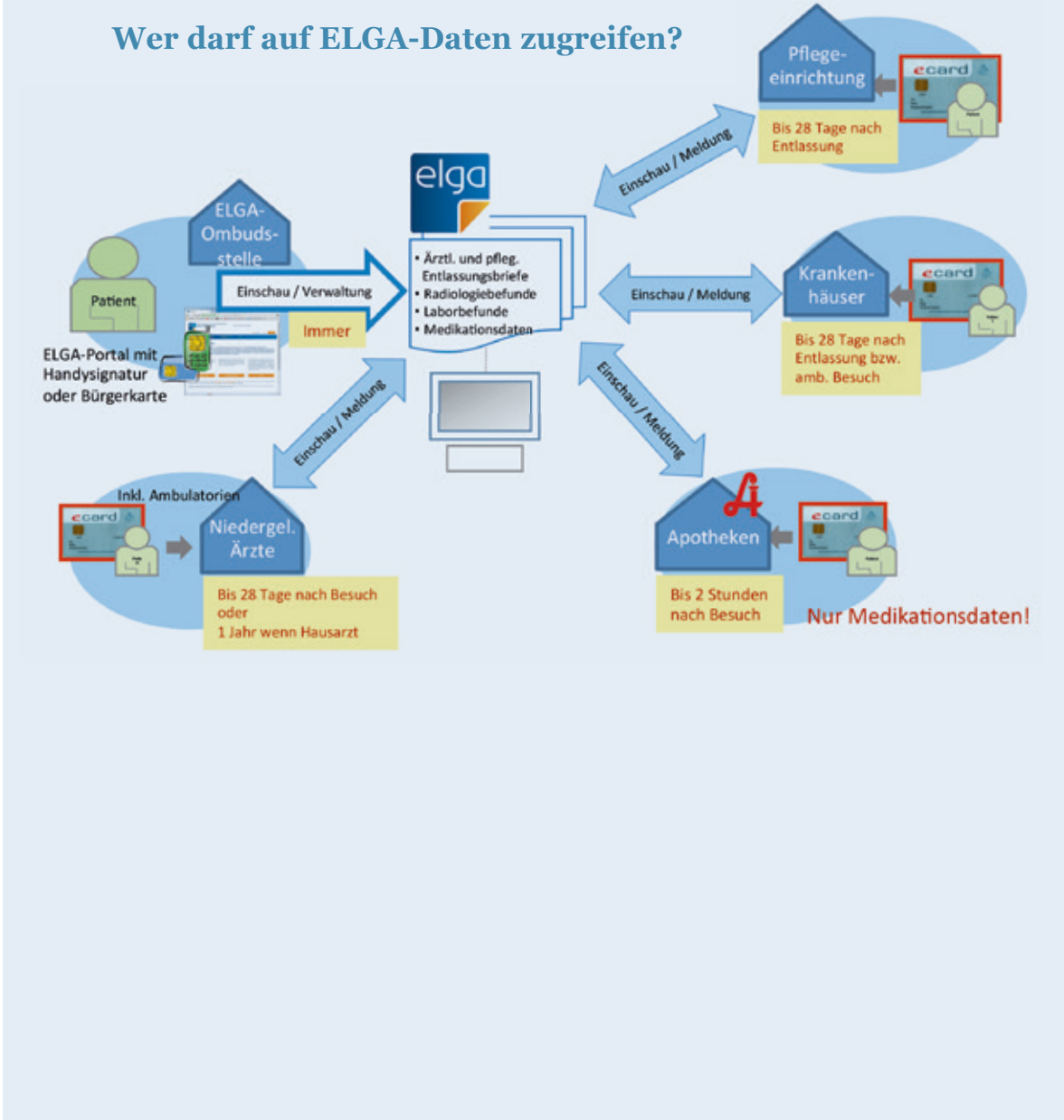
• Abb.: Determinantenmodell;
Quelle: Gesundheitsbericht für
die Steiermark 2015, Seite 29.

ten Arbeit der Statistik Austria auf Österreichsebene vor.³ Der Unterschied bei der gesunden Lebenserwartung zwischen der niedrigsten und der höchsten Bildungsschicht liegt bei Frauen wie auch bei Männern bei 13,4 Jahren. Daraus abgeleitet werden kann ein nicht unerheblicher Einfluss des Bildungswesens auf die Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung. Der Gesundheitsbericht betrachtet daher auch Entwicklungen im Bildungsbereich. Für die Steiermark kann beobachtet werden, dass das Bildungsniveau in den letzten Jahren gestiegen ist. Der Anteil von Steirerinnen und Steirern mit niedrigeren Bildungsabschlüssen sinkt, jener mit höheren Bildungsabschlüssen steigt. Sehr gut kann der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit auch am Beispiel des Gesundheitsziels „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der Steirerinnen und Steirer verbessern“ gezeigt werden. Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung zeigen, dass der Obst- und Gemüsekonsum als auch das wöchentliche Bewegungsausmaß bei Steirerinnen und Steirern mit höheren Bildungsabschlüssen höher ist als bei Steirerinnen und Steirern mit niedrigeren Bildungsabschlüssen. Im Gegenzug dazu sind Steirerinnen und Steirer mit Maturaabschluss oder Hochschulabschluss deutlich seltener adipös und übergewichtig als Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen. Unter den Steirerinnen und Steirern mit Pflicht-

schulabschluss finden sich 25,4 %, deren BMI⁴ im Bereich der Adipositas liegt (Matura: 4,6 %; Hochschule: 5,9 %), und 35,1 % mit einem BMI im Übergewichtsbereich (Matura: 26,5 %; Hochschule: 26,2 %). Neben der Bildung haben aber auch viele andere Faktoren wie Einkommensunterschiede, Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund oder soziale Teilhabe einen Einfluss auf Gesundheit und Krankheitsrisiken der Bevölkerung. Der Gesundheitsbericht Steiermark legt daher ein besonderes Augenmerk auf Daten, die sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen beschreiben. Damit sollten Entscheidungsgrundlagen für den Grundsatz der Steirischen Gesundheitsziele „Gleiche Chancen für alle“ geschaffen werden. Der Gesundheitsbericht stellt somit eine wissenschaftlich fundierte Informationsbasis für die weitere strategische Ausrichtung des Gesundheitswesens und für die Umsetzung der Steirischen Gesundheitsziele dar.

1 http://www.gesundheitsportal-steiermark.at/Documents/Gesundheitsbericht%20Steiermark%202015_gesamt.pdf.
2 <http://www.gesundheitsportal-steiermark.at/themen/gesundheitsziele>.
3 http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/3/CH1099/CMS1474300969368/athis_analyse_08092016_.pdf.
4 Die Abkürzung BMI steht für Body Mass Index („Körpermassen-Index“), welcher mit folgender Formel berechnet wird: BMI = Körpergewicht (in Kilogramm): Körpergröße² (in Meter); vgl. <http://www.oege.at/index.php/bildung-information/ernaehrung-von-a-z>.

Wer darf auf ELGA-Daten zugreifen?



• ELGA: siehe zur Grafik den Beitrag auf den folgenden Seiten.

ELGA – die elektronische Gesundheitsakte

Plattform für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

WERNER LEODOLTER

Patienten wollen einen informierten Arzt in der Praxis und im Krankenhaus, einen Arzt, der über ihre Krankengeschichte informiert ist. Besonders wichtig ist diese umfassende Information in der integrierten Versorgung für chronisch kranke Patienten. Patienten wollen in Zukunft auch stärker in aktiver Rolle eingebunden werden. Dazu benötigt es entsprechende Infrastrukturen und den Willen der Gesundheitsdiensteanbieter zur Zusammenarbeit. Dies erfordert aber auch – neben der eindeutigen Identifikation des Patienten und der eindeutigen Identifikation des berechtigten und zugelassenen Gesundheitsdiensteanbieters – Sicherheit, Datenschutz und Vernetzung. Die Anonymität des Internets und der damit einhergehenden „Blüten“, wie Fake-News, Manipulation etc., haben im Gesundheitswesen nichts zu suchen. Patientenbetreuung ist wie kaum etwas Anderes eine Sache des Vertrauens.

ELGA ist die Basisinfrastruktur für die vernetzte Leistungserbringung der Gesundheitsdiensteanbieter am Patienten. Der Patient und Bürger hat vollen Einblick, wer in seine Daten Einschau nimmt. Er kann auch beeinflussen, wer Einschau

nehmen darf und wer nicht. Ein Behandlungsvertrag des Patienten mit dem jeweiligen Gesundheitsdiensteanbieter – gegebenenfalls durch Stecken der e-Card – ist Voraussetzung. Auf Wunsch kann der Patient aber auch an der gesamten ELGA nicht teilnehmen („opt out“) oder bestimmte Dokumente nicht über ELGA zugänglich machen („situatives opt-out“). Bei Bedarf bekommt der Patient bei Fragen, Unklarheiten oder fehlenden Möglichkeiten des Zuganges Unterstützung bei der ELGA-Ombudsstelle, die bei der Patientenombudsstelle angesiedelt ist. (Die Zugriffsmöglichkeiten der einzelnen ELGA-Teilnehmer sind in der Grafik dargestellt.)

Inzwischen ist ELGA in den meisten Bundesländern in Betrieb und wird mit Daten aus den Spitälern gespeist: mit Arztbriefen, Pflegeentlassungsberichten, Radiologie- und Laborbefunden. Der Anschluss der niedergelassenen Ärzte folgt in den nächsten Monaten und Jahren.

ELGA ist aber auch die Basis für zukünftige weitergehende spezielle eHealth-Anwendungen, wie die eMedikation, die die Patientensicherheit erhöht und die es dem Arzt erleichtert, bei zu



Dazu gehört Vertrauen – auch Vertrauen in den Datenschutz. Dieser ist sowohl technisch als auch organisatorisch in höchstem Maße gesichert.

WERNER LEODOLTER

vielen Medikamenten Warnungen bezüglich Wechselwirkungen usw. auszusprechen und entsprechend zu handeln. Auch Apotheken werden dabei eingebunden, die Patienten durch das Wissen um die rezeptpflichtigen Medikamente und andere in der Apotheke verkaufte Arznei- und Nahrungsergänzungsmittel beraten können. ELGA wird auch eine zentrale Infrastruktur für das Telemonitoring von chronisch kranken Patienten, z.B. bei Herzinsuffizienz, sein, wie dies in der Steiermark im Anlaufen ist und in Tirol bereits läuft. Auch bei Diabetes- und Bluthochdruckpatienten sind derartige Lösungen bereits im Piloteinsatz. Die Steiermark ist auch das einzige Bundesland das – im Wege der KAGES-Tochtergesellschaft „marc“ – nahezu alle Radiologiebilder der Fachärzte untereinander zugänglich macht, wenn der Patient den jeweiligen Arzt autorisiert. Der elektronische Röntgenpass stellt dem Patienten die mit den Röntgenaufnahmen verbundene Strahlenbelastung dar (derzeit nur der Aufnahmen in den Radiologien der KAGES) – und zwar auch im Vergleich zu natürlichen Strahlenquellen. All diese Anwendungen können unter dem Begriff „eHealth“ subsumiert werden und haben das Ziel, den Patienten einzubinden, zu ermächtigen und zu informieren.

Der informierte und eingebundene Patient, der informierte Arzt in seiner jeweiligen Rolle als Allgemeinmediziner oder Facharzt aber auch Mitglieder anderer Gesundheitsberufe werden so zunehmend Partner auf Augenhöhe. Dazu ge-

hört Vertrauen – auch Vertrauen in den Datenschutz. Dieser ist sowohl technisch als auch organisatorisch in höchstem Maße gesichert – Zugriffsregeln sind klar definiert und technisch implementiert (siehe Grafik). Der Patient gewährt dem Arzt oder anderen Gesundheitsdiensteanbietern die Einschau in seine Daten und sieht auch, wer Einblick in seine Daten genommen hat. Bei unplausiblen Zugriffen kann er – auch im Wege der ELGA-Ombudsstelle – Rechenschaft verlangen.

Der Umfang der Daten zu einem Patienten kann enorme Ausmaße annehmen. Langfristiges Ziel ist es daher, den Beteiligten und Berechtigten die situationsbezogen relevanten Daten möglichst einfach, übersichtlich und zweckmäßig darzustellen. Es ist evident, dass es ohne Fundament – und das ist ELGA – keine Weiterentwicklung des vernetzten Gesundheitswesens im Interesse der integrierten Versorgung der Patienten geben wird. Die Steiermark war das erste Bundesland, das mit seinen Spitälern (aller Träger) flächendeckend mit ELGA verbunden wurde. Die Steiermark ist mit dem Gesundheitsplan 2035 auch eines der fortschrittlichsten Bundesländer was die Gestaltung moderner Gesundheitsversorgungsstrukturen betrifft. Die Infrastrukturen für eine verbesserte und vernetzte Leistungserbringung für die Patienten und für die Betreuung – vor allem chronisch kranker Patienten – sind dazu bereit. ELGA ist die Plattform, auf der sich ein verbessertes und weiterentwickeltes Gesundheitssystem entfalten kann.

Sicherheit und Lebensfreude: „HerzMobil Tirol“ hat sich bereits bei 150 PatientInnen bewährt

Nun auch Zusammenarbeit mit der Steiermark

BERNHARD TILG

Mit „HerzMobil Tirol“ wurde im Bundesland Tirol ein Behandlungspfad für Patienten mit Herzinsuffizienz geschaffen, der mit telemedizinischer Unterstützung (Telegesundheit) neue Wege in der Versorgung chronisch erkrankter Patienten aufzeigt. Die Landeszielsteuerungskommission hat in ihrer Dezember-Sitzung und nach erfolgreichen Jahren der Entwicklung und Erprobung nun die landesweite Ausrollung und die Regelfinanzierung beschlossen.

Eine extrem hohe Akzeptanz war sowohl bei den bisher rund 150 Patientinnen und Patienten als auch bei den 18 betreuenden Medizinerinnen und Medizinern zu verzeichnen. Die Lan-

deskrankenhäuser Innsbruck, Hall, Hochzirl und Natters haben mit der niedergelassenen Ärzteschaft und den fünf mobilen Pflegekräften ein bestens funktionierendes Netzwerk für diese herzkranken Menschen gebildet: Mit HerzMobil Tirol ist es gelungen, die ansonsten sehr hohe Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme ins Krankenhaus zu senken. Die Erkrankung dieser Patientinnen und Patienten konnte erfolgreich stabilisiert werden. Ihnen wurde zugleich Lebensfreude, Hoffnung und Sicherheit in dieser schwierigen Lebenssituation vermittelt.

Die Lebensqualität und die Gesundheit der TeilnehmerInnen des Programms HerzMobil Tirol haben sich also deutlich verbessert. Diese an



In Kooperation mit der Steiermark beschreiten wir gemeinsam innovative Wege, die Vorbildcharakter über Österreichs Grenzen hinaus haben.

BERNHARD TILG

Herzinsuffizienz leidenden PatientInnen im Großraum Innsbruck verfügen in den ersten drei Monaten nach ihrer Entlassung aus dem Spital über ein speziell entwickeltes Smartphone: Damit senden sie von zu Hause täglich Daten zu Blutdruck, Herzfrequenz, Körpergewicht, Wohlbefinden und Medikamenteneinnahme an das Versorgungsnetzwerk. HerzMobil Tirol läuft seit 2013 und ist ein gemeinsames telemedizinisches Projekt vom Land Tirol, der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK), der Tiroler Kliniken und des Austrian Institute of Technology (AIT). In Kooperation mit der Steiermark beschreiten wir gemeinsam innovative Wege, die Vorbildcharakter über Österreichs Grenzen hinaus haben.

Bei HerzMobil Tirol wird jede Patientin und jeder Patient einem/einer niedergelassenen Arzt/Ärztin innerhalb des Netzwerks zugewiesen. Diese/r überprüft die telemedizinischen Daten. Werden die festgelegten Grenzwerte überschritten, erfolgt eine automatische Mitteilung des Systems an den/die MedizinerIn, der oder die sofort die Therapie anpassen kann. Außerdem kommen bei Herzinsuffizienz spezialisierte Pflegekräfte ins Haus. Nach dieser engmaschigen dreimonatigen Betreuung können die Patientinnen und Patienten in der Regel in die Standardversorgung durch den/die Haus- und Facharzt/-ärztin überführt werden.

Dieses Projekt ermöglicht uns wichtige Erkenntnisse, wie überhaupt die telemedizinische Versorgung von chronisch kranken Menschen in Zukunft aussehen kann. Alle bisherigen Projektphasen wurden begleitend evaluiert. Dabei war ein klarer medizinischer Nutzen des Programms zu erkennen. HerzMobil Tirol setzt nicht nur für

das österreichische Gesundheitswesen, sondern auch international einen vollkommen neuen Maßstab für diese Therapie. In den kommenden Jahren werden eHealth-Anwendungen, die in eine vernetzte Versorgungslandschaft eingebettet sind, viele wichtige Bereiche des Gesundheits- und Pflegesystems erfassen.

Durch die Erfassung, Speicherung, Verarbeitung und sichere Übermittlung der Daten an berechtigte Personen können die Effizienz und die Effektivität von Therapien wesentlich gesteigert werden. Gerade die PatientInnenversorgung in Tirol kann aufgrund der geographischen Lage mit dem Zentralraum und den peripheren Regionen ganz besonders von telemedizinischen Versorgungsstrukturen profitieren. Vor allem chronisch kranke Menschen werden somit von häufigen Ambulanzbesuchen verschont und werden sich dabei trotzdem sicher fühlen: Sie wissen, dass ihr Gesundheitszustand von medizinisch geschultem Personal überwacht wird.

Das Bundesland Tirol war mit der Teleradiologie bereits vor Jahren Schrittmacher für die Telemedizin. In der letzten Zeit sind der Befundaustausch und die spitälsübergreifende Kommunikation, etwa im Rahmen von Tumorboards, dazu gekommen. Im Zuge der bundesweiten Entwicklung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA hat das Land gemeinsam mit dem Tiroler Gesundheitsfonds eine eHealth-Strategie für Tirol entwickelt und beschlossen. Anlässlich des Tiroler Vorsitzes in der Landeshauptleutekonferenz freue ich mich im ersten Halbjahr 2017 auf eine weitere, noch intensivere Kooperation zwischen unseren beiden Bundesländern im Bereich der Telemedizin und des Telemonitorings.

e-Medikation erhöht Arzneimittelsicherheit und Lebensqualität

GERHARD KOBINGER

Als Arzneimittelfachleute beschäftigen sich die Apothekerinnen und Apotheker seit jeher eingehend mit dem Thema Arzneimittelsicherheit. Denn: Medikamente wirken dann gut, wenn sie in der richtigen Dosis, zum richtigen Zeitpunkt und richtig kombiniert eingenommen werden. Die Arzneimittelsicherheit wird erhöht, wenn es eine Begleitung und einen Überblick bei der Medikation des Patienten/der Patientin gibt. Am besten gelingen kann dies durch eine lückenlose Dokumentation aller Verschreibungen und sonstiger rezeptfrei gekaufter Apothekenprodukte. Denn oft werden verschiedene Medikamente von mehreren ÄrztInnen verschrieben, nicht immer wissen die behandelnden ÄrztInnen jedoch über alle Verordnungen anderer KollegInnen Bescheid, und viele Menschen beziehen auch rezeptfrei erhältliche Arzneien in der Apotheke. Mit der e-Medikation, einer Funktion der elektronischen Gesundheitsakte ELGA, werden Arzneimittel elektronisch erfasst. Sie ist ein sehr hilfreiches Werkzeug, das eine einfache Kontrolle der Gesamtmedikation ermöglicht und damit die Sicherheit im Umgang mit Medikamenten deutlich erhöht.

Bessere Kontrolle – weniger Wechselwirkungen

Die größte gesundheitliche Gefahr bei der unkontrollierten Einnahme von Medikamenten sind die Wechselwirkungen zwischen mehreren gleichzeitig eingenommenen Wirkstoffen. Diese können bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln auftreten und sogar überproportional oft bei rezeptfreien Medikamenten. Der erhoffte Heilerfolg bleibt dann aus, im schlimmsten Fall kommt es zu gesundheitlichen Schäden bis hin zu vermeidbaren Krankenhausaufenthalten und Todesfällen. Bereits bei zwei eingenommenen Arzneimitteln liegt das Risiko einer Wechselwirkung bei mehr als zehn Prozent. Polymedikation, also die Einnahme von mehreren Arzneimitteln, erhöht dieses Risiko und führt oft dazu, dass die Patientinnen und Patienten – und hier vor allem ältere Menschen – leicht den Überblick verlieren. Diese Übersicht über alle eingenommenen Präparate können Apothekerinnen und Apotheker mit der e-Medikation als „Liste“ sicherstellen. Diese Liste muss natürlich von uns ApothekerInnen gewartet und interpretiert werden.



Ergänzt durch die Informationen aus der e-Medikation können die Patientinnen und Patienten in der Apotheke noch besser beraten werden.

GERHARD KOBINGER

Gemeinsam für mehr Sicherheit

Als zentraler Ort, wo alle Informationen über Rezepte und Medikamente zusammenlaufen, stehen die Apotheken im Fokus einer funktionierenden e-Medikation. Bei der Umsetzung und Implementierung in unser Gesundheitssystem wäre eine vertiefte Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe höchst wünschenswert. Im Idealfall arbeiten ApothekerInnen und ÄrztInnen eng mit den PatientInnen bzw. dem Pflegepersonal zusammen. Wie dies funktionieren kann, wurde 2016 im Probetrieb im Bezirk Deutschlandsberg bewiesen. Ähnliches wurde bereits im Vorfeld von der Apothekerschaft in etlichen Pilotprojekten erprobt. Unter bestimmten Rahmenbedingungen wären die Apotheken durchaus im Stande und bereit, die e-Medikation in der Apotheke auch allein, das heißt ohne die technische Einbindung der ÄrztInnen, durchzuführen. In diesem Fall müssten die PatientInnen entsprechend informiert, aufgeklärt und überzeugt werden, dass sie auch beim Apothekenbesuch die e-Card zur Erfassung der Medikamente mitnehmen müssen. Diese erweiterte Serviceleistung der Apotheken, die den PatientInnen mehr Arzneimittelsicherheit bringen würde, bedeutet eine weitere Aufwertung der ohnehin qualitativ hochwertigen Beratungstätigkeit in der Apotheke. Zweifellos würde für die Apothekerinnen und Apotheker mit der e-Medikation auch ein nicht zu unterschätzender Mehraufwand entstehen, welcher nach dem Motto „Geld folgt Leistung“ auch entsprechend honoriert werden muss.

Zukunftshoffnung e-Medikation

Die Vorteile der e-Medikation liegen auf der Hand: Mit diesem Tool wird es wesentlich einfacher, das Risiko von Wechselwirkungen und Mehrfachverordnungen zu reduzieren und die Sicherheit der Medikation zu erhöhen. Die Beratung zur richtigen Einnahme von Arzneimitteln sowie die Information über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen führen zu mehr Therapietreue und zählen zu den Kernkompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker. Im Rahmen des Serviceprojektes „Medikationsmanagement“ bieten einige Apotheken den KundInnen schon jetzt eine Bestandsaufnahme und Analyse aller Medikamente an. Ergänzt durch die Informationen aus der e-Medikation können die Patientinnen und Patienten in der Apotheke noch besser beraten werden. Dies gilt ganz besonders für Patientinnen und Patienten mit Polymedikation, also vorwiegend ältere Menschen. Die steigende Lebenserwartung erfordert eine engere Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe, Medikationsmanagement und Beratung werden weiterhin an Bedeutung gewinnen. Die e-Medikation mit der Medikationsliste ist ein erster, wichtiger Baustein in Richtung eines umfassenden Medikationsmanagements in der Apotheke, welches bei den teilnehmenden Personen zu erhöhter Compliance und oft auch zu weniger einzunehmenden Arzneimitteln führt. Durch die Reduktion vermeidbarer Hospitalisierungen sind weitere Einsparungen im Gesundheitssystem möglich.

Digital Healthcare-Pilotprojekt im Mürztal

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau baut ihre digitalen Gesundheitsdienste aus

KURT VÖLKL

Ein Thema wird ohne Zweifel die Gesundheitspolitik in naher Zukunft bestimmen: die effiziente Versorgung chronisch kranker PatientInnen. Seit Jahren ist in Österreich vor allem bei Diabetes- und Herzkranken ein konstanter Anstieg zu verzeichnen – dies stellt sowohl eine logistische als auch eine finanzielle Herausforderung für die politisch Verantwortlichen und für die Sozialversicherungsträger dar. Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) reagiert auf diese Entwicklung mit einem innovativen Telemedizinprojekt, das sie gemeinsam mit dem Land Tirol, dem Land Steiermark und dem Austrian Institute of Technology (AIT) in Klosterneuburg entwickelt hat: der Gesundheitsinitiative „Digital Healthcare“, die eine integrierte Gesundheitsversorgung auf Basis digitaler Dienste bietet. Durch die Anwendung modernster Technologie soll die Versorgungsqualität von PatientInnen entscheidend erhöht werden. Erprobt wird das Projekt, das bei den Gesundheitsgesprächen 2016 in Alpbach vorgestellt wurde und große Resonanz fand, im steirischen Mürztal. Dort wurde bereits seit längerem von Seiten der VAEB ein Gesundheitsdialog mit den Ärzten und Ärztinnen der Region gestartet. Im

Fokus des Projekts stehen PatientInnen mit den Indikationen „Bluthochdruck“ und „Diabetes“. Durch das Angebot einer telemedizinischen Betreuung soll bei diesen PatientInnen die notwendige und wichtige Kommunikation mit ihrem betreuenden Arzt/ihrer betreuenden Ärztin, aber auch deren Eigenverantwortlichkeit gefördert werden. Anhand der digitalen Verbindung erfolgt ein regelmäßiger Austausch zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn und den ÄrztInnen bleibt mehr Zeit für ihre PatientInnen in der Ordination. Besonders für PatientInnen, die in ländlichen Regionen mit nicht optimaler Anbindung an den öffentlichen Verkehr wohnen, bedeutet Digital Healthcare auch eine logistische Erleichterung. Sie ersparen sich unnötige Wege. So können die PatientInnen ihrem Arzt/ihrer Ärztin ohne großen Aufwand online ihre aktuellen Daten (Blutzuckerwerte, Blutdruckwerte) liefern und dieser kann unmittelbar darauf reagieren. Über ein elektronisches Diabetikertagebuch werden die Daten erfasst und in Form einer Verlaufskurve grafisch aufbereitet dargestellt. Auf diese Art und Weise ist es für den Arzt/die Ärztin leicht erkennbar, ob die Werte im Normalbereich liegen oder Abweichungen vorliegen, die eine Intervention erforder-



Dass Telemedizin Zukunft hat, ist unbestritten.

KURT VÖLKL

lich machen. Auch die Medikation, das Wohlbefinden oder der für DiabetikerInnen wichtige HBA1C-Wert können gespeichert werden. Auf diese Art erhält der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin rasch einen gesamthaften Überblick zum Gesundheitsstatus seiner PatientInnen. Die Daten stehen orts- und zeitunabhängig nur dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin sowie dem Patienten/der Patientin jederzeit online zur Verfügung.

Parallel zu den Indikationen „Bluthochdruck“ und „Diabetes“ versucht die eHealth-Initiative bei der Indikation „Herzinsuffizienz“ ebenfalls über ein Monitoringsystem den Therapieerfolg im Sinne eines integrierten Versorgungsansatzes zu verbessern. Das Projekt wird von der KAGES durchgeführt und folgt dem Beispiel von „HerzMobil Tirol“, bei dem diese Form des Dialoges bereits über mehrere Jahre erfolgreich etabliert werden konnte. Ausgehend vom Krankenhaus Bruck sollen in den nächsten zwei Jahren HI-PatientInnen über ein Telemonitoring begleitet und betreut werden. Ziel ist es, die Rehospitalisierung möglichst gering zu halten. Im internationalen Vergleich zeigte sich, dass das Selbstpflegeverhalten der im Projekt unterstützten PatientInnen wesentlich besser ist als bei vergleichbaren Kontrollgruppen. Auch die Wahrscheinlichkeit von Folgeerkrankungen kann – vor allem bei Diabetes-PatientInnen – durch ein erfolgreiches Monitoring in Form des elektronischen Gesundheitsdialogs nachweislich verringert werden. Umso mehr, als in dem Programm sowohl PatientInnen- und Untersuchungsdaten als auch laufende Messdaten erfasst werden.

Das Projekt finanziert sich überwiegend aus Mitteln des Gesundheitsfonds Steiermark und der

Sozialversicherung. Das digitale Betreuungstool wurde von der VAEB gemeinsam mit dem AIT entwickelt und ist bereits bestens erprobt. So läuft beispielsweise in der VAEB-Sonderkrankeanstalt in Breitenstein das Telemedizin-Projekt „Gesundheitsdialog Diabetes“, an dem über 600 PatientInnen teilnehmen. Die Rückmeldungen und Evaluierungen dieses elektronischen Gesundheitsdialogs sind durchwegs positiv.

Dass Telemedizin Zukunft hat, ist unbestritten. In den kommenden Jahren werden e-Health-Anwendungen, die in eine vernetzte Versorgungslandschaft eingebettet sind, nahezu alle Bereiche des Gesundheits- und Pflegesystems erobern und durch die Erfassung, Speicherung, Verarbeitung und sichere Übermittlung an berechnete Personen wesentlich dazu beitragen, dass Effizienz und Effektivität von Therapien gesteigert werden können. Für die PatientInnen werden Strukturen geschaffen, die aktive Mitarbeit und damit auch Mitbestimmung ermöglichen. Die Technik hilft den PatientInnen gemäß dem Leitsatz „Move the information, not the patient“. Moderne Informations- und Kommunikationstechnologie ist zum engen Verbündeten von PatientInnen geworden – ein Verzicht darauf wird zunehmend unmöglich.



Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Steiermark

KATHARINA PURTSCHER-PENZ

Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in der Steiermark

Der Wandel der Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten zeigt in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen ein Phänomen, das als „neue Morbidität“ bezeichnet wird. Es findet eine Verschiebung von den körperlichen zu den seelischen Erkrankungen und Störungen statt. Jüngste Zahlen aus Österreich zeigen, dass ca. 20 % aller Kinder und Jugendlichen an psychischen Problemen und Auffälligkeiten leiden, die eine Behandlung und Unterstützung erforderlich machen, bei 10 % besteht dringender Behandlungsbedarf! Dazu ist die Bereitstellung einer wohnortnahen ärztlichen und therapeutischen Versorgung wesentlich. Der Zusammenhang zwischen psychosozialen Lebensbedingungen der Familien und psychischen Auffälligkeiten der Kinder zeigt, wie wichtig eine „integrative Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ ist. Die Steiermark hat derzeit neben Tirol das quantitativ geringste stationäre und ambulante Behandlungsangebot im Bereich der Kinder- und

Jugendpsychiatrie. Zusätzlich ist die Steiermark auch eines der letzten Bundesländer, in dem es noch keine niedergelassenen FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem Vertrag mit der Gebietskrankenkasse gibt.

IST-Situation

Derzeit existieren an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am LKH Süd-West Graz 33 vollstationäre Behandlungsplätze (Akutpsychiatrie) und acht Behandlungsplätze im Bereich der Tagesklinik. Davon sind sechs Behandlungsplätze in der Tagesklinik im Rahmen eines speziellen Behandlungskonzeptes für Kinder mit schulbezogenen Störungen in Zusammenarbeit mit der Heilstättenschule festgelegt. Der notwendige Ausbau der voll- und teilstationären Behandlungsplätze in der Steiermark erfolgte in einem ersten Schritt im Jahr 2014 mit der Errichtung einer kinderpsychiatrischen Ambulanz und Tagesklinik am LKH Hochsteiermark in Leoben (sechs Behandlungsplätze). In Graz und Graz-Umgebung sind FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie als WahlärztInnen tätig.



Die weiteren Folgen sind oft der Abbruch von schulischen Ausbildungswegen oder Berufsausbildungen. Die indirekten Gesundheitsfolgekosten sind dadurch enorm.

KATHARINA PURTSCHER-PENZ

Zukünftige Entwicklungen

Stationärer Bereich: Um den stationären Versorgungsbedarf zu quantifizieren wurden in Österreich die sogenannten Bettenmessziffern für die voll- und teilstationären Behandlungsplätze eingeführt. Auch wenn man eine sehr geringe Bettenmessziffer zugrunde legt, ergibt sich für die Steiermark aktuell eine rechnerische Differenz von 30-50 Behandlungsplätzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie! Nicht zuletzt hat auch die Volksanwaltschaft mehrfach deutlich darauf hingewiesen.

Der nächste notwendige Schritt ist eine Ausweitung des stationären und tagesklinischen Behandlungsangebotes in Graz und vor allem in der Oststeiermark. Es muss neben der Akutversorgung eine ausreichende Möglichkeit für therapeutische Behandlungen (Therapieplätze) gewährleistet werden. Die dringend erforderliche Aufstockung der voll- und teilstationären Behandlungsplätze für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Steiermark soll mit einer Differenzierung des Behandlungsangebotes einhergehen.

Ambulante Versorgung: Dass es in der Steiermark noch immer keine niedergelassenen FachärztInnen mit einem Kassenvvertrag der GKK gibt, stellt einen eklatanten Mangel in der Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen dar. Das ist eine im Vergleich mit allen anderen Bundesländern Österreichs völlig unverständliche Entscheidung. Es ist nicht einzusehen, dass in der Steiermark ein niederschwelliger Zugang zur kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung im ambulanten Bereich verwehrt wird. Wie am Ende des

vergangenen Jahres zu erfahren war, ist mittlerweile der Aufbau von Ambulatorien für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Regionen geplant.

Ausblick

Im Expertenbeirat für psychische Gesundheit des Bundesministeriums wird schon längst ein stufenweises Versorgungskonzept empfohlen:

1. niederschwelliger Zugang zu FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Kassenverträgen, 2. Ambulatorien oder Beratungsstellen mit einem multiprofessionellen Behandlungsteam für v.a. komplexe Anforderungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung und Psychotherapie und 3. teil- und vollstationäre Behandlung im Krankenhaus mit spezialisierten Behandlungsangeboten.

Nicht ausreichende Behandlungsangebote im niedergelassenen ambulanten sowie im stationären Bereich führen zu einer verzögerten Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen, die dann häufig zu Chronifizierungen und später langen Behandlungsverläufen führen. Die weiteren Folgen sind oft der Abbruch von schulischen Ausbildungswegen oder Berufsausbildungen. Die indirekten Gesundheitsfolgekosten sind dadurch enorm. Verpasste Entwicklungschancen durch psychische Erkrankungen und fehlende Möglichkeiten, diese zu behandeln, bedeuten nicht nur ein großes persönliches Leid für die Kinder und ihre Familien, sondern haben auch einen hohen volkswirtschaftlichen Preis. Die nicht behandelten psychisch erkrankten Jugendlichen von heute sind die Arbeitslosen von morgen!

Das steirische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

HERWIG OSTERMANN | FLORIAN BACHNER
MARTIN ZUBA

1. Wozu Gesundheitssystemvergleiche

Die Fragen, wie sich ein bestimmtes Gesundheitssystem im Vergleich zu anderen Systemen verhält, wie viele Ressourcen es benötigt, welche (Dienst-)Leistungen damit erstellt werden und letztlich welche Gesundheit der Bevölkerung es erzielt, sind aus analytisch-wissenschaftlicher Sicht ebenso interessant wie aus politischer.

Für Entscheidungsträger ist es dabei maßgeblich unmittelbar zu erkennen, wo im Konkreten Handlungsfelder für zu priorisierende Maßnahmen bestehen. Aus wissenschaftlicher Sicht geht es darüber hinaus noch um Erkenntnisinteresse: Welche Stellschrauben des Systems ziehen aus international und/oder regional vergleichender Sicht gewünschte Veränderungen unter bestimmten Rahmenbedingungen nach sich.

Es ist daher auch wenig überraschend, dass Gesundheitssystemvergleiche bereits auf eine recht lange, allerdings nicht immer kontinuierliche Entwicklung zurückblicken. Wesentlicher Startpunkt war der Weltgesundheitsbericht des

Jahres 2000, in dem die WHO versuchte, Gesundheitssysteme weltweit einem Ranking zu unterziehen (WHO 2000). Die Autorinnen und Autoren waren wohl selbst von dem einen oder anderen Ergebnis etwas überrascht, das der gewählte methodische Ansatz zum Vorschein brachte, und präsentierten die einzelnen Platzierungen daher auch in Form von Schwankungsbreiten. Trotzdem war die Kritik insbesondere jener Länder, die sich auf unerwartet hohen Platzierungen wiederfanden, groß und zum Teil auch vehement. Die WHO verzichtet seither in ihren Weltgesundheitsberichten auf derartige System-Rankings, da diese meist extrem sensitiv auf die gewählten Gewichtungen und Indikatoren reagieren.

Mit dem WHO-Vergleich wurde jedoch ein Grundstein für weitere Berichtserien gelegt: So veröffentlicht die OECD seit 2001 unter dem Titel „Health at a Glance“ Gesundheitssystemvergleiche, die jährlich die OECD-Mitgliedstaaten analysieren (OECD 2001). Ähnlich strukturiert sind auch die Gesundheitssystemanalysen „Health Care Systems in Transition“ des European Observatory, die ausgehend von Länder-



Die mit dem Reformkonzept Gesundheit 2035 geplanten Konsolidierungen in der stationären Versorgungsstruktur erscheinen vor diesem Hintergrund jedenfalls gerechtfertigt.

HERWIG OSTERMANN
FLORIAN BACHNER
MARTIN ZUBA

profilen thematisch spezifizierte Vergleiche anstellen und stark auf politische Entscheidungsunterstützung fokussieren. Der Vollständigkeit halber seien an dieser Stelle noch die „Health profiles“ des Commonwealth Funds genannt, die österreichische Kennzahlen nicht berücksichtigen und daher für den nationalen System- und Reformkontext wenig relevant erscheinen. All den genannten Systemberichten gemeinsam ist, dass sie seit dem Erscheinen des Weltgesundheitsberichts von einem Gesamtanking Abstand nehmen.

2. Methodische Herausforderungen

Die oben kurz angedeutete Diskussion deutet bereits auf eine Vielzahl von methodischen Herausforderungen hin, denen sich Autorinnen und Autoren im Rahmen von Gesundheitssystemvergleichen zu stellen haben. Die Themenstellung des Artikels erlaubt hier nur kurz auf die wesentlichsten Aspekte zu verweisen, eine umfassende Diskussion findet sich unter anderem etwa bei Smith et al. (Smith, Mossialos et al. 2009).

Frage der Datenverfügbarkeit

In der Regel basieren Gesundheitssystemvergleiche auf Daten (z.B. Gesundheitsausgaben) oder auf aus Daten gebildeten Indikatoren (z.B. Krankenhausentlassungen je 100 Einwohner), die im Rahmen statistischer Dokumentationen oder zu Abrechnungszwecken in der Regel als Sekundärdaten vorliegen oder unmittelbar, beispielsweise in Form von Umfragedaten, erhoben werden (Primärdaten). Bei Verwendung von Se-

kundärdaten ist insbesondere auf die Frage des Primärzwecks zu achten, der mitunter zu einer verzerrten Diskussion der tatsächlichen Situation führen kann, wenn etwa Diagnosedaten aus Abrechnungsdaten, die einem „Upcoding“ unterzogen wurden, für epidemiologische Analysen herangezogen werden. Bei Umfragedaten ist auf die meist längeren zeitlichen Intervalle zu achten, zudem ist mitunter die internationale Vergleichbarkeit auf Grund sprachlicher und kultureller Unterschiede eingeschränkt (Bachner, Ladurner et al. 2013).

Beiden Arten von Daten ist gemein, dass sie im Regelfall nur mit einer zeitlichen Distanz (Time-Lag) zwischen der Periode (im Regelfall: Jahr), auf die sich die Aussage bezieht, und dem Veröffentlichungszeitpunkt vorliegen. Dieser Umstand ist insbesondere für Entscheidungsträger unangenehm, da diese ja in der Regel für die Entscheidungsfindung möglichst aktuelle Informationen einfordern und möglichst rasch die Ergebnisse gesetzter Maßnahmen anhand der beobachteten Größen nachvollziehen wollen. Dieses Argument lässt sich in Hinblick auf die analytische Dimension insofern entkräften, da Entwicklungen in Gesundheitssystemen in der Regel träge sind und auch selten unmittelbar zu entsprechenden Erfolgen führen, wonach eine Time-Lag von zwei oder drei Jahren die Aussagekraft im Regelfall nicht einschränkt. Zur Identifikation von Wirkzusammenhängen sind Gesundheitssystemdaten im Regelfall zu wenig sensitiv, sodass hier besser ist auf Mikro-Daten zurückzugreifen ist.

Eine weitere Einschränkung ist zudem in Hinblick auf die Verfügbarkeit und Aussagekraft von

regionalisierten Daten gegeben. Diese liegen einerseits nicht immer mit der erforderlichen Trennschärfe (insb. bei überregionalen Patientenströmen) oder auch bei Umfragedaten oftmals nicht mit ausreichend repräsentativen Samplegrößen vor, die eine belastbare regionale Aussage zulassen würden. Andererseits verliert – je kleinräumiger die zu vergleichenden Einheiten sind – das Gesetz der großen Zahlen² seine Wirkung in dem Sinne, dass Einzelereignisse stark auf die Grundgesamtheit durchschlagen und damit die Vergleichbarkeit einschränken. Letzterer Umstand wäre beispielsweise im Vergleich von Inzidenzen ausgewählter seltener Erkrankungen selbst auf der Aggregatsebene Bundesland relevant. Wesentlicher für den Steiermark-Vergleich ist aber das erste Argument im Zusammenhang mit der mangelnden Regionalisierbarkeit von Umfragedaten (wie etwa Daten zu selbsteingeschätzter Gesundheit oder Lebensstilen).

Frage des analytischen Rahmens

Gesundheitssystemvergleiche erfordern stets einen analytischen Rahmen, dem ein bestimmtes Wirkmodell von Gesundheitssystemen zu Grunde liegt. Der einfachste Ansatz hierzu ist in internationalen Vergleichen, den Inputs im Gesundheitssystem die Outcomes (Ergebnisse) gegenüberzustellen und sich dabei hinsichtlich der Inputs auf „Gesundheitsausgaben pro Kopf“ (letztlich ist jede Ausgabe für Gesundheit im Rahmen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung zu monetarisieren) und hinsichtlich der Ergebnisse auf „Lebenserwartung bei Geburt“ zu beschränken.

Ein solcher Ansatz berücksichtigt weder die Gesundheit der Bevölkerung noch deren Verhaltensweisen. Auch bleibt ausgeblendet, welche Leistungen für wen mit den vorhandenen Ressourcen bereitgestellt werden. Daher liegen mittlerweile den oben genannten Systemvergleichen internationaler Organisationen komplexere Modelle zu Grunde, die ausgehend von einem systemischen Ansatz zwischen Inputs (insb. Gesundheitsausgaben, Gesundheitspersonal sowie vorgehaltene Ressourcen), Throughputs mit Prozessparametern (wie etwa Zugang zum Gesundheitssystem oder dessen Inanspruch-

nahme) sowie Outputs (insb. die erstellten Leistungen, oftmals unter Berücksichtigung der Behandlungsqualität) und Outcomes im Sinne der erzielten Gesundheit oder aber auch des Gesundheitsverhaltens differenzieren (Pfaff 2003).

Die einzelnen analytischen Rahmen selbst unterscheiden sich im Detail in der Bewertung der einzelnen Parameter und der unterstellten Wirkmodelle, da tatsächlich selten eine unidirektionale Kausalität der Beziehungen unterstellt werden kann und im Regelfall Wechselwirkungen aller Größen vorliegen. Aus diesem Grund sind analytische Rahmen stets im Kontext konkreter Fragestellungen bzw. Schwerpunktsetzungen von vergleichenden Analysen zu bewerten – ein Anspruch auf Allgemeingültigkeit kann nicht erhoben werden.

Für die Analyse des steirischen Gesundheitssystems im internationalen Kontext liegen gute Vergleichsparameter vor: auf Input-Seite im Sinne von Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz, seitens der erbrachten Leistungen und deren Inanspruchnahme (Throughputs bzw. Outputs) sowie hinsichtlich der Outcomes im Sinne des gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisses. Selbst wenn die Autoren den oben vorgeschlagenen systemischen Analyseansatz wählen, muss darauf hingewiesen werden, dass die im Folgenden präsentierten Auswertungen und Indikatoren eher als Ansatzpunkte für eine weiterführende Analyse herangezogen werden sollen. Nicht zuletzt auf Grund der Limitationen einer vergleichenden regionalen Betrachtung und der damit eingeschränkten Indikatorenauswahl, ist es nicht möglich, ein umfassendes Bild zur Leistungsfähigkeit des steirischen Gesundheitssystems zu zeichnen.

Die einzelnen Parameter werden anhand von Diagrammen dargestellt, die jeweils in den grau hinterlegten Balken die Abweichung der österreichischen und auch steirischen Werte in Prozent des EU-15-Durchschnittswerts³ aufzeigen. Die Ober- und Untergrenze der Balken geben jeweils die größte Abweichung eines EU-15-Mitgliedslands nach unten bzw. oben an. Als Orientierungswert weist die waagrechte Linie in den Balken zudem auch den Durchschnittswert aller 28 EU-Mitgliedstaaten aus.

3. Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz

Hinreichende Güte der auf regionaler Bundesländerebene bestimmbaren Indikatoren weisen für den Ressourceneinsatz die Gesundheitsausgaben pro Kopf, die Anzahl an Betten, Ärzten und an pflegerischem Personal pro Kopf sowie die apparative Ausstattung in Form von CT und MRT pro Kopf auf (Abbildung 1).

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf wurden dabei anhand der sogenannten zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben parametrisiert (Bachner, Bobek et al. 2016) und im stationären Bereich um die Gastpatientenströme sowohl in die Steiermark als auch von der Steiermark in andere Bundesländer bereinigt. Insgesamt zeigt sich, dass die steirischen Gesundheitsausgaben mit 2.428 Euro pro Kopf etwas unter dem Österreichdurchschnitt (2.535 Euro) sowie um rund 200 Euro über dem EU-15-Durchschnitt liegen (2.209 Euro).

Die Bettendichte aller Krankenanstalten ist in der Steiermark etwas höher als im Österreichschnitt (837,8 vs. 758,8 Betten pro 100.000 Einwohner), im EU-15-Vergleich (561,3 Betten je 100.000 Einwohner) würde die Steiermark isoliert betrachtet sogar einen Spitzenplatz einnehmen (BMGF 2017, EUROSTAT 2017).⁴

Beim ärztlichen Personal liegt die Steiermark leicht unter dem österreichischen Durchschnittswert (485,6 vs. 504,9 Personen je 100.000 Einwohner), beim pflegerischen Personal in Krankenanstalten leicht darüber (870,1 vs. 816,9 Personen je 100.000 Einwohner). Insgesamt zeichnet sich beim EU-15-Vergleich jedoch das für Österreich typische Bild einer hohen Dichte an Ärzten bei vergleichsweise durchschnittlichem Einsatz an Pflegepersonal (BMGF 2017, EUROSTAT 2017).

In Hinblick auf die Ressourcenausstattung mit Großgeräten weist die Steiermark sowohl bei Computertomographen als auch bei Magnetresonanztomographen eine höhere Dichte (3,4 bzw. 2,1 Geräte je 100.000 Einwohner) sowohl im österreichischen (2,9 bzw. 2,0 Geräte je 100.000 Einwohner) als auch im europäischen Vergleich (2,2 bzw. 1,6 Geräte je 100.000 Einwohner) auf (BMGF 2017, EUROSTAT 2017).

4. Leistungen und Inanspruchnahme

Auf Grund mangelnder internationaler Vergleichbarkeit des ambulanten Leistungsgeschehens, werden Leistungen und deren Inanspruchnahme lediglich für den stationären Bereich anhand der Krankenhausentlassungen je 100.000 Einwohner sowie der durchschnittlichen Verweildauer dargestellt (Abbildung 1).

Bei den gastpatientenbereinigten Krankenhausentlassungen weist die Steiermark im Vergleich zu Österreich einen leicht erhöhten Durchschnittswert (25,3 vs. 24,6 Entlassungen je 100.000 Einwohner) auf, im EU-15-Vergleich (15,2 Entlassungen) wird die hohe Spitalslastigkeit im österreichischen Gesundheitssystem einmal mehr deutlich sichtbar. Die durchschnittliche Verweildauer sowohl in steirischen als auch in österreichischen Akutkrankenanstalten ist mit 6,6 bzw. 6,5 Tagen nahezu ident und entspricht beinahe dem EU-15-Schnitt (6,5 Tage) (BMGF 2017, EUROSTAT 2017).

5. Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse

Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse in Abbildung 2 und Abbildung 3 werden anhand der globalen Parameter „Lebenserwartung bei Geburt“ sowie „gesunde Lebensjahre“ jeweils getrennt nach Geschlechtern dargestellt. Als weitere – auf regionaler Ebene verfügbare – Detailindikatoren kann die dem Gesundheitssystem zurechenbare Mortalität, der Zahnstatus von Kindern sowie der Anteil von Rauchern und adipösen Personen dargestellt werden (BMG 2015).

Die Lebenserwartung der steirischen Männer und Frauen bei Geburt mit 79,6 bzw. 84,6 Jahren liegt knapp ein Jahr über dem österreichweiten Durchschnitt (78,6 bzw. 83,8 Jahre) sowie rund ein halbes Jahr über dem EU-15-Durchschnitt (79,2 bzw. 83,9 Jahre). Bezüglich der davon in guter oder sehr guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre (gesunde Lebensjahre) fallen insbesondere die Abweichungen zum Österreichschnitt deutlicher aus: So liegt sie für steirische Männer mit 63,5 Jah-

ren um fast zwei Jahre über dem Österreichwert (61,6 Jahre), für steirische Frauen mit 65,5 Jahren sogar zweieinhalb Jahre darüber (63,0 Jahre). Im Vergleich zu den EU-15-Staaten (63,5 Jahre für Männer bzw. 62,5 Jahre für Frauen) ist der Wert für Steirerinnen besser als der Referenzwert, die steirischen Männer haben die gleiche Erwartung an gesunden Lebensjahren (Klimont and Baldaszi 2015, EUROSTAT 2017).

Bei der dem Gesundheitssystem zurechenbaren Mortalität⁵ weist die Steiermark den gleichen Durchschnittswert wie Österreich auf (59 Todesfälle pro 100.000 Einwohner), insgesamt liegt die Steiermark damit etwas besser als der EU-15-Schnitt und deutlich besser als der EU-28-Schnitt (61 bzw. 96 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) (BMGF 2016, EUROSTAT 2017).

Der Anteil der sechsjährigen Kinder mit kariesfreiem Gebiss ist in der Steiermark mit 64 % höher als jener des Österreichdurchschnitts (52 %) und etwa auf dem Niveau der EU-15-Mitgliedstaaten (63 %). In der Steiermark finden sich weniger täglich Rauchende, insbesondere bei den Frauen liegt der Wert etwas niedriger gegenüber dem österreichischen Durchschnitt (19,0 vs. 22,1 % bei Frauen, 25,0 % vs. 26,5 % bei Männern). Im EU-Vergleich ist der Anteil bei beiden Geschlechtern in der Steiermark aber um fast vier Prozentpunkte höher (20,8 bei Männern, 15,2 bei Frauen). Der Anteil der adipösen Personen liegt in der Steiermark mit 13,0 % sowohl unter dem Österreichschnitt (14,3 %) als auch dem EU-15-Schnitt (15,2 %) (BMGF 2016).

6. Fazit

Der Vergleich zeigt, dass die wesentlichen Strukturmerkmale des österreichischen Gesundheitssystems – wie vergleichsweise hohe Ressourcenintensität sowie Ärzte- und Spitalslastigkeit – auch für die Steiermark zutreffen. Im Österreichvergleich bemerkenswert erscheint die relativ hohe Dichte an struktureller Vorhaltung im stationären Bereich, die einerseits auf die besondere Versorgungslage der Steiermark mit dem Standort Graz als Referenzeinheit für die gesamte Versorgungszone Süd, und andererseits auf die hohe Dichte an Akut- und Nicht-Akutbetten zurückzuführen ist. Die mit dem

Reformkonzept Gesundheit 2035 geplanten Konsolidierungen in der stationären Versorgungsstruktur erscheinen vor diesem Hintergrund jedenfalls gerechtfertigt.

In Hinblick auf die gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse stellt sich für Steiermark im Vergleich zu Österreich ein etwas differenziertes Bild dar: So leben nach den analysierten Indikatoren die Steirerinnen und Steirer etwas gesünder, was darauf zurückgeführt werden kann, dass hier der Großstadtfaktor nicht so stark durchschlägt wie im Zentralraum Wien. Bemerkenswert ist zudem der vergleichsweise gute Gesundheitszustand der steirischen Frauen sowie das bessere Abschneiden beim Zahnstatus der Sechsjährigen. Unabhängig davon bleibt aber bei allen analysierten gesundheitsbezogenen Leistungsereignissen und insbesondere beim Anteil Rauchender Raum für Aktivitäten und Verbesserung, vor allem wenn anstelle österreichischer oder europäischer Durchschnittswerte die europäischen Spitzenwerte als Referenzpunkte herangezogen werden.

Quellenverzeichnis

- Bachner, F., J. Bobek, K. Habimana and H. Ostermann (2016). Zielsteuerung-Gesundheit: Monitoringbericht I/2016. Wien, Gesundheit Österreich GmbH.
- Bachner, F., J. Ladurner, K. Habimana, H. Ostermann, I. Stadler and C. Hahl (2013). Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2012, Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG.
- BMG, Ed. (2015). Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Wien, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur.
- BMGF, Ed. (2016). Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht). Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Bundesgesundheitsagentur.
- BMGF (2017). Diagnosen- und Leistungsdokumentation österreichischer Krankenanstalten. Wien, Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen.
- EUROSTAT (2017). Datenbank der Europäischen Kommission, Bevölkerung und soziale Bedingungen. Luxemburg, Europäische Kommission.
- Hagenbichler, E. O., Erwin (2010). Das österreichische LKF-System, Bundesministerium für Gesundheit: 44.
- Klimont, J. and E. Baldaszi (2015). Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur.
- OECD (2001). Health at a Glance 2001, OECD Publishing.
- Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. Gesundheitsversor-

gung und Disease Management. H. Pfaff, M. Schrappe, K. W. Lauterbach, U. Engelmann and M. Halber. Bern, Huber: 23.

Smith, P. C., E. Mossialos, I. Papanicolas and S. Leatherman (2009). Performance Measurement for Health System Improvement Experiences, Challenges and Prospects. New York, Cambridge University Press.

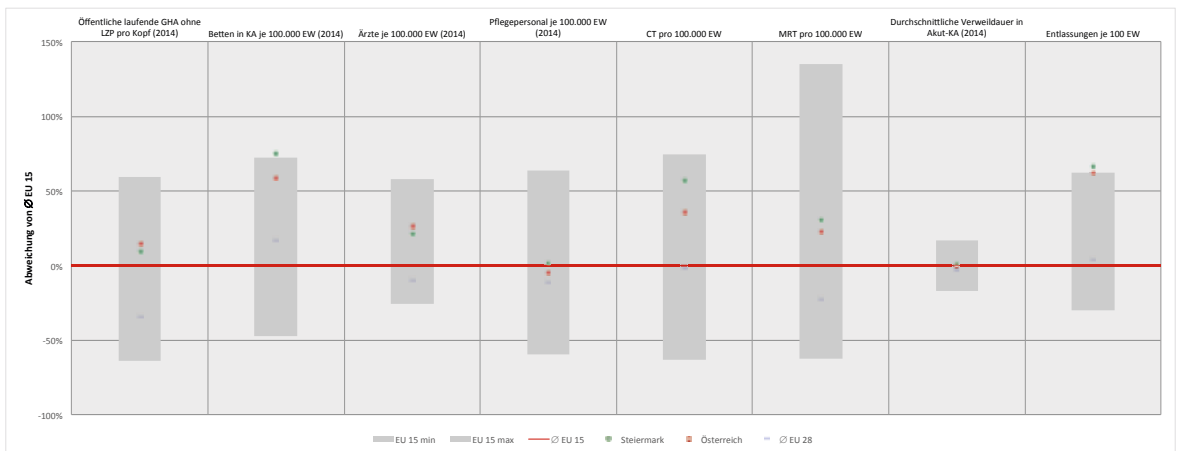
WHO (2000). The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Genf, WHO.

- 1 Unter „Upcoding“ versteht man in fallpauschalen-basierten Abrechnungssystemen ein aus ökonomischen Gründen gewähltes, medizinisch aber unbegründetes Codierverhalten, etwa durch die Verwendung von höher bewerteten Nebendiagnosen als Hauptdiagnosen oder – sofern relevant – der Codierung von nicht vorliegenden Nebendiagnosen zur Erhöhung des Schweregrades. Siehe Hagenbichler, E. O., Erwin (2010). Das österreichische LKF-System, Bundesministerium für Gesundheit: 44.
- 2 Das Gesetz der großen Zahlen besagt, dass sich die relative Häufigkeit eines bestimmten (Zufalls-)Ereignisses (wie eben einer bestimmten Erkrankung) um die theoretische Wahrscheinlichkeit stabilisiert je größer die Zahl von Wiederholungen ist. Für die gegenständliche Betrachtung stellt die Größe der Population, für die eine Aussage getroffen werden soll, die Zahl von Wiederholungen dar.
- 3 Der EU-15-Durchschnittswert (ungewichtetes, arithmetisches Mittel) bezieht sich auf die EU-Mitgliedsstaaten

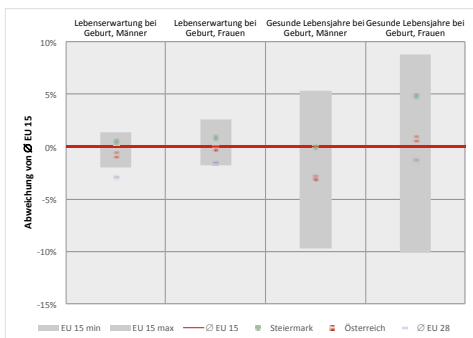
zwischen 1995 und 2004, bestehend aus Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, dem Vereinigten Königreich, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien. Auf Grund der relativ homogenen wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung, erscheinen diese Staaten als Referenzrahmen für den internationalen Vergleich besser geeignet als die Summe aller derzeitigen EU-Mitgliedsstaaten; vgl. Bachner, F., J. Ladurner, K. Habimana, H. Ostermann, I. Stadler and C. Hahl (2013). Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2012, Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG.

- 4 Einschränkung ist jedoch festzuhalten, dass der Indikator „Bettendichte“ in der Analyse gesamthaft pro Einwohner dargestellt und nicht um das theoretische Einzugsgebiet (im Sinne von tatsächlich versorgten Personen einschließlich Gastpatienten) bereinigt wurde, so dass die tatsächliche Bettendichte auf Grund des positiven Gastpatientensaldos etwas überschätzt wird. Unabhängig davon bleibt aber die Tendenz der vergleichsweise hohen Bettendichte valide.
- 5 Der Indikator „dem Gesundheitswesen zurechenbare Mortalität“ (Mortality Amenable to Health Care) beschreibt jene vorzeitige Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetroffen wäre. Für eine Diskussion hierzu siehe BMGF, Ed. (2016). Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht). Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Bundesgesundheitsagentur.

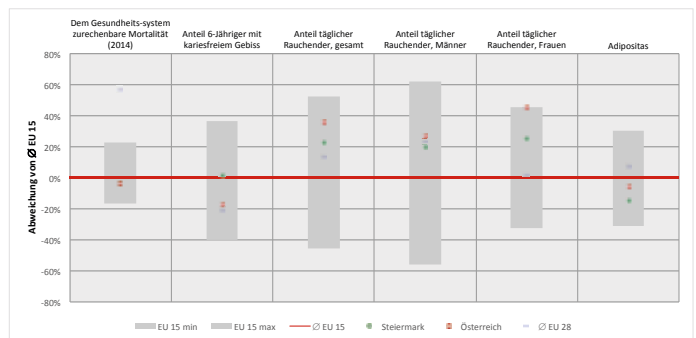
• 1. Abbildung



• 2. Abbildung



• 3. Abbildung



Neue Wege in der Ausbildung für Gesundheitsberufe

KARL PETER PFEIFFER | GÜNTER RIEGLER

1. Einleitung

Die großen Umwälzungen und Neuerungen im Gesundheitswesen erfordern auch eine Veränderung in der Aufgaben- und Kompetenzverteilung sowie in der Ausbildung der medizinischen und Gesundheitsberufe. Die FH JOANNEUM ist in der Steiermark mit der Ausbildung der medizinisch-technischen Berufe sowie seit kurzem auch mit der Ausbildung des durch das GuKG neu geschaffenen gehobenen Pflegedienstes beauftragt. Derzeit sind jährlich rund 620 Studierende in einem der Gesundheitsstudiengänge (Biomedizinische Analytik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Radiologietechnologie, Hebammenwesen, gehobene Pflege) engagiert; die Zahl wird in den kommenden zwei Jahren auf über 800 ansteigen, da das neue Studium der Gesundheits- und Krankenpflege im Ausbau begriffen ist und längerfristig auf eine Gesamtzahl von mehr als 600 Studierenden ausgebaut werden soll.

In unserem Beitrag wollen wir einen Überblick über den Stand und die Entwicklung sowie die Organisation und Finanzierung dieser Studiengänge geben und auch Vorschläge zur Verbesserung und Veränderung in diesem Bereich machen.

2. Warum brauchen Gesundheitsberufe eine hochschulische Ausbildung?

Schon in der Erklärung von München im Jahr 2000 wurde von der WHO auf die Bedeutung einer akademischen Ausbildung für Pflegende und Hebammen hingewiesen. In dieser Erklärung wurde auch auf die Bedeutung der Forschung für die Verbreitung von Informationen verwiesen, um die Wissens- und Faktengrundlagen zu erweitern. Dieser Forderung wurde mit der Umwandlung der Akademien und der Einrichtung von Gesundheitsstudien (Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Hebammen, Logopädie, Physiotherapie, Radiologietechnologie) an der FH JOANNEUM im Jahr 2005 Rechnung getragen. Mit der Einrichtung des FH-Studiengangs „Gesundheits- und Krankenpflege“ entsprechend der Novelle des GuKG im Jahr 2016 wurde das Angebot auch in diesem Bereich auf eine akademische und somit praxis- und wissenschaftlich orientierte Ausbildung für „gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege“ erweitert. Die Ausbildung dieser Gruppen erfolgt in Fachhochschulen, umfasst sechs Semester, enthält zahlreiche Prak-



Durch eine wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Ausbildung kann die Qualität der Versorgung weiter verbessert werden.

**KARL PETER PFEIFFER
GÜNTER RIEGLER**

tika, erfordert die Erstellung von zwei Bachelorarbeiten als vorwissenschaftliche Arbeiten und schließt mit dem akademischen Grad „Bachelor of Science in Health Studies“ ab. International betrachtet ist diese Entwicklung nicht neu, denn in vielen Ländern, wie z.B. in Australien, Finnland, Großbritannien, Holland oder den USA gab es diese Ausbildungen auf hochschulischem Niveau schon sehr lange, wobei die Ausbildung in manchen Ländern sieben oder acht Semester dauert. Die „Akademisierung“ der Gesundheitsberufe steht in einem engen Zusammenhang mit der zunehmenden Komplexität ihrer Tätigkeit und der notwendigen wissenschaftlichen Fundierung. Durch die demografische Entwicklung und der damit verbundenen Veränderungen der Krankheitsbilder als auch durch die wissenschaftliche Forschung und den Einsatz neuer Technologien entstehen neue Herausforderungen für die Ausbildung der Gesundheitsberufe. Die Gesundheitsberufe werden in der Öffentlichkeit manchmal zu wenig wahrgenommen, nicht zuletzt auch aufgrund der gesetzlichen Vorgaben in Österreich, die besagen, dass sie ihre Tätigkeit nur nach ärztlicher Anordnung ausüben dürfen. Derzeit dürfen die Mitglieder der Gesundheitsberufe die meisten Tätigkeiten zwar nur aufgrund dieser ärztlichen Anordnungen durchführen, jedoch sind sie dann für die Durchführung selbst verantwortlich und müssen daher auch über das entsprechende aktuelle, wissenschaftlich fundierte und evidenzbasierte Wissen z.B. aufgrund klinischer Studien verfügen. Als Beispiel für die wissenschaftliche Fundierung sei hier auf die von Experten anerkannte Cochrane Library verwiesen, wo z.B. 143 Reviews im Be-

reich der Physiotherapie angeführt werden. Es ist jedoch zu erwarten – und die Novelle zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz aus dem Jahr 2016 enthält dazu erste Ansätze –, dass bei einer Weiterentwicklung des Gesundheitssystems nach internationalen Vorbildern die eigenständige Entscheidungsverantwortung und Tätigkeit noch weiter zunehmen wird. Dies bedeutet aber auch, dass sich die Ausbildung in diese Richtung noch weiter entwickeln muss und z.B. Spezialisierungen im Rahmen von Masterstudien angeboten werden müssen. Die rasante Entwicklung in diesem Bereich, z.B. durch die Digitalisierung oder im Zusammenhang mit molekularbiologischen Methoden, erfordert eine kontinuierliche wissenschaftlich fundierte Weiterbildung dieser Berufsgruppen.

3. Was könnte man noch verbessern und in welche Richtung sollte sich die Ausbildung entwickeln?

Ziel von Lehre und Forschung ist eine Verbesserung der Ergebnisqualität, der Effizienz, Effektivität, Sicherheit, Patientenzentriertheit und Rechtzeitigkeit der Gesundheitsversorgung. Sowohl durch die demografische Entwicklung als auch durch die Veränderungen der beruflichen Tätigkeiten kommt es zu veränderten oder neuen Krankheitsbildern, für die entsprechende präventive, diagnostische, therapeutische oder gesundheitsfördernde Verfahren entwickelt und gelehrt werden müssen.

Die Gesundheitsberufe nehmen schon heute eine wichtige Rolle in der Gesundheits- und

Krankenversorgung, der Prävention und Rehabilitation, der Diagnostik und Therapie ein und ihre Bedeutung wird aufgrund der Veränderung der Versorgungsstrukturen noch weiter zunehmen. Durch die Verschiebung von Leistungen aus dem stationären Bereich hin zu ambulanten Angeboten z.B. in Ambulatorien, Gesundheitszentren und Einrichtungen zur Gesundheitsförderung werden sich das Tätigkeitsfeld und der Verantwortungsbereich erweitern. Evidenzbasierte Leistungen am „best point of service“ und eine adäquate Finanzierung der Leistungen, z.B. durch spezielle leistungsbezogene Diagnosefallgruppen (LDF's) oder durch ergebnisorientierte Finanzierungsmodelle auf der Basis von P4P (Pay for Performance) oder P4Q (Pay for Quality), könnten diese Veränderungen forcieren.

Einen interessanten Einblick in mögliche Entwicklungen der Gesundheitsberufe bietet eine Studie der Australischen Gesellschaft für Physiotherapie aus dem Jahr 2015 (InPublic 2025: the future of physiotherapy in the health system). Die Ergebnisse dieser Studie können im Prinzip auch auf viele andere Gesundheitsberufe in modifizierter Form übertragen werden.

Eine generalistische Ausbildung wird nach wie vor notwendig sein. Dazu ergänzend wird es aber vertiefende Spezialisierungen auf Master-Niveau und Doktoratsprogramme geben müssen. Dabei geht es einerseits um die Gesamtsicht aus dem jeweiligen Fach als auch um die Fähigkeit, in inter- und multidisziplinären Teams patientenbezogen oder in Forschungsprojekten zu arbeiten.

Drei Bereiche, welche die Berufsbilder der Gesundheitsberufe in Zukunft wesentlich prägen werden, sollen hier besonders hervorgehoben werden: Management, Digitalisierung sowie Forschung und Entwicklung.

Eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsversorgung ist das Case- oder Disease-Management einzelner Personen ebenso wie das Management von extramuralen Gesundheitseinrichtungen im Hinblick auf die optimale Versorgung der zu betreuenden PatientInnen. Patientenzentrierte Leistungserbringung ist Teamwork und daher ist es notwendig, disziplin- und organisationsübergreifende Prozesse zu entwickeln und zu steuern. Die Entwicklung und Umsetzung von medi-

zinischen Standards und Leitlinien wird Teil der Aus- und Weiterbildung. Die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) und die Erweiterung als persönliche Gesundheitsakte (PHR) können hier bestens genutzt werden, um neue Versorgungsmodelle und -konzepte zu entwickeln.

Die Digitalisierung (eHealth) wird sowohl das Gesundheitssystem als auch präventive, diagnostische und therapeutische Verfahren wesentlich verändern und neue Versorgungsmöglichkeiten eröffnen. Dies reicht von ELGA über die Erweiterung durch einen Personal Health Record (PHR) bis hin zu entscheidungsunterstützenden Systemen, einem sehr umfangreichen Spektrum an telemedizinischen Anwendungen, Dokumentations- und Kommunikationssystemen, Bild- und Signalverarbeitung, Simulation von physiologischen und pathologischen Prozessen, Game-Based Therapy, Apps für Wellness oder Patientenmanagement, Active Assisted Living, Nutzung von Wearables, Gesundheitsportalen usw. Diese Entwicklungen müssen in die Ausbildung der Gesundheitsberufe mit unterschiedlichen Schwerpunkten Eingang finden.

Seit der Etablierung der Gesundheitsstudien an der FH JOANNEUM kommt der angewandten Forschung und Entwicklung eine besondere Rolle als innovativer Input für die Lehre zu. Mehrere Gesundheitsstudiengänge haben inzwischen sehr erfolgreich kleine und größere Forschungsprojekte kompetitiv eingeworben. Dies hat sich sehr positiv auf die Qualität in der Lehre als auch auf die praktische Tätigkeit der AbsolventInnen ausgewirkt. Wesentlich ist, dass Forschungsprojekte anwendungsorientiert sind und die Ergebnisse in die Praxis umgesetzt werden. Studierende bzw. AbsolventInnen müssen heute in der Lage sein, die Evidenz und Qualität von wissenschaftlichen Studien zu beurteilen und Grundlagen von klinischen Studien zu verstehen, weil Mitglieder dieser Berufsgruppen eigenständige Forschungsprojekte planen, durchführen und publizieren müssen. Dass zur Erreichung dieser Ziele spezifische Studiengänge auf Master-Niveau mit weiterführenden Doktoratsprogrammen notwendig sind, erscheint selbstverständlich. Dazu gibt es international einige sehr gute Beispiele, an denen sich Österreich orientieren könnte.

4. Wie organisieren und finanzieren Hochschulen ihre Gesundheitsstudiengänge und was könnte man dabei verbessern?

4.1. Organisation der Kosten- und Leistungsrechnung an der FH JOANNEUM

Die Organisation und Finanzierung der medizinisch-technischen Gesundheitsberufe und der Pflegeberufe erfolgt in Österreich gemäß der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung durch die Länder. Das erklärt auch den gegenüber den teilweise bundesfinanzierten Studiengängen erhöhten Landesfinanzierungsbedarf. Die FH JOANNEUM verfügt über eine integrierte Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung, wodurch – ausgehend vom Urbeleg – jeder Wert einsatz (vor allem Personal- und Sachmitteleinsatz) verursachungsgerecht den betrieblichen Verantwortungsbereichen (Institute, Studiengänge, Transferzentren und Management-Serviceabteilungen) und den „Produkten“ (Studiengänge, Lehrgänge, Forschungsprojekte) zugeordnet wird. Die Kosten pro Kostenart, pro Kostenstelle und auch pro Kostenträger werden ex ante – im Rahmen des Budgetprozesses – geplant und ex post – im Rahmen des Controllingprozesses – überwacht und erforderlichenfalls werden Gegensteuerungsmaßnahmen eingeleitet. Das Kosten- und Leistungscontrolling ist auch Gegenstand des strategischen Managementprozesses; so werden nicht nur operative Korrekturerfordernisse, sondern auch ein etwaiger Bedarf für strategische Maßnahmen identifiziert.

4.2. Kosten und Finanzierung der Studiengänge an der FH JOANNEUM

Die Planungssicherheit für alle Studiengänge der FH JOANNEUM ist verhältnismäßig hoch und die Kostenreagibilität – als janusköpfige Kehrseite dieser Sicherheit – in Bezug auf den Beschäftigungsgrad gering, da ein nicht unwesentlicher Teil der eingesetzten Produktionsfaktoren einen Fixkostencharakter aufweist. Kurzfristig abbaufähig sind lediglich die Kosten in Zusammenhang mit Forschungs- und Entwicklungs-

projekten sowie Investitionen, wobei aber von einem Investitionsrückstau gerade im hochinnovativen F&E-Bereich abzuraten ist. Die Abweichungen im Budgetvollzug liegen je nach Kostenart im Bereich von null bis drei Prozent, was bei einem Gesamtbudget von mehr als 50 Millionen Euro nahezu einer jährlichen Punktlandung entspricht.

Die Jahreskosten für einen Studienplatz an der FH JOANNEUM betragen im Durchschnitt über alle 45 Studiengänge – in den letzten fünf Jahren stabil – rund 12.000 Euro inklusive Overheads. Bei gestiegenem Leistungsgeschehen (Wachstum der Studierendenzahlen an der FH JOANNEUM um 16 % auf nunmehr gesamt 4.100, Wachstum des Forschungs- und Entwicklungsumsatzes um rund 27 % auf zuletzt gesamt rund 6,1 Millionen Euro (2015/16)) konnten die Kosten pro Studienplatz und die Eigenanteile an der F&E-Finanzierung stabil und sogar leicht rückläufig gestaltet und somit die Produktivität gesteigert werden.

Wie schon eingangs erwähnt hat für die Gesundheitsstudiengänge ausschließlich das Land Steiermark aufzukommen – eine Kofinanzierung durch den Bund besteht nicht. Bemerkenswert ist, dass zwar die gesetzlichen Grundlagen für die Ausübung und die Ausbildung der Gesundheitsberufe vom Bundesgesetzgeber vorgegeben werden, die Länder (respektive die Erhalter der FH) aber für die Finanzierung dieser Ausbildungen aufzukommen haben.

Die Curricula der Gesundheitsstudiengänge sind bundesgesetzlich sehr kleinteilig mit oft sehr geringen Gruppengrößen und hohen Anteilen an Berufspraktika mit Einzelcoachings angelegt, weshalb diese – im Vergleich zu den bundesfinanzierten Studiengängen – notwendigerweise höhere Kosten pro Studienplatz und somit insgesamt einen vergleichsweise hohen Zuschussbedarf auslösen. Verschärfend kommt – auf der Seite der Overheads – dazu, dass durch den hohen BewerberInnenandrang vergleichsweise höhere Kosten in der Administration des Aufnahmeverfahrens und indirekt weitere damit zusammenhängende Kosten anfallen.

Insofern ist bei den bundesgesetzlichen Anforderungen an die Curricula der Gesundheits- und Pflegestudiengänge tendenziell von einer Steige-

rung der Anforderungen und des Zuschussbedarfes auszugehen.

Provokant könnte man formulieren: Der Bund schraubt die Anforderungen kontinuierlich nach oben, die Länder müssen zahlen.

4.3. Reformvorschläge

a) Während die Bundesfinanzierung auf einem Normkostenmodell (Bundesförderung pro Studienplatz) beruht, werden die Gesundheits- und Pflegestudien landesseitig über eine jährlich neu zu verhandelnde Abgangsdeckung finanziert, in der sich sowohl die direkten und indirekten Kosten der landesseitig zu finanzierenden Studiengänge, aber auch die Landesanteile an den bundesfinanzierten Studiengängen vermischen. Sowohl aus Gründen einer längerfristigen Planbarkeit als auch aus Gründen der Umsetzung eines Bestellerprinzips und der Verhandelbarkeit von Synergieprojekten mit anderen Erhaltern wäre es empfehlenswert, auf eine längerfristige Finanzierung nach dem Prinzip eines Normkostenmodells überzugehen und damit Vergleichbarkeit zu den bundesfinanzierten Studiengängen herzustellen.

b) Während für die Krankenanstalten eine Zuschussleistung des Bundes als Ersatz für den Entfall des Vorsteuerabzuges besteht (gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz – GSBG), sind die Fachhochschulen als Ausbildungsbetriebe für das Gesundheitssystem vom Vorsteuerabzug ausgeschlossen. Die auf den Sachkosten für den Betrieb der Fachhochschule lastende Umsatzsteuer wird somit für die FH zum Kostenfaktor. Wichtige Reformvorhaben und Synergiepotenziale (z.B. die Schaffung einer gemeinsamen IT-Infrastruktur mehrerer Hochschulen oder von Hochschulen mit anderen Betrieben) sind daher blockiert und verunmöglicht, weil zwischen den Synergiepartnern ein umsatzsteuerbarer und -pflichtiger Leistungsaustausch ausgelöst würde, der wirtschaftlich die Personalkosten mit nichtabzugsfähiger Umsatzsteuer belasten würde. Zur Vermeidung dieser Auswirkung müssen sämtliche Infrastrukturleistungen mit eigenem

Personal erbracht werden – Kooperationen sind wegen der ansonsten entstehenden Umsatzsteuerbelastung daher nicht möglich oder wirtschaftlich nicht sinnvoll.

c) Punkt b) gilt ganz verallgemeinert für Hochschulen. Würde ein Vorsteuerabzug oder ein Ausgleich für den nichtabzugsfähigen Vorsteuerteil (wie im Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz) geschaffen, könnten zwischen Hochschulen zahlreiche Synergieprojekte geprüft und umgesetzt werden. Hier ist nicht nur an gemeinsame IT zu denken, sondern an sämtliche Verwaltungskosten schlechthin.

d) Eine bundeseinheitliche Regelung dahin gehend, dass Aufnahmeverfahren in den Gesundheitsberufen und Pflegestudien am selben Tag stattzufinden haben, wäre wünschenswert und würde helfen, die Kosten für Aufnahmeverfahren in diesen Berufen massiv zu reduzieren, indem der Bewerbungstourismus zwischen den einzelnen FH-Erhaltern verunmöglicht würde. Eine Selbstorganisation eines solchen zeitgleichen Aufnahmeverfahrens ist bisher unter den Berufsverbänden und Erhaltern der Gesundheitsberufe nicht durchsetzbar gewesen, somit bleibt nur der Ruf nach dem Gesetzgeber.

5. Zusammenfassung

An Fachhochschulen ausgebildete Gesundheitsberufe spielen schon heute und bei der Patientenversorgung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im intra- und extramuralen Bereich eine wesentliche Rolle. Durch eine wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Ausbildung kann die Qualität der Versorgung weiter verbessert werden, wobei angewandte Forschung heute und in Zukunft notwendig ist, um die demografische und technologische Entwicklung entsprechend zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang werden auch neue Funktionen und Berufsbilder entstehen. Wie gezeigt wurde, ist der Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe in hohem Maße im Fluss. Durch die Tertiärisierung wurden neue Chancen und Potenziale geschaffen, die Finanzierung und Organisation hinkt allerdings zum Teil noch hinterher.

Wissenschaftlicher Beirat



Univ.-Prof. Mag. Dr. Manfred Prisching
(Vorsitzender)
Ass.-Prof. Dr. Klaus Poier
(Gf. Vorsitzender)
Univ.-Prof.i.R. Dr. Alfred Ableitinger
Univ.-Prof.i.R. Dr. DDr.h.c. Wolfgang Benedek
Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Tina Ehrke-Rabel
ao.Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Edith Gößnitzer
Univ.-Prof. Dr. Johannes Heinrich
Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Marianne Hilf
ao.Univ.-Prof. Dr. Hubert Isak
ao.Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beatrix Karl
Univ.-Prof. Dr. Stefan Karner
Ass.-Prof.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Renate Kicker
ao.Univ.-Prof. Dr. Igor Knez
Prof. Dr. Karl A. Kubinzky
em.o.Univ.-Prof. Dr. Dr.h.c. Wolfgang Mantl
o.Univ.-Prof. Dr. Franz Marhold
Univ.-Prof. Dr. Joseph Marko
ao.Univ.-Prof. Dr.ⁱⁿ Nora Melzer-Azodanloo
Univ.-Prof. Dr. Leopold Neuhold
Hon.-Prof. Dr. Bernhard Pelzl
ao.Univ.-Prof. DI Dr. Ulrich Pferschy
o.Univ.-Prof.i.R. Dr. Walter Pieringer
ao.Univ.-Prof. Dr. Martin Polaschek
Univ.-Prof.i.R. Dr. Reinhard Rack
em.o.Univ.-Prof. Dr. Wolf Rauch
em.o.Univ.-Prof. DDr. Willibald Riedler
Univ.-Prof.i.R. Dr. Kurt Salamun
Mag. Dr. Wolfgang Schinagl
em.o.Univ.-Prof. DDr. Gerald Schöpfer
ao.Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Michaela Sohn-Kronthaler
Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Barbara Stelzl-Marx
Univ.-Prof.i.R. Dr. Kurt Weinke
ao.Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Anita Ziegerhofer

Autorinnen und Autoren

Dr. Clemens Martin Auer, geboren 1957, ist Sektionschef im Bundesministerium für Gesundheit.

Mag. Florian Bachner, geboren 1981, ist Gesundheitsökonom und Abteilungsleiter für Gesundheitsökonomie und -systemanalyse an der Gesundheit Österreich GmbH.

Mag. Christopher Drexler, geboren 1971, ist seit 2014 Mitglied der Steiermärkischen Landesregierung und seit 2015 Landesrat für Gesundheit, Pflege, Wissenschaft und Personal.

Dipl. KHBW Ernst Fartek, MBA, geboren 1959, ist Vorstandsleiter für Finanzen und Technik der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Dipl.-Ing. Dr. Wolfgang Habacher, geboren 1971, ist Geschäftsführer der EPIG GmbH (Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit).

Gerhard Hammer, geboren 1956, ist Vorsitzender des Angestelltenbetriebsrates des LKH-Univ. Klinikums Graz, Vorsitzender des Zentralbetriebsrates der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. und Vorsitzender der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst, LL09 Steiermark Gesundheitsgewerkschaft.

Ing. Josef Herk, geboren 1960, ist Unternehmer und Präsident der WKO Steiermark.

Claudia Klimt-Weithaler, geboren 1971, ist LAbg. und Klubobfrau der KPÖ Steiermark.

Mag. Dr. Gerhard Kobinger, geb. 1961, ist Apotheker in Graz und seit 2002 steirischer Apothekerkammerpräsident.

Mag. Michael Koren, geboren 1969, Hofrat, ist Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark.

Mario Kunasek, geboren 1976, ist LAbg., Klubobmann und Landesparteiobmann der FPÖ Steiermark.

Mag.^a Ursula Lackner, geboren 1960, ist Landesrätin für Bildung und Gesellschaft.

Dr. Bernd Leinich, MBA, geboren 1968, ist Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark.

Dipl.-Ing. Dr. Werner Leodolter, geboren 1957, Univ.-Prof., ist Manager im Gesundheitswesen, Professor für angewandte Unternehmensführung im Gesundheitswesen an der Karl-Franzens-Universität Graz und Autor.

Dr. Herwig Lindner, geboren 1962, ist Facharzt für Innere Medizin am LKH Graz Süd-West (Standort West) und Präsident der Ärztekammer Steiermark.

Mag.^a Verena Nussbaum, geboren 1970, ist Juristin beim Österreichischen Gewerkschaftsbund und seit 2013 Obfrau der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse.

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS, geboren 1963, ist Bundesministerin für Gesundheit und Frauen.

Dr. Herwig Ostermann, geboren 1979, ao.Univ.-Prof., ist Gesundheitsökonom und Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH.

Mag.^a Christa Peinhaupt, MBA, geboren 1973, ist Medizin- und Gesundheitssoziologin und Senior Researcher am Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit.

Dr. Klaus Pessenbacher, geboren 1960, Primarius, ist Leiter der Abteilungen für Anästhesie und Intensivmedizin des LKH Südsteiermark, Ärztlicher Leiter der Koordinationsstelle für Notfall- und Katastrophenmedizin im Amt der Steiermärkischen Landesregierung.

Josef Pessler, geboren 1957, ist Präsident der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark.

Dipl.-Ing. Dr. Karl Peter Pfeiffer, geboren 1953, o.Univ.-Prof., ist Rektor und Wissenschaftlicher Geschäftsführer der FH JOANNEUM.

Mag. Dr. Klaus Poier, geboren 1969, Ass.-Prof., ist Verfassungsrechtler und Politikwissenschaftler an der Karl-Franzens-Universität Graz.

Dr.ⁱⁿ Katharina Purtscher-Penz, geboren 1955, Primaria, ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Leiterin der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am LKH Graz Süd-West, Standort Süd.

Mag.^a Ulrike Rabmer-Koller, geboren 1966, ist Vorsitzende des Verbandsvorstandes im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Vizepräsidentin der Wirtschaftskammer Österreich und Präsidentin des Europäischen KMU Verbandes.

Dr. Günter Riegler, geboren 1966, ist Wirtschaftsprüfer und Steuerberater, kaufmännischer Geschäftsführer der FH JOANNEUM und Aufsichtsratsvorsitzender der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft (KAGes).

Dr. Hellmut Samonigg, geboren 1951, Univ.-Prof., ist Onkologe und Rektor der Med Uni Graz sowie Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie.

Mag. Dr. Hans Jörg Schelling, geboren 1953, ist Bundesminister für Finanzen.

Lambert Schönleitner, geboren 1970, ist Klubobmann der Grünen Steiermark.

Hermann Schützenhöfer, geboren 1952, ist seit 2000 Mitglied der Steiermärkischen Landesregierung und seit 2015 Landeshauptmann der Steiermark.

Manfred Seebacher, geboren 1959, ist Bürgermeister der Stadtgemeinde Mariazell und Vizepräsident des Steiermärkischen Gemeindebundes.

Mag.^a Renate Skledar, geboren 1957, ist PatientInnen- und Pflegeombudsfrau des Landes Steiermark.

Dipl.-Ing. Dr. Bernhard Tilg, geboren 1967, Univ.-Prof., ist promovierter und habilitierter Elektrotechniker / Medizintechniker (TU Graz), Universitätsprofessor an der UMIT und seit 2008 Mitglied der Tiroler Landesregierung.

Dr. Michael Tripolt, MPH, geboren 1975, ist Oberarzt am Univ. Klinikum für Dermatologie und Venerologie, Betriebsratsvorsitzender-Stellvertreter am LKH- Univ. Klinikum Graz, Vorsitzender-Stellvertreter des Zentralbetriebsrates der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Dr. Karlheinz Tscheliessnigg, geboren 1946, Univ.-Prof., ist Chirurg und Vorstandsvorsitzender der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Dipl.-Ing. Kurt Völkl, geboren 1953, Univ.-Prof., Prof., Hofrat, ist Generaldirektor der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und des Bergbaues.

Mag. Martin Zuba, geboren 1985, ist Gesundheitsökonom und Mitarbeiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie und -systemanalyse der Gesundheit Österreich GmbH.

Unser Dank gilt zuerst dem Herausgeber sowie allen Autorinnen und Autoren für ihre facettenreichen Beiträge. Weiters danken wir allen Mithelfern bei der Redaktionsarbeit, namentlich Antonia Csuk, Bakk., Mag.^a Daniela Orthaber und Johann Trummer. Für die bewährte graphische Gestaltung gilt unser Dank Ed Höller.

Impressum

politicum 120 – 38. Jahrgang; März 2017

Medieninhaber und Herausgeber:

Verein für Politik und Zeitgeschichte in der Steiermark, 8010 Graz, Karmeliterplatz 6; ZVR-Zahl: 017681930

Für den Inhalt verantwortlich: Klaus Poier

Herausgeber dieser Nummer: Christopher Drexler

Redaktion (Red.): Klaus Poier / Antonia Csuk

Veröffentlicht mit Unterstützung des Landtagsklubs der Steirischen Volkspartei

Layout: edsign

Druck: Steierm. Landesdruckerei, Graz

Erscheinungsort: Graz

Nachdruck ausschließlich mit schriftlicher Genehmigung.

Preis pro Ausgabe: € 10,- Abopreis (4 Hefte): € 25,-

Fotos, bei denen kein Nachweis angegeben ist, wurden uns freundlicherweise von den AutorInnen zur Verfügung gestellt. Sollten dadurch Rechte verletzt worden sein, ist dies ohne Absicht geschehen.

ISSN 1681-7273 politicum (Graz)