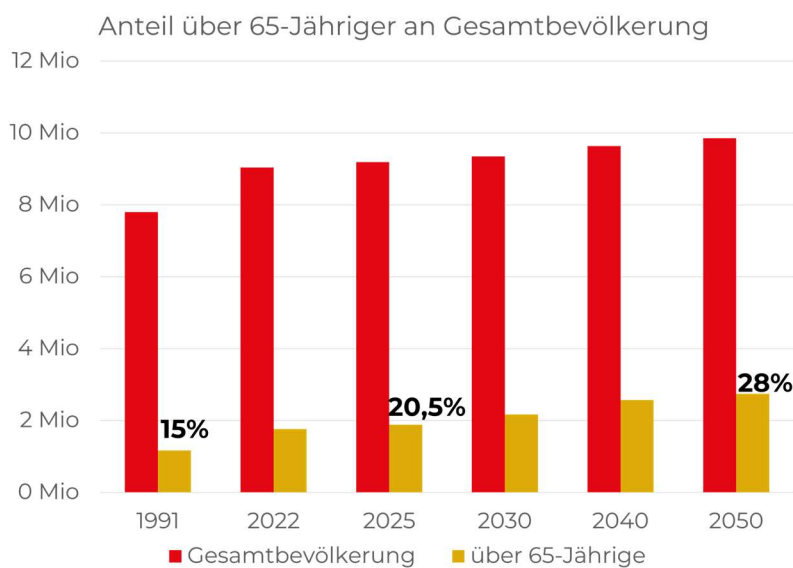


GESUNDHEITSSYSTEM VON MORGEN: BESSER VERSORGT, NACHHALTIG FINANZIERT

Die Bevölkerung wird älter - eine nachhaltige Gesundheitspolitik zum Wohle der Vielen muss daher darauf abzielen, dass die Menschen länger gesund bleiben. Die Erhöhung der gesunden Lebensjahre wirkt sich positiv auf die Lebensqualität der Bevölkerung und auf die langfristige Finanzierung des Gesundheitswesens aus. Die AK schlägt dazu als wichtige Bausteine einen Strukturwandel hin zu einer besseren Versorgung im niedergelassenen Bereich und den systematischen Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention vor. Um diese Herausforderungen zu meistern, sind jetzt kluge Investitionen erforderlich, die in weiterer Folge im Sinne einer investiven Kostendämpfung zu (auch finanziellen) Entlastungen führen werden.

AKTUELLE DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNGEN

Aufgrund der demographischen Entwicklungen wächst die Zahl der Älteren in den nächsten Jahren massiv. Aktuell beträgt der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung rund 20 %, dieser Anteil wird laut Prognosen der Statistik Austria (2024) bis 2050 auf rund 28 % ansteigen ([Statistik Austria 2024](#)).



Quelle: Statistik Austria, eigene Darstellung

GESUNDHEITSAUSGABEN IN ÖSTERREICH

2023 betrugten die gesamten Gesundheitsausgaben 52,8 Milliarden Euro, davon die öffentlichen Gesundheitsausgaben 40,5 Milliarden Euro ([Statistik Austria 2024](#)). Über 40 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben werden für die stationäre Gesundheitsversorgung ausgeben.

Auf Basis der Daten der Spitalsentlassungsstatistik ist ersichtlich, dass 2024 über 50% aller medizinische Leistungen während stationären Aufenthaltes an ab 65-jährige Patient:innen erbracht wurden ([Statistik Austria 2024](#)). Auch im niedergelassenen Bereich wird ein Großteil der Versorgung von älteren Patient:innen in Anspruch genommen. Zwangsläufig werden die Gesundheitsausgaben aufgrund des demographischen Wandels vor allem auch im Spitalsbereich massiv ansteigen.

Um hier entgegenzuhalten, braucht es strukturelle Verbesserungen in der Versorgung und mehr Prävention, die in einem ersten Schritt zu einem finanziellen Mehrbedarf führen, bevor es dann zu Entlastungen in anderen Bereichen kommt.

STRUKTURWANDEL GESUNDHEIT: VOM SPITAL ZUR NIEDERGELASSENEN VERSORGUNG

Die Verbesserung der niedergelassenen Versorgung, sowohl im Bereich der Primär- als auch Sekundärversorgung, kann - neben einer Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen – die Spitäler als teuersten Ort der Gesundheitsversorgung entlasten. Es ist dabei notwendig anzuerkennen, dass Patient:innen in vielen Fällen, in denen sie eigentlich in der niedergelassenen Versorgung am besten aufgehoben wären, im Spital landen, weil sie im niedergelassenen Bereich zu lange Wartezeiten hinnehmen müssten oder nicht zum richtigen Behandlungsort navigiert werden. **Eine Entlastung des Spitalsbereichs ist somit erst nach einem erfolgreichen Ausbau des niedergelassenen Bereichs möglich.** Ein solcher Ausbau könnte auch Folgekosten durch die verspätete Versorgung oder die mangelnde Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) verringern. Folgende Maßnahmen sind daher von vorrangiger Bedeutung:

AUSBAU UND EINBEZIEHUNG ANDERER GESUNDHEITSBERUFE

Viele Patient:innen – allen voran chronisch erkrankte Menschen – brauchen für eine gute Versorgung und um weiteren Verschlechterungen vorzubeugen die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe (Ärzt:innen, gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege Physio-, Ergo-, Logo-, Psychotherapeut:innen, Diätolog:innen, Radiolog:innen, ...). Die Einbindung von nicht-ärztlichen GDA verspricht nicht nur eine Entlastung der Spitäler und der Ärzt:innenschaft, sondern auch eine Reduktion von Folgekosten durch lückenhafte und verzögerte Versorgung. Damit die Zusammenarbeit der verschiedenen GDA nicht nur in Primärversorgungseinheiten und Gesundheitszentren gut funktioniert, sollten **nicht-ärztliche GDA ins Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) und andere Sozialversicherungsgesetze einbezogen** werden, so dass Patient:innen nach ärztlicher Delegation bei freiberuflich tätigen Gesundheits- und Krankenpfleger:innen oder Diätolog:innen zB eine Wundversorgung oder eine diätologische Beratung in Anspruch nehmen und die **GDA direkt mit dem gesetzlichen Krankenversicherungsträger abrechnen** können. Dies ist für physiotherapeutische, logopädische und ergotherapeutische Behandlungen bereits möglich und gängige Praxis. In einem ersten Schritt sollte diese Delegation im Rahmen von

österreichweiten Disease-Management-Programmen und zur Wundversorgung ermöglicht werden. Um eine flächendeckende integrierte Versorgung zu erreichen, braucht es eine österreichweite Ärzte- und Gesundheitsberufesbedarfsstudie für den niedergelassenen Bereich, damit eine Planung über alle GDA möglich ist.

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

Zwei von drei Menschen in Österreich leiden an einer chronischen Krankheit ([BMSGKP Österreichischer Gesundheitsbericht 2022](#)). Allein an Diabetes-mellitus-Typ-2 waren 2020 800.000 – 900.000 Menschen (zwischen 8,2 und 9,9 % der Bevölkerung) erkrankt und es ist mit steigenden Zahlen zu rechnen ([Fröschl et al Diabetesstudie 2023](#)). Diabetes-mellitus-Typ-2 ist nur ein Beispiel dafür, dass die Versorgung von chronisch Erkrankten häufig komplex ist und neben einer koordinierten Vorgehensweise insbesondere die aktive Einbeziehung der Patient:innen und gegebenenfalls An- und Zugehörigen erfordert. Damit eine konstante multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung funktionieren kann braucht es für chronische Krankheiten **strukturierte Behandlungspfade in Form von Disease-Management-Programmen (DMP)**, die alle Gesundheitsberufe einbeziehen und eine Vergütung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen. Ein solches Diabetesmanagement sollte die strukturierte Zusammenarbeit ermöglichen und neben **medizinischer Fallführung, pflegerische Beratung, spezifische Beratungen und Therapien und eine Navigation der Patient:innen** umfassen. Ein verpflichtender Versorgungsauftrag für Allgemeinmediziner:innen könnte angedacht werden. Die Finanzierung der DMP soll durch Bund, Länder und Sozialversicherung erfolgen.

DIGITALISIERUNG NUTZEN

Die Digitalisierung ermöglicht bei richtiger Nutzung eine bessere Planung im Gesundheitswesen, eine verstärkte Zusammenarbeit der GDA untereinander und mit den Patient:innen und eine leichtere Navigation durchs Gesundheitssystem. Dabei sind stets datenschutzrechtliche Standards zu beachten, digitale Kompetenzen sowohl bei GDA als auch in der Bevölkerung aufzubauen und Möglichkeiten für Menschen ohne Zugang zu digitalen Tools offenzuhalten.

Die **eDiagnose und die Patientenkurzakte** sind zeitnah in der elektronischen Gesundheitsakte ELGA umzusetzen. Damit dies zur integrierten Versorgung beitragen kann, müssen **nicht-ärztliche GDA auch Lese- und Schreibberechtigung in ELGA erhalten**. Die **Webseite gesundheit.gv.at** sollte zu einer **Navigationsdrehscheibe** im Gesundheitswesen ausgebaut werden. Für die praktische Zusammenarbeit sollten GDA mit ihren Angeboten dort zentral ersichtlich sein, um Kontaktaufnahme und Weiterverweisung zu erleichtern.

Es sollte eine **zentrale und digitale Terminbuchungsmöglichkeit** geschaffen werden, wobei diese Stelle mit den erforderlichen Informationen und Kompetenzen ausgestattet sein muss, um sämtliche freien Termine zu kennen und verbindlich Termine bei GDA buchen zu können. Dabei sollte auch ein Wartezeitenmanagement eingeführt werden, dass eine Terminvergabe nach Dringlichkeit ermöglicht.

GLEICHE LEISTUNGEN FÜR ALLE

Medizinische Versorgung sollte weder vom Konto noch vom Wohnort abhängen. Im Sinne einer bundesweiten Leistungsharmonisierung für alle Patient:innen wäre ein österreichweiter Ärztesgesamtvertrag inklusive Honorarvereinbarung notwendig, der ebenso zur Entlastung des Spitalsbereich beitragen kann.

Ein weiteres Problem ist die schleichende Privatisierung im Gesundheitssystem. So wurden 2024 bereits 25% der gesamten Gesundheitsausgaben und damit 13,5 Mrd Euro durch Privatzahlungen der Patient:innen bzw der Privatversicherer aufgebracht. Damit einher geht ein ständig steigender Anteil an privat Krankenversicherten in Österreich. 2024 sind dies bereits fast 40% der Gesamtbevölkerung. Vervollständigt wird dieses Bild durch die immer weiter steigende Anzahl von Wahlärzt:innen in Österreich (rd +140% seit 2000). Im Vergleich dazu ist die Anzahl der Kassenärzt:innen seit 2000 in etwa gleichgeblieben.

Dies zeigt: Gesundheit verlagert sich immer mehr in den privaten Bereich, was zwangsläufig zu einer Mehr-Klassen-Medizin führt. Notwendig wäre es, die allgemeine Versorgung auf einem Niveau zu halten, dass Privatzahlungen bzw die Inanspruchnahme von zusätzlichen privat zu zahlenden Angeboten für die Mehrheit der Gesellschaft nicht notwendig sind.

Sinnvoll wäre es in diesem Zusammenhang auch Schranken einzuführen, beispielsweise hinsichtlich der Tätigkeit in einer Krankenanstalt von Wahlärzt:innen und privat zu honorierender Behandlungen.

PRÄVENTIONSGESETZ

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur gemeinsam unter Beteiligung aller Akteure (Bund, Länder, Gemeinden, Österreichische Gesundheitskasse, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) vorangetrieben werden kann. Ein Präventionsgesetz hat die Zuständigkeiten für die unterschiedlichen Lebensphasen und -bereiche klar zu definieren und die verbindliche Teilnahme aller Akteure sowie Finanzierung der Maßnahmen sicherzustellen. Insbesondere soll die Präventionskompetenz der Unfallversicherungsträger auf arbeitsbezogene Gesundheitsgefahren erweitert werden.

Das betrifft alle Lebensbereiche: Von der frühen Kindheit, wo sich Investitionen langfristig besonders lohnen, bis ins hohe Alter, wo es darum geht Pflegebedürftigkeit hintanzuhalten.

Auch ökonomisch ist eine Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung sinnvoll. So kommt beispielsweise jeder Euro, der in betriebliche Gesundheitsförderung investiert wird, circa dreifach zurück ([Rath 2017](#)). Bisher hinkt Österreich im internationalen Vergleich bei den Präventionsausgaben hinterher. In Anbetracht der enormen volkswirtschaftlichen Kosten von Krankenbehandlung, von durch Krankheiten und Unfälle bedingter Fehlzeiten, eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und Invalidität sowie natürlich des massiven Verlusts der Lebensqualität der Betroffenen, braucht es einen deutlichen Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung.

BRÜCKENFINANZIERUNG

Das Gesundheitssystem zeichnet sich durch eine besonders komplexe Finanzierungslandschaft aus. Ziel sollte es sein, diese zu vereinfachen und zu einer besseren gemeinsamen Steuerung zu kommen.

Da die Mehrausgaben im Gesundheitsbereich vor allem demografisch bedingt sind, ist eine Anpassung des sogenannten Hebesatzes ein geeignetes Finanzierungsinstrument für die Umsetzung der genannten Maßnahmen. Die Hebesätze dienen der Abdeckung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Versorgung von Pensionsbezieher:innen durch den Bund. Diese sollten – wie auch in der ursprünglichen Konzeption –

zwischenzeitig auf ein zumindest kostendeckendes Maß angehoben werden (vgl. [Panhözl 2023](#)).

Eine Anhebung des Hebesatzes im ASVG würde je nach Anpassungsmaß Mehreinnahmen für die gesetzlichen Krankenversicherung in der Größenordnung einer Milliarde Euro bedeuten. Diese sollten zweckgewidmet für Maßnahmen zum Ausbau der Versorgung im niedergelassenen Bereich verwendet werden, wodurch mittel- und längerfristig eine Entlastung der Spitalstrukturen geschaffen wird (investive Kostendämpfung). So sind beispielsweise bei Diabetes die Spitalskosten bei Teilnehmer:innen an „Therapie aktiv“ um 11 % (€ 1.000,00) und die Transportkosten um 1/3 (€ 50,00) pro Person geringer als in der Kontrollgruppe. Das ist bei einer Prävalenz von 800.000 – 900.000 ein enormes Potential.

Aufgrund der derzeit schwierigen budgetären Lage ist es notwendig zeitlich befristet zusätzliche Einnahmepotentiale zu erschließen. Dies wäre beispielsweise über einen Gesundheitsfinanzierungsfonds denkbar, in den Pharmaunternehmen und Anbieter privater Krankenversicherungen Solidarbeiträge einzahlen. Diese profitieren von der öffentlich finanzierten Infrastruktur des Gesundheitssystems. Ebenso könnten Einnahmen aus vermögensbezogenen Steuern dafür zweckgewidmet werden.

KONTAKT

Arbeiterkammer Wien - Abteilung Sozialversicherung
pia.zhang@akwien.at, johanna.rachbauer@akwien.at

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Statistik Austria Bevölkerungsprognosen
- Statistik Austria Gesundheitsausgaben
- Statistik Austria Gesundheitsversorgung stationär: Medizinische Leistungen
- BMSGPK Österreichischer Gesundheitsbericht 2022
- Fröschl et al Diabetesstudie 2023
- Rath 2017 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Betrieblicher Gesundheitsförderung
- Panhözl 2023