

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

Österreich: Effizienz der Sozialversicherung besser als erwartet

Deutschland: Dimini – Präventionsprojekt Diabetes

Europa: Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen

Bericht: Transparenz im Gesundheitswesen

Schweiz: Kassen übernehmen weiterhin komplementärmedizinische Leistungen

Deutschland: Versicherten-Stammdatenabgleich: nach positivem Start doch noch Probleme

LIG-Newsletter

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

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

ÖSTERREICH

Effizienz der Sozialversicherung besser als erwartet

Es ist ein leidiges Thema: Die 21 Träger der österreichischen Sozialversicherung stehen ständig in der Kritik, wertvolle Gelder der Versicherten für bürokratischen Wirrwarr zu verschwenden. Zurzeit stellen jedoch gleich zwei Studien der heimischen Sozialversicherung gute Zeugnisse aus.

Studie der London School of Economics

Allen voran überrascht eine Studie der London School of Economics, die im Vorjahr von Sozialminister Alois Stöger in Auftrag gegeben wurde. Der Studienautor Elias Mossialos beschäftigte sich ein ganzes Jahr mit dem österreichischen Gesundheitswesen und entwarf im Rahmen der Untersuchung vier Modelle, wie die Sozialversicherung in Österreich künftig ausschauen könnte.

Modell 1: Ein bundesweiter Träger für Unfall-, Pensions- und Krankversicherung, in der alle unselbstständig Beschäftigten versichert sind, und ein Träger für alle Selbstständigen.

Modell 2: Wie Modell 1, nur dass es noch eine eigene Kranken- und Pensionsversicherung für staatlich Bedienstete gibt.

Modell 3: Sieht eine bundesweite Pensionsversicherung und neun, in die Bundesländer unterteilte Kranken- und Unfallversicherungen vor.

Modell 4: Basiert auf dem jetzigen Modell der 21 Träger – jedoch mit einer verbesserten Koordination, z.B. mit Hilfe von gemeinsamen Servicezentren.

Das überraschende Ergebnis: Mossialos rät zum letzten Modell, also zur Beibehaltung der 21 Träger und der Intensivierung der Kooperation und vor allem zur Leistungsharmonisierung. In der Studie wird von einer Revolution abgeraten. Die Einsparungspotentiale, die sich aus einer effizienteren Verwaltung ergeben würden, sind gering, denn die Verwaltungskosten liegen bereits sehr niedrig. Nur Japan würde sein Gesundheitssystem effizienter verwalten. Dennoch wäre in Österreich in diesem Bereich noch ein Einsparungsvolumen von 46 Millionen zu heben. Eine weitaus höhere Kostenreduktion könnte aber

durch den verstärkten Einsatz von Generika (65 Millionen) und die Betrugsbekämpfung (80–132 Millionen) erreicht werden. Die Drosselung der Krankenhausaufenthalte um 10 Prozent könnte sogar 1,2 Milliarden einsparen, wobei davon 30–40 Prozent tatsächlich lukriert werden könnten, der Rest müsste in den dafür notwendigen Ausbau der Primärversorgung und der Ambulanzen investiert werden.

Zahlen der OECD

Auch eine diesjährige Untersuchung der OECD „Tackling Wasteful Spending on Health“ (Wie man sinnlose Ausgaben im Gesundheitswesen eingrenzt) zeigt bei den Verwaltungskosten in Österreich ein sehr unspektakuläres Bild. Lediglich 2,8 Prozent der Gesundheitsausgaben würden für die Verwaltung benötigt. Die Schweiz liegt mit 4,3 Prozent darüber und auch in den Niederlanden schlagen die Verwaltungskosten mehr zu Buche (4,1 Prozent). Im Vereinigten Königreich liegt der Wert mit 1,5 Prozent allerdings noch niedriger als in Österreich.

Hingegen weist die Privatversicherung deutlich höhere Verwaltungsanteile auf. In Österreich belaufen sich diese auf 31,7 Prozent, was auch im Ländervergleich der OECD hoch ist. In der Schweiz weisen die privaten Versicherer etwa nur einen Anteil von 16,8 Prozent auf.

Die OECD fasst zusammen, dass öffentliche Versicherungen geringere Verwaltungskosten aufweisen als private. Der Unterschied zwischen steuerfinanzierten Systemen und Sozialversicherungssystemen sei hingegen marginal. Die Finanzierung aus einer Hand ist laut OECD im Vergleich zu vielen Kostenträgern allerdings effizienter. Außerdem weisen Gesundheitssysteme mit freier Versicherungswahl höhere Verwaltungskosten auf als solche mit Pflichtversicherung.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Österreich

www.lig-gesundheit.at/oesterreich

DEUTSCHLAND**Dimini – Präventionsprojekt Diabetes**

Diabetes ist mittlerweile eine Volkskrankheit, die weiter auf dem Vormarsch ist. In Deutschland sind etwa 6 Millionen Menschen vom Typ-2-Diabetes betroffen, die in Folge direkte Kosten von rund 35 Milliarden Euro pro Jahr verursachen. Mit dem Präventionsprojekt „Dimini – Diabetes mellitus? Ich nicht!“ soll nun der Krankheit der Kampf angesagt werden.

Zu Beginn der Maßnahme steht ein vom Hausarzt durchzuführender Test (FINDRISK-Test), der einfach und mit nur geringem Zeitaufwand durchführbar ist. Teilnehmen können Menschen über 18 Jahre, die bei einer der am Projekt partizipierenden Krankenkassen versichert sind. Mit Hilfe dieses Tests sollen Personen identifiziert werden, deren Risiko, an Diabetes zu erkranken, erhöht ist. In der Folge werden gefährdete Patienten dabei unterstützt, ihre Gesundheitskompetenz zu erhöhen und einen gesünderen Lebensstil einzuschlagen. Die Beratung erfolgt zum Beispiel zu Themen wie Ernährung und Bewegung und findet in mehreren Terminen über einen maximalen Zeitraum von 15 Monaten statt. Für die Versicherten ist dies kostenfrei. Ziel des Projektes ist es, Diabeteserkrankungen zu verzögern oder sogar zu verhindern. Zusätzlich erhofft man sich letztlich auch eine Reduktion der medizinischen Versorgungskosten.

Das Projekt wird in den Regionen Schleswig-Holstein und Hessen umgesetzt und mit einem Betrag von 4 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds des Bundes gefördert. Eine randomisierte Studie begleitet und evaluiert das Projekt. Die teilnehmenden Kassenärzte werden für ihre Leistungen im Rahmen des Versuchs extrabudgetär abgegolten.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter
Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland
www.lig-gesundheit.at/deutschland

EUROPA

Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen

Am 29. Juni hat die Europäische Kommission einen neuen Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen (AMR) vorgestellt. Dieser folgt dem Aktionsplan 2011–2016 nach und soll mit gezielten Maßnahmen dem wachsenden Problem der Antibiotikaresistenz begegnen.

Jährlich sterben EU-weit 25.000 Menschen in Folge von AMR. Der EU-Kommissar für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Vytenis Andriukaitis meint, dass wenn keine gezielten Maßnahmen gesetzt würden, AMR im Jahre 2050 mehr Todesfälle nach sich ziehen könnte als Krebs. Der neue Aktionsplan baut auf dem „Eine-Gesundheit“-Konzept auf und befasst sich mit Antibiotika-Resistenzen bei Mensch und Tier. Außerdem wurden EU-Leitlinien für den sicheren Umgang mit antimikrobiellen Mitteln in der Humanmedizin herausgegeben, die für alle Akteure des Gesundheitswesens gelten.

Drei Säulen für mehr Sicherheit

Der Aktionsplan umfasst über 75 Maßnahmen, die in drei Hauptbereiche unterteilt werden können: Die erste Säule des Aktionsplans soll die EU zu einer Best-Practice-Region in Sachen Antibiotika-Resistenzen machen. Dazu sollen Daten, Koordinierung, Überwachung und Kontrollen verbessert werden. Die Maßnahmen des zweiten Hauptteiles beschäftigen sich mit der Förderung von Forschung, Entwicklung und Innovation. Dabei ist es auch Ziel, Wissenslücken, wie etwa die Rolle antimikrobieller Resistenzen in der Umwelt, zu schließen und die Forschung im Bereich AMR voranzutreiben. Die dritte Säule des Aktionsplans soll die in der EU entwickelten Standards und Erkenntnisse weltweit durchsetzen und vor allem die Zusammenarbeit mit betroffenen Entwicklungsländern vertiefen.

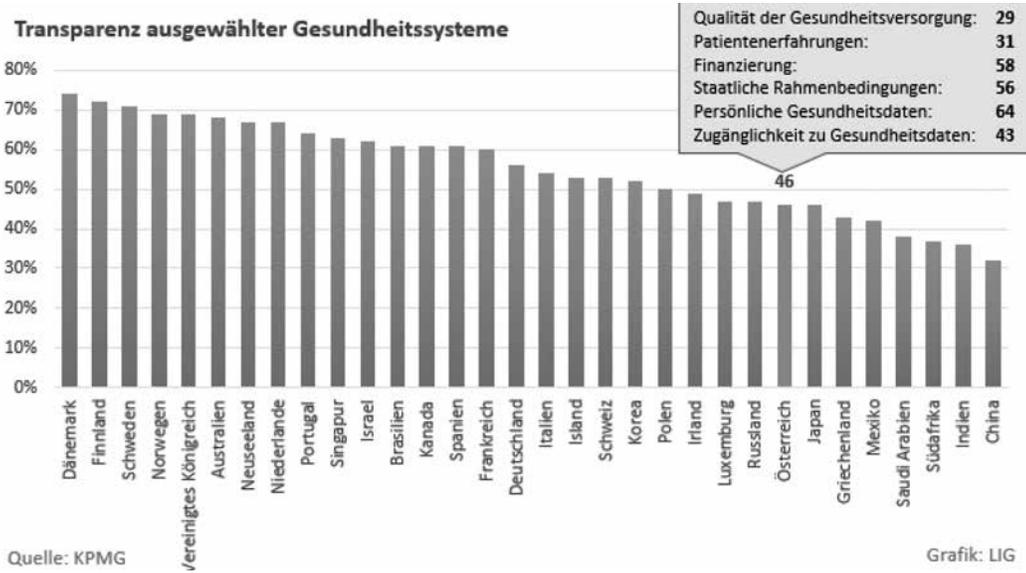
Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

BERICHT

Transparenz im Gesundheitswesen

Im April 2017 veröffentlichte die KPMG einen Bericht über die Transparenz im Gesundheitswesen in 32 ausgewählten Ländern. Österreich erreichte im Ranking lediglich Platz 25. Die Vorreiterrolle haben zu diesem Thema wenig überraschend die skandinavischen Staaten.

In insgesamt sechs Teilbereichen bewertete die KPMG die Transparenz des Gesundheitssystems der einzelnen Länder. Transparenz bedeutet dabei die öffentliche Zugänglichkeit von Informationen. Der Bericht weist darauf hin, dass die Zugänglichkeit zu Daten rund um das Gesundheitssystem generell gestiegen ist. Dennoch sind die Unterschiede zwischen den untersuchten Ländern enorm und in Sachen Transparenz ist eben vieles auch noch nicht erledigt worden.



Österreich schnitt im Teilgebiet der persönlichen Gesundheitsdaten am besten ab. Sehr gut bewertet wurden hier die Datensicherheit und die Informationen über die Verwendung von Patientendaten. Ebenfalls noch als gut wurden die Bereiche Finanzierung und staatliche Rahmenbedingungen befunden, auch wenn Österreich hier bereits unterdurchschnittlich bepunktet wurde. Eine moderate Transparenz wurde bei der Zugänglichkeit von Gesundheitsdaten gesehen. Eine hingegen nur sehr eingeschränkte Transparenz zeigt die Analyse für Österreich in den Bereichen Qualität der Gesundheitsversorgung (z.B. Veröffentlichung von Outcome-Parametern von Spitälern) und den Patientenerfahrungen (z.B. Beschwerdemanagement, Patientenbewertungen). In diesen Themengebieten hat Österreich also noch viel Luft nach oben.

Was bringt Transparenz?

Die KPMG sammelte Studien, die belegen, dass öffentliches Reporting die Bemühungen für Qualitätsverbesserungen steigert und in den meisten Fällen auch die Ergebnisse in der Gesundheitsversorgung verbessert. Transparenz sorgt außerdem für einen Fortschritt bei der Datenlage selbst. Die KPMG bestätigt zwar, dass die Einführung eines verpflichtenden Reportings, zum Beispiel von Qualitätskennzahlen von Krankenhäusern, manche Akteure dazu bringt, künstlich Kennzahlen zu verbessern (z.B. Meiden von Risikopatienten), allerdings sei dies ein nicht sehr weit verbreitetes Phänomen. Hingegen sei es durchaus problematisch, wenn publizierte Daten qualitativ minderwertig sind – etwa veraltet, nicht vergleichbar oder irrelevant. Dies verringert die Transparenz und führt zu falschen Schlussfolgerungen. Außerdem sollte bei der Erhebung von Daten darauf geachtet werden, diese sinnvoll auszuwählen. Ansonsten kann die anfallende Arbeit schnell zur Last werden und von der eigentlichen Aufgabe ablenken.

Wie erfolgreiche Transparenz funktioniert

Die KPMG belässt es in diesem Bericht aber nicht nur bei Lob und Kritik, sondern liefert auch gleich Tipps, wie die Transparenz im Gesundheitssystem verbessert werden kann. In etwa kann zur Verwirklichung einer positiven Schritt-für-Schritt-Strategie zur Annäherung an völlige Transparenz Dänemark als Beispiel dienen. Einige Initiativen des Landes sind im Bericht angeführt. Überhaupt ist es ratsam, sich an führenden Anbietern zu orientieren und von

ihnen modellhaft zu lernen. Als wichtig wird auch die Erhebung von Patientenwünschen angeführt. Außerdem soll vom Staat festgelegt werden, welche Datenerhebungen zur Verbesserung der Transparenz und Qualität essentiell sind. Diese Daten sollen dann möglichst hochwertig sein, dafür kann auf andere verzichtet werden. Preistransparenz bei Gesundheitsdienstleistern und die Sicherheit von Patientendaten spielen ebenfalls eine bedeutende Rolle. Darüber hinaus wird empfohlen, Gesundheitsdaten in offener und maschinenlesbarer Form zur Verfügung zu stellen, um sie auch von unabhängigen Dritten interpretieren zu lassen. Neue Sichtweisen und Fragestellungen, die sehr bereichernd und zielführend sein können, werden dadurch generiert.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

SCHWEIZ

Kassen übernehmen weiterhin komplementärmedizinische Leistungen

Seit 2012 vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz komplementärmedizinische ärztliche Leistungen. In der Sitzung des Bundesrates vom 16. Juni 2017 wurde die Regelung nun unbefristet genehmigt, diese Leistungen gelten als gleichgestellt.

Bereits im Mai 2009 wurde der Antrag für einen neuen Verfassungsartikel zur Berücksichtigung der Komplementärmedizin von Volk und Ständen angenommen. In Folge werden seit 2012 Kosten für Leistungen aus der anthroposophischen Medizin, der traditionell chinesischen Medizin, der Homöopathie, der Phytotherapie und der Akupunktur von der OKP übernommen. Es besteht in diesem Bereich eine Leistungspflicht – Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit müssen jedoch gewahrt bleiben.

Die Leistung darf aber nur von ausgebildeten Medizinern mit komplementärmedizinischer Zusatzausbildung im entsprechenden Bereich erbracht werden.

Ansonsten wird sie nicht von der OKP finanziert und fällt in der Bereich der Zusatzversicherung.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in der Schweiz:

www.lig-gesundheit.at/schweiz

DEUTSCHLAND

Versicherten-Stammdatenabgleich: nach positivem Start doch noch Probleme

In Deutschland wird derzeit in der Testregion Nordwest* die Telematik-Infrastruktur zum Stammdatenabgleich über die elektronische Gesundheitskarte getestet. Die ersten Rückmeldungen waren fast durchwegs positiv, doch derzeit tauchen vermehrt Fehlermeldungen auf.

Das 2016 in Deutschland in Kraft getretene E-Health-Gesetz sieht eine Anbindung aller Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten sowie aller Krankenhäuser an die Telematik-Infrastruktur (TI) bis 1. Juli 2018 vor. Die Gesellschaft für Telematikanwendungen (gematik) ist mit der Umsetzung betraut und die Krankenkassen sind verpflichtet, die Kosten für die Erstausrüstungen in den Praxen und die laufenden Betriebskosten in voller Höhe zu tragen. Aus den Testpraxen wurde gemeldet, dass die Installation des Systems in wenigen Stunden erledigt werden konnte und das System fehlerfrei und rasch laufe.

Mittlerweile häufen sich jedoch die Fehlermeldungen. Thomas Müller, der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Westfalen-Lippe, berichtete, dass die Funktionsstörungen von drei auf zwölf Prozent angestiegen sind. Am häufigsten war die elektronische Gesundheitskarte nicht lesbar, weil diese veraltet oder abgelaufen war. Am zweithäufigsten verursachten die Konnektoren ein Problem. Um die Fehler in den Griff zu bekommen, wird sich die gematik um die Mängelbeseitigung auf technischer Seite kümmern

und die Kassen werden für einen Tausch der Gesundheitskarten der ersten Generation gegen die der zweiten Generation sorgen.

Zweifel an einer ausreichenden Testung der TI gibt es insofern, als dass eine Testregion keine ausreichend heterogene Landschaft von Praxisverwaltungssystemen bietet. Der knappe Zeitplan lässt aber keine umfangreichere Testung zu. Vermehrt gibt es auch Kritiker, die meinen, dass der Umsetzungshorizont ohnehin nicht zu schaffen sei. Darüber hinaus bedarf es noch mehrerer Anbieter von Produkten für die Telematik-Infrastruktur, um einer Monopolbildung auf Anbieterseite vorzubeugen und die Ausstattung aller medizinischen Einrichtungen innerhalb des vorgegebenen Zeitplans schaffen zu können. Der Versicherungsdatenaustausch ist nur die erste Funktion der TI, der noch weitere folgen sollen.

* Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland:

www.lig-gesundheit.at/deutschland