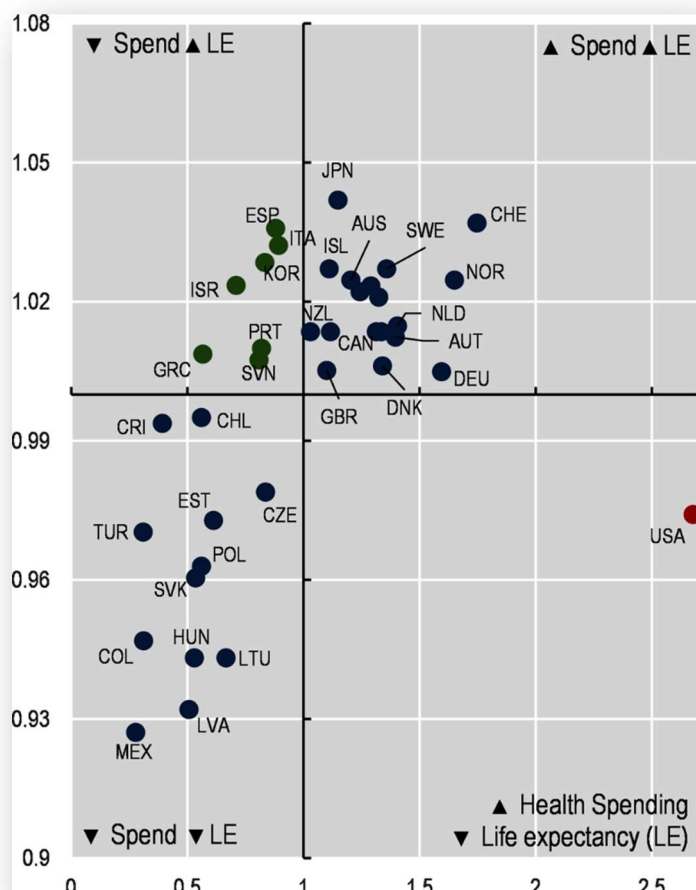


## PPP - Prävention, Programme, Primärversorgung die drei Trends in der Gesundheitsversorgung

Dr. Alexander Biach

*Viel und gerne bejammern wir unser Gesundheitssystem. Zu langsam, zu kompliziert, zu teuer. Wirklich schlecht ist in Wahrheit viel zu oft der eigene Lebensstil, der uns dazu führt, dass wir zwar alt werden, aber das zumeist nicht in guter Gesundheit. Und das färbt ab. Der Arzt ist gefragt, muss reparieren, meist zu hohem Zeit- und Geldaufwand. Das schlägt aufs Gemüt. Der mündige Patient, das wäre die Lösung und der Weg, den das österreichische Gesundheitssystem mit seinen Akteuren gehen müsste. Dazu braucht es mutige Reformen in den Bereichen Prävention, Programme und Primärversorgung. Diese Chance sollte sich Österreich nicht entgehen lassen.*

### Wo wir mit unserem Gesundheitssystem stehen



Wir leben lange, viel länger als früher. Wurde eine Frau vor 150 Jahren noch 35 Jahre im Durchschnitt alt so sind es heute 84. Die Lebenserwartung von Frau und Herrn Österreicher liegt bei 81,3 Jahren, das sind übrigens 0,7 Jahre weniger als noch vor Covid! (siehe dazu

<https://stat.link/gsdvzk>)

Aber wir werden nicht gesund alt. 20 Prozent der über 65-Jährigen bewerten ihren Gesundheitszustand als so schlecht, dass sie Unterstützung, Betreuung, Pflege benötigen. Das ist erschreckend hoch, sind es doch in skandinavischen Ländern wie Dänemark und Schweden nur 7 Prozent (vgl: <https://stat.link/gajpvt>).

Aber wir nehmen es gelassen, haben wir doch alle laut dem „Health at a glance“-Report 2021 zu 100 Prozent der Gesundheitsleistungen Zugang. Der OECD-Spitzenwert schlechthin. Und das nutzen wir auch. Besonders gerne gehen wir ins Krankenhaus.

Da gibt es gleich alle Leistungen in einem Haus. Deswegen kommen auch 7,2 Betten auf 1.000 Österreicher. Auch das ist im absoluten europäischen Spitzenfeld, nur Deutschland bietet mit 7,9 Krankenhausbetten noch mehr (<https://stat.link/upe1dn>). Aber Krankenhausaufenthalte sind teuer. 1.210 Euro kostet ein Belagstag ([http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Kosten/6\\_G\\_Kosten\\_jeBt.pdf](http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Kosten/6_G_Kosten_jeBt.pdf)). Im Vergleich dazu kommt ein Behandlungsfall beim niedergelassenen Arzt auf rund 60 Euro. Und auch bei der Anzahl der Ärzte (Kassen-, Wahl- und Spitalsärzte zusammen) liegen wir mit 5,3 pro 1.000 Einwohner hinter Griechenland an der OECD-Spitze ([https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&csp\\_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book#tablegrp-d1e9322](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book#tablegrp-d1e9322)). Wir geben auch viel Geld für medizinische Versorgung aus: 5.130 Euro pro Person, davon trägt die öffentliche Hand 3.870 und 1.260 Euro geben die Menschen in Österreich zusätzlich selber für Gesundheit aus. Deutschland, Schweiz, Norwegen geben noch mehr pro Kopf aus (<https://stat.link/36exif>). Laut OECD gaben wir im Jahr 2019 für Prävention aber gerade mal 97,9 Euro pro Kopf aus. Wir sind halt einfach sehr große Anhänger der Reparaturmedizin. Fazit: wir geben viel für Gesundheit aus, deutlich mehr als der Durchschnitt der OECD-Länder, und wir leben dafür auch länger als der Durchschnitt. Wie ist eine andere Frage, eine die es gilt in den kommenden Jahren mit „wir leben lange und gut“ zu beantworten.

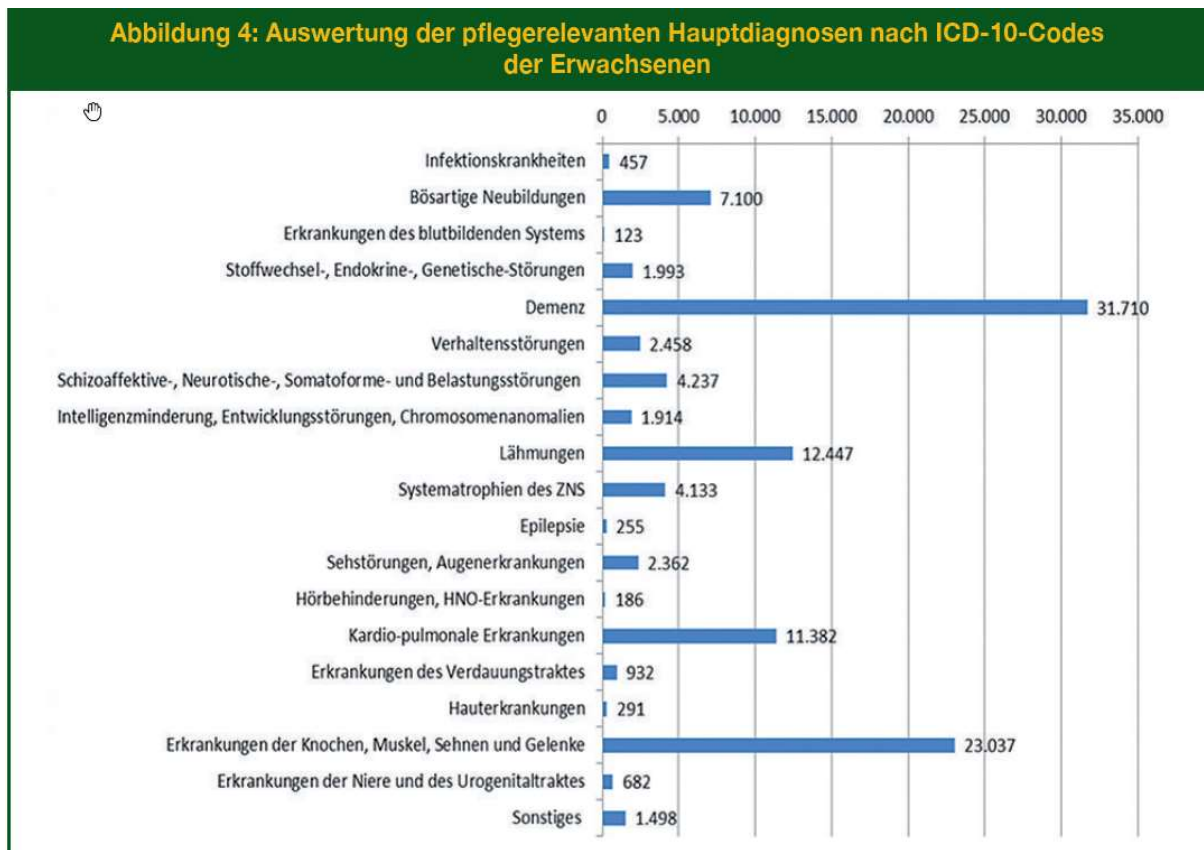
### **Geld alleine macht nicht gesund**

Die Antwort kann aber nicht lauten, wir zahlen immer mehr in das Gesundheits-Reparatur-System ein. Denn, dass das nicht viel bewirkt zeigen die Zahlen aus den USA. So werden dort rund 10.000 Euro pro Person und Jahr für Gesundheitsleistungen ausgegeben, die Lebenserwartung liegt mit 78,9 Jahren aber doch deutlich unter unserer. Geld alleine macht uns also nicht gesünder. Wir wissen was die Antwort ist: wir müssen auf die 3 Mahner hören! Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit. Bei schlechtem Umgang damit führen sie zu jenen Krankheiten die uns später zum Pflegefall werden lassen.

Bei einer Untersuchung von Pflegegeldfällen durch das Sozialministerium im Jahr 2017 wurden die ICD-10 Klassifikationen vorgenommen, also was der Grund für die Einstufung als Pflegegeldbezieher war (siehe Grafik). Die dadurch erhobenen Krankenfälle können klar auf die drei Mangelerscheinungen zurückgeführt werden. Mangelnde Bewegung und Ernährung führen zu Stoffwechsel- und Verdauungserkrankungen, Kardio-Erkrankungen, Muskel-, Knochen-, Sehnen- und Gelenkerkrankungen, Nierenerkrankungen. Auch die psychischen Belastungen schlagen sich oft in Form von Belastungs- und Entwicklungsstörungen nieder.

Um Krankheiten, ungesunde Lebensjahre und letztlich auch viele Kosten zu vermeiden, müssen die 3 Mahner ernst genommen werden. Die Aufgabe der modernen vorausschauenden Gesundheitspolitik liegt im „Ernstnehmen der drei Mahner“ - aber nicht durch die Politik, sondern durch den Patienten selber. Wie

schaffe ich also jenes Bewusstsein, jene Motivation, die den mündigen Patienten erwirkt? Drei Ansätze dazu seien nun vorgestellt.



Quelle: Daten vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger – PFIF / Auswertung durch Sozialministerium

## P1 - Prävention mit dem Best-Agers-Bonus Pass

Also doch wieder die vielbeschworene Prävention, das Praevenire oder auch als „Zuvorkommen“ bezeichnet. Klar, klüger heute ein wenig investieren, als später teuer reparieren zu müssen. Aber leider machen wir das nicht. Nicht, weil wir es nicht wüssten, auch nicht, weil wir es uns nicht leisten könnten (der Staat fördert Vorsorge von Kindesbeinen an), sondern weil wir uns dafür nicht interessieren. Wir werden darauf zu wenig aufmerksam gemacht. Wir finden keinen Spaß und auch keinen direkten Nutzen im präventiven Verhalten. Wir beschäftigen uns einfach nicht damit. Aber wir sind schwach, wir lassen uns sehr gerne verleiten, beeinflussen. Wir konsumieren Werbung direkt und unbewusst und wir verhalten uns dann auch so bewusst oder unbewusst. Wir haben einen spielerischen und einen geizigen Trieb (in Österreich heißt das *sierig*). Und genau darin liegt der Schlüssel zum Erfolg der Prävention. Wir müssen die Menschen dazu verleiten. Das funktioniert. Denken wir an den Schrittzähler am Handy. Man kann es doch bei einer längeren Wanderung schon gar nicht erwarten, den Score am Display einzuspielen. Und morgen dann nochmal 12.000 Schritte. „Ich muss meinen Monatsschnitt noch verbessern!“ - aber warum? Warum sind wir so motiviert? Weil es unser Spieltrieb sagt und uns dieses Zielerreichen von Zeit auch wieder einfällt und wir es erreichen wollen. Diese immateriellen Anreize halten aber nicht lange, weshalb auch eine Untersuchung des Ludwig-Boltzmann Instituts HTA aus dem Jahr

2015 (<https://eprints.aihta.at/1078/>) zeigt, dass materielle Anreize wirkungsvoller sind.

### **Anreize für Prävention in der Sozialversicherung**

Die Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) bietet für ihre gewerblichen Versicherten beispielsweise eine Reduktion des Selbstbehalts beim Arztbesuch, wenn ein Vorsorgeprogramm durchlaufen wird (<https://www.svs.at/cdscontent/?contentid=10007.817082&portal=svsportal>). Die ehemalige Eisenbahnerversicherung motivierte ihre Versicherten bei den Medikamentenkosten beim Sparen mitzuhelfen (!). Wenn der Versicherte bei der Arztverschreibung ein Generikum statt des Originals verordnet bekam, schrieb ihm die VAEB einen Euro auf sein Versichertenkonto gut. Fazit: die Versicherung sparte sich über eine Million durch diese Aktion und wurde dafür auch in der großen Sozialversicherungsstudie der *London School of Economics* gelobt. (S. 261 in <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/reports/efficiency-review-of-austrias-social-insurance-and-healthcare-system-volume-1>).

### **Mutter-Kind-Pass motiviert mit Kinderbetreuungsgeld**

Aber wir müssen nicht so spezifisch werden, um zu beweisen, dass das Bonus-System wirkt. Wir kennen das leidige Thema der Impfungen nicht erst seit Corona. Gerade Masern sind eine gefährliche - schleichende Krankheit, die bei einer Ansteckung als Kind zuerst gar nicht in Erscheinung treten muss und letztlich später bis zur Zersetzung des Gehirns und einem schrecklichen Tod führen kann. Gerade deswegen sieht der Zielsteuerungsvertrag Gesundheit eine Durchimpfungsrate von 95% vor. Die Impfung wird gleich in Kombination mit Mumps und Röteln verabreicht und wird auch in 2 Teilimpfungen durchgeführt. Fakt ist, dass wir bei den Kindern bei der ersten Teilimpfung Impfquoten von über 95% und damit Herdenimmunität erreichen. Fakt ist aber auch, dass wir bei der zweiten Teilimpfung laut aktuellem Kurzbericht Masern des Sozialministeriums auf 90% runterfallen (<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Masern---Elimination-und-Durchimpfungsraten/Durchimpfungsraten---Nationaler-Aktionsplan.html>). Warum ist das so? Weil der Mutter-Kind-Pass vor und nach der Schwangerschaft jeweils 5 verpflichtende Untersuchungen vorsieht, in die oft die erste Teilimpfung für Masern reinfällt. Und verpflichtend bedeutet, dass es nur dann auch zur Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes kommt (<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/familie/kinderbetreuungsgeld/mutter-kind-pass-untersuchungen.html>). Die zweite Teilimpfung fällt dann oft nicht mehr in die verpflichtende Untersuchungsquote und damit sinkt dann auch schon die Motivation. Die aktuellen Impfdebatten kennend, wissen wir, dass echte Impfgegner jedenfalls für ihre Kinder auch eine erste Teilimpfung ablehnen würden, also wahrscheinlich unter den verbleibenden 5% zu verorten sind. Der Abfall zwischen erster und zweiter Teilimpfung ist also Bequemlichkeit oder - drücken wir es vornehm aus - mangelnde Motivation.

## **Mit dem Best-Agers-Bonus Pass „Raus aus der Pflegefalle“**

Was es also für mehr Präventionsverhalten der Menschen bräuchte ist ein Mutter-Kind-Pass für Erwachsene. In meinem Buch „Raus aus der Pflegefalle“ (Fisa, Bachl, Biach (2021) „Raus aus der Pflegefalle“, Springer-Verlag, <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-63396-0>) schlage ich mit meinen Co-Autoren dazu einen Best-Agers-Bonus Passes vor. Vereinfacht gesagt also einen Mutter-Kind-Pass für Erwachsene, der auf die Reduktion der bekannten drei Risikofaktoren abzielt. Für alle Menschen ab 50 werden im Best Agers Bonus Pass individuelle Maßnahmen für gesünderes Leben vorgesehen. Zugangsstelle dafür ist der Hausarzt, im besten Fall ein Primärversorgungszentrum, das auch gleich den Fahrplan für den Patienten zusammenstellt und ihn zu unterschiedlichen Gesundheitsdiensteanbietern (Diätologe, Physiotherapeut, Fitnesscoach, Psychologe, Sozialarbeiter) schickt. Für die „Erfüllung“ aller Stationen sollen materielle Anreize wie der kostenlose Bezug von entsprechenden Lebens- und Hygieneartikel oder auch der Erwerb von Fitnessgeräten dienen. Natürlich sind den Bonusleistungen hier keine Grenzen gesetzt, auch der Staat könnte durch niedrigere Beitragssätze oder Steuern mitmotivieren. Dazu ist eine simple mathematische Elastizitätsrechnung erforderlich. Wieviel gebe ich aus? Wieviele motiviere ich? Wieviel spare ich? Die Bonuszahlungen sollten den Patienten aber jedenfalls in seinem gesunden Lebensstil unterstützen.

## **P2 - Programme für den selbstbestimmten Patienten**

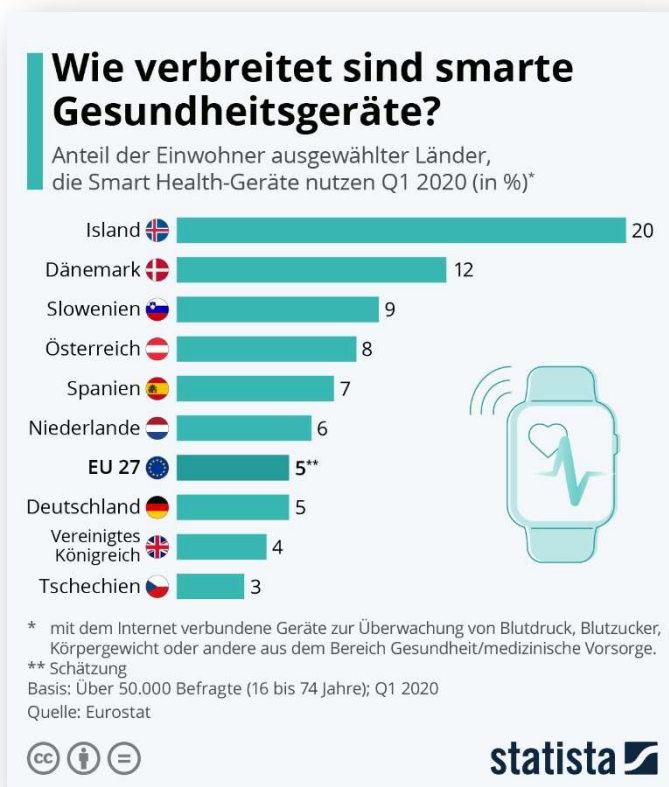
Wir sind es heute sehr gewohnt alles mit dem Computer zu erledigen, am Liebsten mit dem Handy. Auch im Gesundheitsbereich haben wir uns daran gewöhnt. Spätestens durch die PCR-Tests während der Corona-Pandemie, die man beim Testsystem „Alles Gurgelt“ in Wien vor dem Smartphone durchführen konnte und das Ergebnis inklusive international gültigem Zertifikat und QR-Code binnen einiger Stunden aufs Handy geschickt bekommt. Digitale Gesundheitsanwendungen gehören heute zur modernen Gesundheitsversorgung. Waren es 2010 noch 37,4% der Erwachsenen, die in Österreich Gesundheitsinformationen über das Internet bezogen so waren es 2019 schon 56,3% (<https://stat.link/okemdz>). Tendenz steigend. Und nicht nur die Patienten fragen diese immer öfter nach, auch die Ärzte nutzen sie zur Behandlung oder Unterstützung bei der Diagnose. Die Karteikartenkästen mit den Hängeakten der Patientenbefunde sind out - megaout.

## **Fürchtet sich Österreich vor digitalen Gesundheitslösungen?**

Die OECD zeigt, dass in 39 untersuchten Ländern 28 komplett zu 100% oder 99% auf digitale Ordner umgestellt haben. Österreich liegt hier mit lediglich 80% erschreckend weit hinten. Und noch erschreckender, diese 80% hatten wir schon bei der letzten Untersuchung im Jahr 2012. Nochmal erschreckender, weil wir mit

ELGA ein derart professionelles System der digitalen Gesundheitsdatenverwaltung haben wie sonst fast kein Land, aber wir nutzen es zu wenig. Hinzu kommt, dass mit steigender Anzahl der Wahlärzte in Österreich auch die Anbindung an digitale Systeme sinkt, denn sie sind nicht verpflichtet, einen eCard-Anschluss und eine Eingabe in das ELGA-System vorzusehen. Die aktuelle Debatte über die rund 11.000 Wahlärzte (von insgesamt 19.285,

<https://www.derstandard.at/story/2000135535959/debatte-um-wahlaerzte-hier-der-boom-da-die-luecken>) sollte daher genau hier ansetzen, um auch diese vielen Versorgungsstellen in das digitale Gesundheitsdatennetzwerk einzubinden.



## DiGAs-Vorbild Deutschland

Zurück zu den Patienten, die das ja nutzen und damit auch einfordern sollen. Wie sieht es da in Österreich mit der aktuellen Nutzung aus? Besser als in Deutschland (!), aber mit 8% ist sicher noch Luft nach oben.

Um die Verbreitung digitaler Gesundheitsanwendungen zu beschleunigen geht Deutschland hier einen neuen sehr konsequenten Weg. Das Ziel sind digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) auf Krankenschein. Dazu wurde Ende 2019 ein Gesetz (Digitale-Verordnung-Gesetz DVG) erlassen. In einem

Schnellverfahren von 3 Monaten

bekommt der DiGA-Produzent bescheid, ob seine Anwendung bei der Überprüfung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) akzeptiert wird. dann kann er schon losstarten und die Ärzte motivieren, seine App den Patienten zu verschreiben

(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/digitale-versorgung-gesetz.html>).

Binnen 12 Monaten müssen mit der *Benannten Stelle* (Zertifizierungsstelle für Medizinprodukte) die Studien für den Beleg der Wirksamkeit vorgelegt werden. Rund 50.000 Verordnungen von Apps gab es im ersten Jahr des Gesetzes. Zugleich zeigten sich aber auch die Stolpersteine: hohe Anforderungen bei der Schnellprüfung durch das BfArM, fehlende Transparenz, was wie bei der Prüfung und bei der anschließenden Studie erbracht werden muss, zusätzliche unerwartete Kosten für den App-Hersteller. Und dann natürlich der fehlende Bekanntheitsgrad der jeweiligen App bei Ärzten und Psychotherapeuten, die die App deswegen auch nicht verschreiben. Dennoch ist der Weg klug und zukunftsweisend und sollte auch

in Österreich professionell angegangen werden. Wir haben sehr genaue und transparente Verfahren für die Erstattung von Medikamenten. Das Verfahren für DiGAs, die in Österreich als Medizinprodukte verschrieben werden sollen, braucht einen transparenten Prozess. Das Austrian Institut for Health Technology Assessment vergleicht und untersucht in welche Gesundheitsangebote (Technologien) man (= die öffentliche Hand) am besten investieren soll. Es hat die Systeme der DiGAs auf Krankenschein quer durch Europa verglichen (<https://eprints.aihta.at/1279/>). Das Ergebnis: so wirklich klar und transparent ist es nirgends geregelt. Am ehesten noch in England, wo das britische *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) vorab eine klare Einteilung nach Risikoklassen auflegt und auch klar vorgibt, was in einer klinischen Studie untersucht und bewiesen werden muss. An diesem Vorschlag sollte sich Österreich orientieren. Eine Kostenabschätzung muss folgen, wir wollen ja ungefähr wissen, was uns das dann kostet. Und wir müssen den Nutzen gegenrechnen. Ein lohnende, wenngleich schwierige Aufgabe, die insbesondere auch die Einbindung und Überzeugung der Ärzte erfordert. Dass solche Prozesse letztlich neue Wirtschaftszweige eröffnen können zeigt die Begleitung der DiGAs-Start ups durch das *EIT Health* in Deutschland. Sie unterstützen die Unternehmen bei ihrem Gang zum Prüfungsinstitut und vernetzen schon vorher, um das Produkt zur Marktreife zu bringen. Eine solche Niederlassung konnte auch für Wien gewonnen werden. Sie muss nun rasch aktiv werden, um entsprechende Entwicklungen zu unterstützen.

Der digital affine Patient wird davon profitieren. Er wird Programme verwenden, die ihn bei der Heilung ebenso unterstützen wie bei der Prävention. Er wird durch diese Anwendungen erinnert, er wird geführt und er wird motiviert. Damit sind wir bei der Unterstützung für die Idee P1 - die Prävention.

### **P3 - Primärversorgungseinheiten (PVEs) für den niederschweligen Zugang**

Wir haben schon darüber gesprochen. Wir sind sehr Spital-lastig. Das kostet. Viel. Das Sozialministerium weist auf seiner Seite „Krankenanstalten in Zahlen“ 15,7 Mrd. Euro an Gesamtkosten für die öffentlichen Fonds-Spitäler aus (<http://www.kaz.bmg.gv.at/kosten.html>). Mit 11,3 Mrd. Euro wiegt der stationäre Teil besonders stark. Wir wissen auch, dass wir 1.120 Euro pro Belagstag zahlen und somit 10,1 Mio. Krankenhaustage im Jahr brauchen. Hinzu kommen Besuche in den Spitalsambulanzen, die in Summe 3,2 Mrd. Euro ausmachen. Die Nebenkosten von 1,2 Mrd. Euro machen natürlich auch die ambulanten Behandlungen im Spital wesentlich teurer als im Niedergelassenen-Bereich. In einer Patientenbefragung im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844354&portal=svportal>) im Jahr 2017 gaben knapp 10% der Befragten an, im Akutfall eine Spitalambulanz zu besuchen. Die Motive waren: akute körperliche Beschwerden, die Behandlungskompetenz der Ambulanzen, die besseren diagnostischen

Möglichkeiten und Kompetenzen, die langen Öffnungszeiten der Ambulanzen und das "One-Stop-Shop-Prinzip" (also alles unter einem Dach).

Die Österreicher lieben also ihr Krankenhaus, vor allem, weil dort alles unter einem Dach ist. Und genau das ist es, was man ihnen bieten soll. Aber billiger. Eben nicht im treuen Krankenhausmodus, sondern in Form von Primärversorgungseinheiten. Kleine Zentren, wo auch vieles unter einem Dach geboten wird. Ohne all den hohen Nebenkosten.

### Ein schwerer Weg zum PVE

Österreich hat sich im Zielsteuerungsvertrag darauf verständigt bis 2023 genau 75 solcher PVEs aufzubauen. Dem ging ein Primärversorgungsgesetz im Jahr 2017 und ein österreichweiter Gesamtvertrag der Krankenversicherungsträger mit der Österreichischen Ärztekammer voraus. Das Interesse der Menschen ist bei den eröffneten Einheiten gegeben. Die Rahmenbedingungen schienen einladend für die Errichter und Betreiber. Ein Team von drei Allgemeinmedizinerinnen und zugehörigen Gesundheitsdiensteanbietern. Geregelt Dienstzeiten, ein attraktiver österreichweiter Leistungskatalog mit Pauschalhonoraren etc.

([https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset\\_publisher/presseinformation/content/id/160812](https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset_publisher/presseinformation/content/id/160812)) Dennoch ging es nur schleppend voran. Oft war schon nach kurzer Zeit wieder vom Zerfall eines gefundenen Teams die Rede. Die Schwierigkeit liegt in mangelnder wirtschaftlicher Begleitung eines so großen Unternehmens. Primärversorgungseinheiten erfordern hohe betriebswirtschaftliche Fertigkeit sowohl in der Kostenrechnung und dem Vertragswerk als auch im Personalmanagement. Genau dieses wirtschaftliche Element wurde jedoch per Gesetz ferngehalten. So kann eine Primärversorgungseinheit zwar auch als selbständiges Ambulatorium, also quasi als kleines nicht bettenführendes Spital mit all seinen betriebswirtschaftlichen Mitarbeitern (Verwaltungsapparat) errichtet werden. Aber! Explizit wurde zu dieser Errichtungsform im §10 Abs. 4 PrimVG festgehalten: „Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien dürfen nur **gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften** bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein“ ([https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2017\\_I\\_131/BGBLA\\_2017\\_I\\_131.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_131/BGBLA_2017_I_131.html)). Gebietskörperschaften und soziale Dienste - das schränkt natürlich betriebswirtschaftliche private Führung sehr ein. Und das verschleppt das Aufkommen von PVEs enorm.

Dabei wären moderne PVEs eigentlich die Lösung so vieler Probleme:

- Kassen-Ärzte-Mangel, weil sie dort im Team mit geregelten Arbeitszeiten arbeiten könnten
- Umfassende Patientenversorgung, weil hier im Sachleistungsprinzip (also ohne privaten Zuzahlungen) auch an andere Gesundheitsanbieter wie



Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Diätologen, Fitnessberater etc. im gleichen Haus zugewiesen werden kann

- Spitalslastigkeit würde durch Umleitung in die PVEs reduziert und somit die Kosten dort gesenkt
- Prävention kann dort im Einzelgespräch verordnet und mit den Gesundheitsdiensteanbietern im gleichen Zentrum direkt betrieben werden. Dazu können sowohl DiGAs verschrieben als auch der Best-Agers-Bonus Pass mit einem Betreuer abgearbeitet werden.

Man müsste sie eben zum Laufen bringen und in einer Novelle zum Primärversorgungsgesetz echte selbständige Ambulatorien für den Betrieb vorsehen.

## **PPP**

### **Prävention - Programme - Primärversorgungseinheiten**

Das wäre der Weg in eine moderne, selbstbestimmte Gesundheitspolitik. Das erfordert Mut und viel an Überzeugungs- und Verhandlungsgeschick. Das Ergebnis aber wären zufriedene, gesundheitsbewusste und leistungsfähige Menschen mit einer wachsenden und innovativen Gesundheitswirtschaft. Wenn Österreich diese Chance aber auslässt, wird es teuer. Mit dem Zusatz, dass mehr Geld uns eben auch nicht gesünder macht.

Dr. Alexander Biach

*Der Impulsvortrag wurde anlässlich des Create Bartosek Medical Talk am 2.6.2022 gehalten und mit weiterführenden Verweisen und Ausführungen vom Referenten verschriftlicht.*

*Biach ist Direktor-Stv. der Wirtschaftskammer Wien und war über 10 Jahre in der Sozialversicherung tätig, zuletzt als Vorsitzender des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Als Wiener Standortanwalt arbeitet er an der Realisierung der Gesundheitsmetropole Wien.*