

News aus den Gesundheits- systemen

Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der Europäischen Union dar, die Sie auch auf der LIG-Homepage unter www.lig-gesundheit.at finden.

INHALT

Großbritannien: Umfrage zeigt Hausärztemangel auf	31
Österreich: Gesundheitsberuferegister	32
Schweiz: Damit die Dosis auch bei den Kleinen stimmt	33
Deutschland: Impfpflicht für Masern wahrscheinlich	34
Niederlande: Schon wieder Krankenhauskonkurs	36
Europa: Tools zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens	37

Großbritannien: Hilfestellung für die Präventionsarbeit	38
Österreich: Generika schaffen Spielraum für Innovationen	39
Bericht: Vertragsarzt oder Wahlarzt – was entscheidet?	41
Bericht: Euro Health Consumer Index 2018	42
Schweiz: Kostenlast neu verteilt	44
Deutschland: Hausarztmodell: Bonus für Patienten geplant	46
Österreich: Das eRezept kommt 2020	47
Niederlande: Krankenhaus stellt teure Medikamente selbst her	48
Schweiz: Neue E-Health-Strategie	49

LIG-Newsletter

***Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können
regelmäßig bezogen werden.***

Newsletter-Abo unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

GROßBRITANNIEN**Umfrage zeigt Hausärztemangel auf**

Nicht nur hierzulande sind Hausärzte Mangelware, auch im Vereinigten Königreich kämpft man mit ähnlichen Schwierigkeiten. In einer Umfrage wird jetzt von Patientenfrequenzen berichtet, die viel höher liegen als empfohlen wird.

Belastende Arbeitsbedingungen

Auch das britische Gesundheitssystem kämpft mit Personalmangel und ansteigendem Bedarf an Gesundheitsleistungen. Eine Umfrage unter Hausärzten hat nun eine drohende Gefahr aufgedeckt: Hausärzte könnten aufgrund ihrer langen Arbeitszeiten von Berufskrankheiten bedroht sein. Im Vereinigten Königreich arbeiten die sogenannten GPs durchschnittlich elf Stunden pro Tag, wobei sie davon acht Stunden lang Patienten betreuen. Der Rest der Arbeitszeit wird für administrative Tätigkeiten, wie das Lesen von Krankenhausberichten und das Prüfen von Testergebnissen, verwendet.

Bedenkliche Patientenfrequenzen

Laut der Befragung behandeln GPs durchschnittlich 41 Patienten pro Tag – während ihrer Sprechstunden, bei der Visite oder per Telefon und Mail. Die Hausärzte betonten dabei, dass eine Frequenz von mehr als 30 Patienten täglich nicht empfehlenswert sei, weil es ansonsten zu Einbußen bei der Qualität der Behandlung käme und das Risiko von Fehlern ansteige. Zehn Prozent der GPs behandeln aber in der Realität sogar mehr als 60 Patienten am Tag, also mehr als die doppelte Zahl der empfohlenen Höchstgrenze. Dr. Matt Mayer, der ehemalige Vorsitzende der British Medical Association BMA im Bereich GPs, sieht die Ergebnisse der Umfrage als eine besorgniserregende Bestätigung dafür, dass Hausärzte bereits stark über ihrer Kapazität arbeiten. Die Krankheitsgefährdung durch den Beruf sei daher hoch. Dr. Farah Jameel, derzeitige Vorsitzende der BMA im Bereich GPs, beschreibt die Umfrageergebnisse als niederschmetternd, aber wenig überraschend. Prof. Helen Strokes-Lampard, die Leiterin des Royal Colleges der GPs, erzählte dazu, dass sie selbst kürzlich einen Zwölf-Stunden-Tag erlebt habe, bei dem sie 100 Patientenkontakte hatte.

Die Hausarztmedizin steckt also auch in Großbritannien mitten in einer Personalkrise, die sich einem wachsenden Bedarf nach Leistungen gegenüber sieht. Hinzu kommt, dass laut den befragten Hausärzten bereits 29 Prozent der Fälle als sehr komplex einzustufen seien und damit auch die Intensität der

Arbeit ansteige. Manche Hausärzte gehen aufgrund der belastenden Arbeitsbedingungen früher in Pension und andere arbeiten weniger Stunden. GPs in Ausbildung gibt es zwar genug, viele geben aber vor dem Abschluss ihrer Ausbildung auf und somit ist auch der Nachwuchs nicht gesichert.

Pläne der Regierung

Bereits 2015 versprach die Regierung, die Zahl der GPs bis 2020 um 5.000 zu erhöhen, es kam seither aber zu einem weiteren Rückgang der GP-Zahlen. Der NHS England plant nun eine Erweiterung der Mitarbeiter in GP-Praxen um 20.000 – inklusive Physiotherapeuten, Pharmazeuten und Psychologen. Ein Sprecher teilte mit, dass der NHS 2023–2024 4,5 Millionen Pfund in niederschwellige Versorgung investieren wolle und hob hervor, dass mittlerweile 90 Prozent der Hausärzte nur noch in Teilzeit tätig seien.

ÖSTERREICH

Gesundheitsberuferegister

Mit 30. Juni 2019 läuft die Frist für die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister für zehn Berufe ab. Bringen soll das Register vor allem eine Übersicht über das verfügbare Gesundheitspersonal zur besseren Bedarfsplanung sowie eine höhere Patienten- und Qualitätssicherheit.

Bereits seit Juli 2018 gibt es die Möglichkeit, sich in das Gesundheitsberuferegister einzutragen. Neu tätig werdende Personen mussten sich bereits vor Aufnahme der Berufstätigkeit registrieren lassen, bereits Berufstätige haben eine Frist bis Ende Juli 2019. Erfasst werden im Register insgesamt zehn Gesundheitsberufe:

- Biomedizinische(r) Analytiker/Analytikerin
- Diätologin/Diätologe
- Diplomierte(r) Gesundheits- und Krankenpflegerin/Krankenpfleger
- Ergotherapeutin/Ergotherapeut
- Logopädin/Logopäde
- Orthoptistin/Orthoptist
- Pflegeassistentin/Pflegeassistent
- Pflegefachassistentin/Pflegefachassistent
- Physiotherapeutin/Physiotherapeut
- Radiologietechnologin/Radiologietechnologe

Die beruflichen Qualifikationen der erfassten Personen werden über das Gesundheitsberuferegister klar ersichtlich. Die Liste kann außerdem öffentlich im Internet eingesehen werden, wodurch sich Patienten und Arbeitgeber einfach informieren können. „Somit wird Transparenz geschaffen und über die Auswahlmöglichkeiten und Zusatzqualifikationen des Gesundheitspersonals informiert“, erklärt Gesundheitsministerin Beate Hartinger-Klein. Erstmals wird somit quantifizierbar, wie viele Personen in diesen Gesundheitsberufen tätig sind. Dies bildet eine wichtige Grundlage für künftige Bedarfsplanungen im Gesundheitswesen.

Das Register erfüllt aber auch einen europäischen Standard und erhöht die nationale und internationale Mobilität von Gesundheitsberufen, denn die Vorlage von Zeugnissen und Nachweisen wird damit vereinfacht. Arbeitgeber können sich auf die im Register befindlichen Informationen und Zeugnisse verlassen und möglichen Betrugsfällen wird damit ein Riegel vorgeschoben. Die behördlichen Prüfungen erhöhen damit auch die Patientensicherheit. Die Berufsangehörigen erhalten mit der Eintragung außerdem einen Berufsausweis, mit dem sie ihre Qualifikation jederzeit nachweisen können. Dadurch soll das Gesundheitspersonal eine Aufwertung erfahren.

Registrierungsbehörden sind die Bundesarbeitskammer und die Gesundheit Österreich GmbH.

SCHWEIZ

Damit die Dosis auch bei den Kleinen stimmt

Längst weiß man es: Was Medikamente betrifft, sind Kinder nicht einfach nur kleine Erwachsene. Dennoch gibt es bei vielen Wirkstoffen keine verlässlichen Dosierungsangaben für die Pädiatrie. Der Bund hat deshalb eine Kooperation unterstützt, die Empfehlungen für den sicheren Arzneimitteleinsatz bei den Kleinsten abgibt.

Leider gibt es für die Dosierung von Medikamenten bei Kindern und Neugeborenen sehr häufig keine Studiendaten, wodurch Empfehlungen für die Verabreichung fehlen. Dabei ist das ein sensibles Thema, denn wird zu wenig verabreicht, bleibt die Wirksamkeit aus, und wird zu viel verabreicht, kann es zu einer Vergiftung kommen. Diese Problematik hat der Bund erkannt und das Bundesamt für Gesundheit BAG hat eine Initiative gestartet.

Die Kooperation

Die Leitung der Initiative obliegt dem Verein SwissPedDose, der dafür vom BAG über acht Jahre drei Millionen Franken an Finanzmitteln erhält. In dem Verein haben sich acht Schweizer Kinderkliniken, die Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie und der Schweizerische Verein der Amts- und Spitalapotheker zusammengeschlossen. Hier werden auf einer Informationsplattform Daten gesammelt und zu Dosierempfehlungen gebündelt. Erfahrungen der Expertinnen und Experten aus den acht Schweizer Spitälern werden dabei in einem standardisierten Prozess mit aktuellen Erkenntnissen aus der pharmakologischen und medizinischen Forschung verglichen und dann harmonisiert.

Das Ergebnis

Als Ergebnis der Kooperation stehen bereits über 200 Dosierempfehlungen zu 60 verschiedenen Wirkstoffen zur Verfügung. Ärzte können diese Informationen kostenlos online abrufen. Im Kinderspital Luzern werden die Daten bereits direkt ins interne Spitalinformationssystem eingespeist und die dortigen Kinderärzte verwenden ausschließlich diese Empfehlungen.

Künftig sollen für die weitere Optimierung der Arzneimittelsicherheit bei Kindern auch niedergelassene Kinderärzte über die Dosierempfehlungen von SwissPedDose stärker informiert werden. Die Liste der Wirkstoffe soll bis 2022 außerdem auf 130 ausgeweitet werden.

DEUTSCHLAND

Impfpflicht für Masern wahrscheinlich

Nach vermehrt auftretenden Masernfällen wird in Österreich noch über Maßnahmen diskutiert. In Deutschland ist man indes schon einen Schritt weiter: Gesundheitsminister Spahn will die Impfpflicht für Masern beschließen. Kindergartenausschlüsse und hohe Geldstrafen sollen für die Einhaltung des Gesetzes sorgen.

Der Gesetzesentwurf

Kaum ein Thema wird kontroverser und emotionsgeladener diskutiert als das Impfen. Dementsprechend vorsichtig geht man in Österreich damit um und will erst einmal auf die Vernunft der Menschen setzen. In Deutschland ist man da anderer Meinung: Nach dem Gesetzesentwurf von Gesundheitsminister

Jens Spahn müssen Schul- und Kita-Kinder künftig nachweisen, dass sie gegen Masern geimpft wurden. Sind Kita-Kinder nicht geimpft, sollen sie von der Kita ausgeschlossen werden. Bei Schulkindern gilt die Schulpflicht und es kann daher kein Ausschluss erfolgen. Eltern sollen jedoch ein Bußgeld von bis zu 2.500 Euro zahlen.

Impfen sollen künftig alle Ärzte, ausgenommen Zahnärzte, dürfen. Damit ergibt sich bei jedem Arztbesuch die Möglichkeit zur Überprüfung des Impfstatus und zur Impfung, das vereinfacht es für Patienten erheblich. Zum Beispiel können beim Kinderarztbesuch die Eltern gleich mitgeimpft werden.

Überlegt soll auch werden, ob weitere Infektionskrankheiten in die Impfpflicht mit einbezogen werden sollen. Die Impfpflicht soll mit 1. März 2020 in Kraft treten, sie muss aber erst beschlossen werden. Die Rückmeldungen seitens der Politik scheinen indes eher positiv.

Auch Lehrer und Gesundheitspersonal

Einem Referentenentwurf zufolge, der dem Deutschen Ärzteblatt vorliegt, sollen in die Impfpflicht auch Lehrpersonen und das Gesundheitspersonal einbezogen werden. Das würde etwa auch Küchenpersonal in Spitälern betreffen, sofern dieses in Kontakt mit Patienten kommt. Auch Personal in Arztpraxen und Geburtshäuser müsste nachgeimpft werden. Insgesamt werden laut Berechnungen etwa 600.000 Menschen durch die Impfpflicht nachträglich zum Impfen verpflichtet (361.000 ungeimpfte Kinder und 220.000 Angestellte). Bis spätestens 31. Juli 2020 muss der Nachweis für den Impfschutz gebracht werden.

Expertenmeinung

Eine Impfpflicht stellt zwar eine Einschränkung der individuellen Freiheit dar, das betrifft aber auch andere Bereiche, wie etwa das Rauchverbot oder die Gurtpflicht, sagt der Professor für Globale Gesundheit und Impfexperte Saad Omer im Interview mit Zeit online dazu. Jede Gesellschaft müsse dem Experten zufolge eine Balance zwischen der Einschränkung der individuellen Freiheit und dem größeren gesellschaftlichen Nutzen finden. Bei der Entscheidung, sein Kind nicht impfen zu lassen, gefährdet man nämlich nicht nur das eigene Kind, sondern auch andere – etwa Kinder, die noch zu jung für eine Impfung sind, oder Personen mit krankhaft schwachem Immunsystem. Masern sind nicht nur gefährlich, sondern auch extrem ansteckend, und es braucht daher eine hohe Durchimpfungsrate, um einen Herdenschutz herzustellen (mindestens 95 Prozent). Die tatsächliche Durchimpfungsrate von derzeit 93 Prozent

bezieht sich allerdings nur auf Kinder, die gerade eingeschult werden. Dabei wird übersehen, dass der Schutz unter jüngeren Kindern und Erwachsenen viel geringer ist. Und auch regional existieren große Unterschiede. Der Impfexperte hält die Einführung einer Impfpflicht von wissenschaftlicher Seite her jedenfalls für gerechtfertigt.

Allerdings hält Omer es auch für angebracht, sich etwa auch aus religiösen oder weltanschaulichen Gründen von der Impfpflicht befreien lassen zu können. Spahns Gesetzesentwurf sieht das derzeit nur aufgrund von medizinischen Kontraindikationen vor. Es geht aber laut dem Experten nicht unbedingt darum, die Menschen auf Biegen und Brechen zum Impfen zu zwingen, sondern darum, Nicht-Impfen aufwendiger zu machen als Impfen. Eine Befreiung sollte nicht zu schwer zu bekommen sein, denn das führe zum Suchen nach Schlupflöchern.

NIEDERLANDE

Schon wieder Krankenhauskonkurs

Erst letzten Herbst wurde über den Konkurs zweier Spitäler der MC Group in den Niederlanden berichtet. Damals entschied das Gesundheitsministerium, dem privaten Gesundheitsunternehmen nicht unter die Arme zu greifen. Nun ist es wieder zu einem Konkurs eines privat betriebenen Spitals gekommen und die Regierung will jetzt helfen.

Vom Konkurs unmittelbar betroffen ist dieses Mal die Provinz Noord-Brabant. Das Spital, das sich in der Nähe von Boxmeer befindet, gehört zur Pantein Health Group und versorgt 130.000 Einwohner. Gesundheitsminister Bruno Bruins erklärt das finanzielle Eingreifen des Staates damit, dass im Falle eines Bankrotts des Spitals für die Region die grundlegende Versorgung, wie die Notfallversorgung und die Schwangerschafts- und Geburtenbetreuung, innerhalb einer 45-minütigen Anfahrtszeit nicht gewährleistet wäre.

Die Finanzprobleme des Spitals resultieren aus einem Grundstücksvertrag aus dem Jahre 2008, auf den das Krankenhaus selbst wenig Einfluss hatte. Das Gesundheitsministerium wird dem Spital mit zehn Millionen Euro aushelfen, um den drohenden Konkurs abzuwenden. Die Mittel werden bis 2022 in Teilen ausbezahlt. Die Genossenschaftsbank Rabobank und die Krankenversicherung VGZ sind ebenfalls in den Rettungsplan involviert.

EUROPA

Tools zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

Anfang April hat die EU-Gruppe „*Health Systems Performance Assessment*“ (HSPA), die sich aus Experten für die Bewertung der Qualität von Gesundheitssystemen zusammensetzt, einen Bericht publiziert. Dieser beinhaltet aktuelle Bemühungen und Möglichkeiten zur Verbesserung der Bewertung der Effizienz von Gesundheitssystemen.

Die europäischen Gesundheitssysteme stehen zunehmend vor derselben Herausforderung: einem wachsenden Bedarf an Gesundheitsleistungen mit begrenzten Mitteln zu begegnen. Die Mehrzahl der Wissenschaftler vertritt heute die Meinung, dass etwa 20 Prozent der Gelder im Gesundheitswesen ineffizient eingesetzt bzw. verschwendet werden. Aber die Komplexität der nationalen Gesundheitssysteme, deren gewachsene Strukturen sowie methodische und datenbezogene Schwierigkeiten machen es den Regierungen schwer, sich um die Behebung der Ineffizienzen zu bemühen.

Die Expertengruppe von HSPA räumt ein, dass die zur Verfügung stehenden Methoden und Tools zur Bewertung der Effizienz in Gesundheitssystemen noch in den Kinderschuhen stecken. Dies könnte dazu führen, dass politisch Verantwortliche die vorliegenden (Teil-)Informationen, die ihnen zur Verfügung stehen, falsch interpretieren und die daraus resultierenden Maßnahmen im schlimmsten Fall sogar Schaden für den Patienten nach sich ziehen könnten.

Deshalb ist es ein entscheidender Schritt, eine ganze Anzahl von Instrumenten zur Bewertung von Gesundheitssystemen zu entwickeln und auch deren Schwächen zu definieren. Nur so können Entscheidungsträger Ineffizienzen in ihrem Gesundheitswesen richtig erkennen und so eingreifen, dass keine unerwünschten Nebenwirkungen eintreten. Dieser Bericht von HSPA setzt genau hier an und will eine effizientere, wissenschaftlich fundierte Gesundheitspolitik fördern.

Die wichtigsten Punkte zur Verbesserung der Bewertung der Effizienz sind demnach:

- Verbesserung von Qualität und Genauigkeit von Kostendaten
- Verbesserung der Messung von Gesundheitsergebnissen (Outcomes)
- Erweiterung der Effizienzmessungen auf Bereiche außerhalb des Spitals

- Entwicklung einer Kommunikationskultur, die Stakeholdern Effizienzziele positiv vermittelt, sodass diese sich engagiert an der Umsetzung beteiligen

Den gesamten Bericht finden Sie auf der Homepage des LIGs verlinkt. Im nächsten Jahr soll ein weiterer Bericht durch das HSPA folgen, der sich mit Tools und Methoden zur Bewertung der Resilienz von Gesundheitswesen beschäftigt.

GROßBRITANNIEN

Hilfestellung für die Präventionsarbeit

Um die präventive Funktion von Mitarbeitern im Gesundheitswesen zu fördern, hat Public Health England ein e-learning Tool entwickelt, das schnellen Zugang zu Informationen und Ratschlägen ermöglicht. Es ist also eine Hilfestellung für Ärzte und andere Gesundheitsberufe zur wirksamen Krankheitsvermeidung, Gesundheitsförderung und zur aktiven Bewerbung von Wohlbefinden.

Themen

Eine Reihe von E-learning-Themen soll künftig Mitarbeiter des Gesundheitssystems dabei unterstützen, die wichtigsten Präventionsthemen professionell und einfach zu vermitteln. Die bereits verfügbaren Themen sind die Vermeidung von kardiovaskulären Krankheiten, Übergewicht bei Erwachsenen, Antibiotikaresistenz, Bewegung, Management von sozialen Problemen („social prescribing“), ein guter Start ins Leben für Kinder und Unterstützung für Obdachlose und Menschen, die von Obdachlosigkeit bedroht sind.

Design und Inhalt

In den Tools wird erklärt, warum das jeweilige Thema für die öffentliche Gesundheit Priorität hat, und es werden praktische Tipps gegeben, welche unterschiedlichen Fertigkeiten, Techniken und Ansätze je nach Gesundheitsprofession hilfreich sein können, um den Problemen im Berufsalltag erfolgreich begegnen zu können. Zum Thema Gewichtsprobleme bei Erwachsenen werden etwa Tipps gegeben, wie das Gespräch auf die Problematik gebracht und wie der Einfluss der eigenen Arbeit dazu gemessen werden kann.

Das Ziel der Tools ist, Mitarbeitern des Gesundheitssystems eine Hilfestellung zu geben, wie sie Präventionsarbeit in den Arbeitsalltag einfacher inte-

grieren können. Darüber hinaus werden auch Informationen zum Thema zur Verfügung gestellt, um das Wissen am aktuellen Stand zu halten. Jedes Tool ist am neuesten Forschungsstand, wurde von Experten erstellt und knüpft am bisherigen Wissenstand der Gesundheitsberufe an. Professor Jamie Waterall, stellvertretender Leiter der Pflege bei Public Health England betonte dazu, dass Gesundheits- und Pflegemitarbeiter wenig Zeit hätten und die Tools deshalb flexibel genutzt werden können und es ermöglichen, neben dem Berufsalltag zu lernen.

Weitere 15 E-learning-Einheiten sind für das kommende Jahr in Planung, die Themen werden von „Rauchstopp“ bis „Gesundheit im Arbeitsleben“ reichen.

ÖSTERREICH

Generika schaffen Spielraum für Innovation

Die IQVIA, ein Unternehmen, das Humandaten wissenschaftlich aufbereitet, hat die Entwicklung des Arzneimittelmarktes in Österreich untersucht. General Manager Martin Spatz sieht verschiedene Aspekte: Kostentreiber und Kostensenker.

Österreich nimmt weltweit bei der Größe der Arzneimittelmärkte den 21. Platz ein – das ist sehr weit vorne, wenn man bedenkt, dass Österreich bei der Einwohnerzahl weltweit Platz 96 belegt. Das ist für sich genommen noch kein Negativum, sondern zuerst einmal ein Beleg für eine überdurchschnittlich gute Arzneimittelversorgung. Insgesamt konnte 2018 das Wachstum des Marktes gegenüber 2017 jedoch abgeflacht werden. Der erstattungsfähige, kassenfinanzierte Bereich des Marktes verzeichnete 2018 ein Wachstum von 4,4 Prozent – deutlich weniger als 2017, informiert Spatz.

Sparfaktoren

Das geringere Wachstum sei im Gesamten vor allem auf den Spitalssektor zurückzuführen, dem das Erscheinen von günstigen Nachahmern für Biotechmedikamente am Markt zugute gekommen ist. Spatz verspricht sich auch für 2019 von solchen Biosimilars eine weitere Dämpfung des Marktwachstums im Spitalsbereich.

Auch im Kassenbereich hat 2018 der Einsatz von Generika das Kostenwachstum gebremst. Wertemäßig ist daher der Anteil der Kosten für frei verschreibbare Medikamente aus der sogenannten grünen Box zurückgegangen. Dazu hat auch der Druck des neuen Preisbandes der Kassen, das die Preise von Generika und Originalprodukten beim Auslaufen der Patente weiter senkt, beigetragen.

Raum für höhere Ausgaben

Gleichzeitig zu den Einsparungen durch Generika wachsen jedoch die Ausgaben für Medikamente aus der sogenannten dunkelgelben Box, was den verstärkten Einsatz innovativer Medikamente zeigt. Zudem beobachtet die IQVIA eine Zunahme bei „Preismodellen“ zwischen dem Hauptverband der österreichischen Versicherungsträger und den Herstellern, was ebenfalls eine kostendämpfende Wirkung hat.

Ein eher mildes Wachstum gab es hingegen beim OTC-Markt, also bei rezeptfreien Medikamenten. Dieses Marktsegment wuchs um nur 1,1 Prozent, wohingegen der Markt für Produkte, die keine Arzneimittel sind, um 4,7 Prozent wuchs.

Der Arzneimittelmarkt

Die Analyse der am österreichischen Arzneimittelmarkt beteiligten Firmen zeigt die Stärke von Unternehmen mit starkem Österreichbezug: Mit GSK-Gebro, Apomedica, Kwizda, Allergosan und Promedico finden sich gleich fünf solche Unternehmen unter den Top zehn des Marktes. Absoluter Wachstumssieger ist die steirische Firma Apomedica. Für die nächsten Jahre werde es spannend sein, wie sich der Arzneimittelmarkt in Hinblick auf individualisierte, zellbasierte Therapien entwickeln werde, denn das sei ein völlig neues Feld, sagt Spatz.

BERICHT**Vertragsarzt oder Wahlarzt – was entscheidet?**

Das Institut für Soziologie der Universität Wien hat im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger eine Untersuchung durchgeführt, die zeigt, aus welchen Gründen sich Menschen dazu entscheiden, einen Wahlarzt aufzusuchen. Denn obwohl Vertragsärzte sehr beliebt sind, gibt es doch einige zentrale Aspekte eines Arztbesuches, die beim Wahlarzt anders gestaltet sind.

Im Juli und September 2018 wurden insgesamt 40 Personen zwischen 18 und 83 Jahren interviewt, die im Jahr 2017 wenigstens einmal beim Arzt waren. Durchschnittlich kam es pro Person zu 8,32 Kontakten zum Wahlarzt und 8,54 Kontakten zum Kassenarzt, wobei dies von Person zu Person sehr unterschiedlich war. In den Fächern Chirurgie, Neurologie & Psychiatrie, Gynäkologie und Orthopädie wurden über die Hälfte der Arztbesuche bei einem Wahlarzt vorgenommen. Bei HNO-Krankheiten, in der Augenheilkunde, der Allgemeinmedizin und in der Radiologie wurde hingegen in den allermeisten Fällen (mehr als 80 Prozent) der Kassenarzt gewählt.

Der Faktor Zeit

Es fängt damit an, dass Patienten für einen Kontrolltermin beim Kassenarzt (etwa beim Augenarzt) ein halbes Jahr Wartezeit in Kauf nehmen müssen. Beim Wahlarzt bekommt man schneller einen Termin. Die nächste (oft lange) Wartezeit kommt im Wartezimmer auf die Patienten zu: Beim Wahlarzt ist diese bedeutend kürzer und man teilt sich das Wartezimmer auch mit weniger Leuten. Und im Arztzimmer hat der Mediziner dann häufig wenig Zeit für den Patienten. Auch hier kann sich der Wahlarzt in der Regel mehr Zeit für ein persönliches Gespräch nehmen.

Fachliche Kompetenz

Bei der fachlichen Kompetenz wurde prinzipiell kein Unterschied zwischen Kassenärzten und Wahlärzten gesehen. Allerdings erlaube das ausführliche Gespräch beim Wahlarzt eine bessere Analyse und dadurch eventuell auch eine bessere Diagnose. Zeitdruck würde auch bei Ärzten zu einer erhöhten Fehleranfälligkeit führen, das sei menschlich. Auch die bessere Ausstattung der Wahlärzte in Bezug auf Geräte wurde in den Interviews angesprochen. Wahlärzte hätten auch öfter Zusatzausbildungen, die sie sich durch das höhe-

re Einkommen in der Praxis einfacher leisten könnten, und auch alternativmedizinische Methoden (z.B. Homöopathie) würden häufiger angeboten.

Zwischenmenschliches und Service

Ganz wichtig war den Befragten, dass der Arzt nicht „in den Computer hineinschaut“, sich Zeit nimmt, zuhört und den Patienten ernst nimmt. Die zwischenmenschliche Beziehung müsse stimmen. Die befragten Personen nannten außerdem Zusatzservices bei Wahlärzten wie etwa Online-Terminbuchungen, Terminerinnerungen per SMS, einen Parkplatz vor der Praxis und eine freundlich gestaltete Ordination. Grundsätzlich sind die Befragten dazu bereit, für ein Mehr an Leistung auch Geld zu bezahlen.

Im Allgemeinen schätzen die Patienten die kontinuierliche Betreuung durch einen Arzt sehr, da dieser die Krankengeschichte dann schon kennt und diese dann nicht immer von neuem erzählt werden muss. Gewechselt wird lediglich bei Unzufriedenheit mit dem Arzt, bei Umzug des Patienten oder bei Pensionierung des Mediziners.

Insgesamt stellen die interviewten Personen dem österreichischen Gesundheitswesen ein gutes Zeugnis aus und meinen, dass die Gesundheitsversorgung in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern besser sei. Wünschen würden sie sich jedoch eine bessere Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen (z.B. mit Physiotherapeuten) sowie Ärztezentren und Gruppenpraxen.

BERICHT

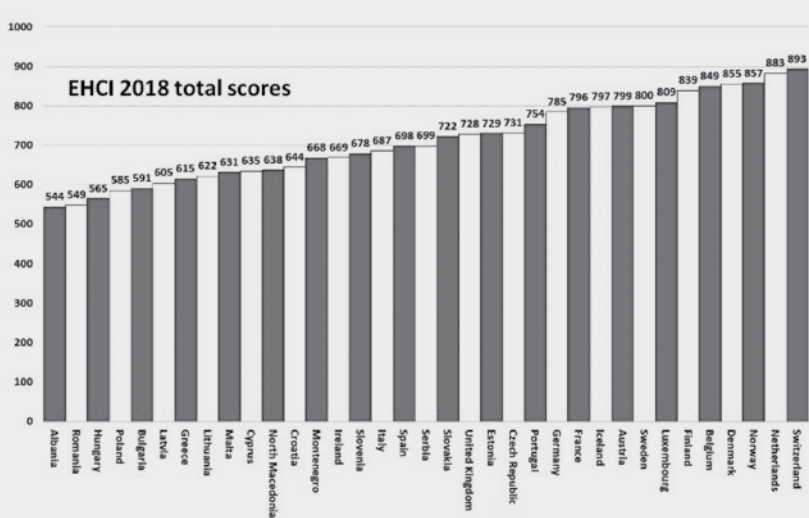
Euro Health Consumer Index 2018

Das erste Mal seit zehn Jahren stehen die Niederlande bei diesem Gesundheitssystemranking nicht auf Platz 1. Den Stockerlplatz ganz oben hat sich 2018 die Schweiz geholt. Österreich belegt den neunten Rang und verbessert sich damit gegenüber dem Vorjahr um zwei Plätze.

Der EHCI und Ergebnisse

Der Bericht, der seit 2005 jährlich vom Health Consumer Power House (HCP) publiziert wird, vergleicht 35 Länder in sechs Kategorien, die sich in 46 Ein-

zelindikatoren gliedern. Ziel ist das Aufzeigen von Schwächen und Stärken und ein gegenseitiges Voneinander-Lernen. Eine stetige Verbesserung erkennen die Autoren bei der Kindersterblichkeitsrate und den Überlebensraten von Herzinfarkten, Schlaganfällen und Krebs. Kritisiert wird hingegen in vielen Staaten das Festhalten an ineffizienten Methoden der Finanzierung und der Angebotsstrukturierung im Gesundheitswesen. Positive Beispiele könnten in diesem Bereich die Niederlande, die Schweiz und kleine Länder wie Finnland, Montenegro, Nord-Mazedonien und Serbien sein.



Österreich

Obwohl Österreich mit 799 Punkten weniger Punkte erreichte als im Vorjahr (816), rückte es um zwei Plätze auf die neunte Stelle vor. Grund dafür ist eine weitere Verschärfung der Messskala, also ein Versetzen von Grenzwerten für die Punktvergabe, um das Ranking weiter herausfordernd zu gestalten. Veränderungen an der Bewertung Österreichs zu 2017 gab es kaum. Weiter blieben als Hauptkritikpunkte die fehlende Integration der Abtreibung ins öffentliche Gesundheitssystem, die mangelhafte Prävention bei Alkohol und Tabak, das Fehlen von Anbieterlisten mit Qualitätsbeurteilungen zur besseren Patienteninformation, der verzögerte Zugang zur Krebstherapie und die schlechte Versorgung mit Arthritis-Medikamenten. Die Ergebnisqualität wird als bescheiden, aber immer noch gut beschrieben und liegt auf demselben Level wie in Belgien.

Gruppensieger

In der Kategorie „Patient Rights & Information“ erreichten die Niederlande und Norwegen die höchste Punktzahl. Auch Österreich konnte hier 108 von 125 Punkten erreichen. Bei der Frage der leichten Zugänglichkeit zum Gesundheitswesen konnte sich die Schweiz mit der maximalen Punktzahl von 225 an die Spitze setzen – Österreich erhält hier 175 Punkte. Bei der Ergebnisqualität landeten die Schweiz, Norwegen und Finnland mit je 278 von 300 Punkten auf Platz 1. Österreich ist mit 244 Punkte hier nicht weit weg und schneidet damit – unberücksichtigt der Kosten des Gesundheitssystems – recht gut ab. Bei der Zugänglichkeit des Gesundheitswesens kann Österreich mit 104 Punkten ebenfalls gut abschneiden, die Niederlande und Schweden gewinnen die Kategorie allerdings mit je 125 Punkten. Eine weniger gute Position hat Österreich bei der Prävention, wo nur 89 von 125 möglichen Punkten erreicht werden konnten. Der Sieger Norwegen erreicht 119 Punkte. Bei der Versorgung mit Arzneimitteln bekam unser Land nur 78 Punkte, während die Niederlande und Deutschland, die die Kategorie gewannen, 89 von 100 möglichen Punkten erreichten.

SCHWEIZ

Kostenlast neu verteilt

In der Schweiz müssen Versicherte künftig einen größeren Teil ihrer Gesundheitskosten selbst tragen. Vor allem gesundheitlich angeschlagene Menschen werden von dieser Maßnahme betroffen sein. Das ist einer der aktuellen parlamentarischen Entscheide, die Versicherte direkt betreffen.

Franchise erhöht

In der Schweiz zahlen alle Versicherten eine Franchise – also einen Betrag der tatsächlich angefallen Gesundheitskosten, der jährlich aus eigener Tasche bezahlt werden muss, bevor die Versicherung einspringt. Die Höhe dieses Betrages, also der Franchise, kann von den Versicherten innerhalb einer gesetzlichen Minimal- und Maximalfranchise frei gewählt werden. Dieser Rahmen bewegte sich bisher zwischen 300 und 2500 Franken im Jahr.

Letzte Woche hat das Parlament beschlossen, die Minimalfranchise auf 350 Franken im Jahr zu erhöhen. Der maximale Franchisebetrag wird auf 2550

Franken angehoben, also ebenfalls um 50 Franken (44 Euro). Diese Regelung soll die Menschen zu mehr Eigenverantwortlichkeit und Zurückhaltung bei Arztbesuchen bewegen. Treffen wird die Teuerung vor allem kranke Menschen, da diese eher Tarife mit niedriger Franchise wählen. Versicherte mit hoher Franchise schöpfen diese nur selten aus und werden daher wenig von der Erhöhung bemerken.

Darüber hinaus soll die Anhebung der Franchise keine einmalige Aktion bleiben, sondern künftig mit der Entwicklung der Gesundheitskosten verknüpft werden: Übersteigen die Kosten pro Person die Minimalfranchise um das 13-fache, kommt es automatisch zu einer Erhöhung um 50 Franken. Entwickeln sich die Gesundheitskosten wie bisher, würde das bedeuten, dass die Franchise alle vier Jahre um 50 Franken ansteigt. Einziger Wehrmutstropfen: Es wird erwartet, dass die Erhöhung der Franchise zu einer Eindämmung der Prämiensteigerungen bei den Versicherungen führen wird.

Weitere Beschlüsse

Parallel zu den Kostenerhöhungen wird es eine höhere Absetzbarkeit von Gesundheitskosten bei der Bundessteuer geben. Natürlich profitieren von dieser Regelung nur Menschen, die auch Bundessteuern zahlen, und das ist in der Schweiz nur etwa jeder vierte Haushalt. Insgesamt bevorzugt die Regelung höhere Einkommen, wie auch Finanzminister Ueli Maurer (SVP) warnt.

Sogenannte Prämienregionen bilden in der Schweiz regional unterschiedliche Gesundheitskosten ab. Regionen mit höheren Kosten zahlen höhere Prämien als Regionen mit niedrigeren Kosten. Vor allem das Stadt-Land-Gefälle sollte damit abgebildet werden. Heute haben sich diese Preisunterschiede jedoch weitestgehend angepasst, wodurch die Stadtbevölkerung heute tendenziell zu viel bezahlt und die Landbevölkerung zu wenig. Eine Anpassung der Prämienregionen wurde jedoch nicht vorgenommen, um die Prämien der Landbevölkerung nicht sprunghaft ansteigen zu lassen – zum Nachteil der Städter.

Ein neu beschlossenes Qualitätsgesetz soll 250.000 Spiltage einsparen und so Kosten eindämmen. Diese Verbesserung der Qualität soll über Kontrollen und Sanktionen erfolgen. Für den Patienten einfach kontrollierbare, transparente und nachvollziehbare Krankenhaus- und Arztrechnungen sind ein weiterer Punkt des parlamentarischen Beschlusses. Dieser soll es den Patienten erleichtern, ihrer Pflicht zur Kontrolle der Rechnungen nachzukommen. Pati-

enten sollen außerdem künftig einen elektronischen oder gedruckten Medikationsplan erhalten, der eine bessere Übersicht über die eingenommenen Arzneien schaffen soll und es Ärzten und Pflegern ermöglicht, gefährliche Wechselwirkungen zu erkennen.

DEUTSCHLAND

Hausarztmodell: Bonus für Patienten geplant

Krankenversicherungen in Deutschland bieten schon länger hausarztzentrierte Versorgungsmodelle an, bei denen sich der Patient dazu verpflichtet, zuerst den Hausarzt aufzusuchen. Ein Gesetz soll Versicherungen bald vorschreiben, die aus dem Modell erwirtschafteten Effizienzgewinne auch an ihre Versicherten weiterzugeben.

In vielen Ländern werden von den Krankenversicherungen hausarztzentrierte Versorgungsmodelle angeboten. Der Patient verpflichtet sich darin, freiwillig zuerst den Hausarzt und immer erst nach Überweisung durch diesen den Facharzt aufzusuchen. Das soll Patienten richtig steuern und Kosten einsparen. In den meisten Fällen kann der Hausarzt den Patienten restlos abklären, nur bei Unklarheiten wird zum Facharzt überwiesen. Selbstzuweisungen der Patienten in teure Strukturen sollen damit eingedämmt werden.

Neu ist, dass die Patienten in Zukunft finanziell mitprofitieren sollen. Gesundheitsminister Jens Spahn will gesetzlich festlegen, dass Effizienzgewinne der Versicherungen aus dem Hausarztmodell zur Hälfte an die Versicherten gehen. Und zwar an jene, die ein ganzes Jahr lang tatsächlich immer zuerst den Hausarzt aufgesucht haben. Bisher profitierten Patienten des Wahltarifes zum Beispiel von besonderen Sprechstundenzeiten oder verkürzten Wartezeiten beim Hausarzt.

ÖSTERREICH

Das eRezept kommt 2020

Nachdem seit 2018 die eMedikation stufenweise eingeführt wird, soll es 2020 auch das eRezept in ganz Österreich geben. Das spart 60 Millionen Papierrezepte pro Jahr und hilft bei der tagesaktuellen Abrechnung der Rezeptgebühren im Falle der Überschreitung der Obergrenze.

So geht's

Die Einführung der eMedikation und des eRezeptes sei „der nächste logische Schritt“ nach der elektronischen Kranken- und Gesundheitsmeldung, meint der Chef des Hauptverbandes der Sozialversicherung Alexander Biach. Konkret werden Rezepte künftig auf die eCard gespeichert, anstatt auf Papier ausgedruckt. Der Arzt erstellt das Rezept mit einer Software und versieht dieses mit einer elektronischen Signatur, anstatt händisch zu unterschreiben. Das Rezept erhält einen fälschungssicheren Code und wird im eCard-System abgespeichert.

Der Code des Rezeptes kann außerdem mittels einer App am Handy des Patienten gespeichert werden und auch über www.meinesv.at jederzeit eingesehen werden. Ein Ausdruck des Rezeptes wird natürlich auch weiterhin möglich sein, jedoch reicht es in der Apotheke, die eCard zu stecken oder den Code am Handy vorzuweisen.

Vorteile

Seit 2018 wird bereits schrittweise die eMedikation in Österreich eingeführt. Diese ermöglicht Ärzten und Apothekern die Einsicht in die Medikation des Patienten und gibt ihnen die Möglichkeit, Risiken und Wechselwirkungen zu erkennen. Nun soll durch das eRezept Papier eingespart werden. Verliert der Patient das Papierrezept, kann er immer noch die Handysignatur herzeigen oder die eCard stecken. Ein weiterer Vorteil ergibt sich für Patienten, deren Rezeptgebühren die Obergrenze überschreiten: Die Kosten können künftig tagesaktuell erfasst werden und der Patient ist sofort von der Rezeptgebühr befreit, sobald die Obergrenze erreicht wurde.

Zeitplan zur Einführung der e-Medikation:

Vorarlberg 1.2.2018; Steiermark 10.5.2018; Kärnten 14.6.2018; Tirol 18.10.2018; Salzburg 22.11.2018; Oberösterreich 28.02.2019; Niederösterreich 6.6.2019; Burgenland 20.6.2019; Wien 19.9.2019

NIEDERLANDE

Krankenhaus stellt teure Medikamente selbst her

Die großzügige Spende einer Lottoorganisation in der Höhe von 5 Millionen Euro macht es möglich: Ein Spital in Amsterdam produziert teure Medikamente in Zukunft einfach selbst. So sollen nicht nur Kosten gespart, sondern auch Lieferengpässe vermieden werden.

Konkret geht es um das UMC Lehrkrankenhaus in Amsterdam. Bereits im Vorjahr geriet das Spital in einen großen Konflikt mit der Pharmaindustrie, weil es ein lizenziertes Medikament eines Unternehmens selbst herstellte, nachdem dieses den Preis verfünffachte. CDCA, so der Name der Arzneyespezialität, ist ein Mittel zur Behandlung einer seltenen Stoffwechselerkrankung und wurde nach der Preiserhöhung nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt.

Das größere Ziel hinter der Eigenproduktion von Medikamenten ist die Sicherstellung der Verfügbarkeit von Arzneien für seltene Erkrankungen. Außerdem will man herausfinden, warum manche Medikamente so teuer sind. So sollen Probleme und Fehler im System identifiziert und behoben werden, auch wenn das zu Spannungen mit Pharmaunternehmen führen wird.

Als Reaktion darauf verfassten Unternehmen der Pharmabranche, darunter MSD, Gilead und Johnson & Johnson (Bereich Janssen) – alle Mitglieder der US-amerikanischen Handelskammer in den Niederlanden –, einen Brief an Gesundheitsminister Bruno Bruins, worin sie ihn zu einem Umdenken auffordern. Die ausländische Pharmaindustrie befürchtet, dass die Regierung die Handelsbeziehungen aufs Spiel setzt, um niedrigere Preise zu erzwingen. Gesundheitsminister Bruins reagierte aber erst kürzlich auf eine extreme Preiserhöhung bei einem Medikament zur Behandlung einer seltenen Krebserkrankung durch das Schweizer Pharmaunternehmen Novartis sehr ärgerlich und bezeichnete die Maßnahme als unerhört. Das niederländische Institut für Gesundheitsversorgung „Zorginstituut Nederland“ hat darüber hinaus Versicherungen dazu geraten, für teure Medikamente nicht mehr zu zahlen, solange die Pharmaunternehmen sich weigern, die Gründe für die hohen Preise zu erklären.

SCHWEIZ**Neue E-Health-Strategie**

Ende letzten Jahres hat die Schweiz die Strategie E-Health Schweiz 2.0 beschlossen. Darin sind 25 Ziele in drei Handlungsfeldern definiert. Hauptpunkt ist die landesweite Einführung des E-Patientendossiers.

Die drei Handlungsfelder der neuen Strategie heißen „Digitalisierung fördern“, „Digitalisierung koordinieren“ und „Zur Digitalisierung befähigen“. Von staatlicher Seite soll eine Sensibilisierung für Vorteile und Risiken der Digitalisierung betrieben werden, konsequent von papierbasierten Prozessen auf digitale Lösungen umgestellt und dafür Sorge getragen werden, dass Einsparungen und Mehrkosten der Digitalisierung in den Tarifsystemen abgebildet werden. Beim Punkt elektronisches Patientendossier EPD sind einheitliche Austauschformate, deren Weiterentwicklung, die Interoperabilität der Anwendungen und die Aktualisierung der Zertifizierungsvoraussetzungen wesentlich. Benutzerfreundliche und sichere Primärsysteme sind genau wie die Cyber- und Datensicherheit ebenfalls Thema. Ebenso soll die grenzüberschreitende Vernetzung in Europa gefördert werden.

Im Rahmen der Koordination der Digitalisierung soll die Mehrfachverwendung von Daten und Infrastrukturen sichergestellt, die Verwendung von Standards zur Herstellung einer technischen und semantischen Interoperabilität gewährleistet und eine Verpflichtung zu etablierten Standards eingeführt werden. Bei der Befähigung zur Digitalisierung wird vor allem auf Aufklärung gesetzt, indem man Bürger über das EPD informiert. Beim Gesundheitspersonal muss es auch Weiter- und Fortbildungen geben.

Die neue E-Health-Strategie gilt bis 2022. Das EPD ist bisher vor allem in den Kantonen Genf und Basel eingeführt, aber noch nicht flächendeckend. Ein Bundesgesetz sieht vor, dass sich Krankenhäuser, Reha-Kliniken und psychiatrische Kliniken zertifizieren und zu sogenannten Stammgemeinschaften zusammenfinden oder sich existierenden Gemeinschaften anschließen. Pflegeheime haben dafür noch bis zum Jahr 2022 Zeit und für niedergelassene Ärzte ist eine Anbindung noch freiwillig.