

GESUNDHEIT UND PFLEGE

DIE HERAUSFORDERUNG

Das österreichische Gesundheitssystem ist ein teures und ineffizientes System mit hoher Patient_innenzufriedenheit, jedoch nur unzureichenden Daten (d.h. mittelmäßigen Ergebnisqualitätsdaten) in Bezug auf z.B. gesunde Lebensjahre oder Säuglingssterblichkeit.

Die Spitalsbettendichte ist überdurchschnittlich hoch, der Anteil an Hausärzt_innen, die für die rasche und wohnortnahe Versorgung zuständig sind, im Vergleich mit Europa erschreckend niedrig. Sowohl im intras als auch extramuralem Bereich fehlen Daten zu Qualitätsstandards und Qualitätssicherung, gleichzeitig besteht ein unverhältnismäßig hoher Verwaltungsaufwand und rechtliche Hindernisse zur Entwicklung neuer und patientenorientierter Betreuungskonzepte.

Das Gesundheitssystem kann durch falsche Angaben missbraucht werden (zu lange Krankenstände, Pensionsbegehren, Geldzuwendungen, etc.), z.B. zur frühzeitigen Flucht in die Invaliditätspension. Die zersplitterten Kompetenzen, die intransparenten Finanzierungsströme und verschiedenen Einzelinteressen der beteiligten Machtblöcke im Gesundheitssystem verhindern oftmals den „Blick aufs Ganze“.

UNSERE VISION FÜR 2018

Die Bevölkerung ist sich sicher, eine optimale und bedarfsgerechte Versorgung zu erhalten. Bürger_innen sind selbst an ihrer Gesundheit interessiert und nehmen an diversen Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention teil. Die Menschen sind als mündige Patient_innen in der Lage mit Eigenverantwortung auch ihr Leben physisch und psychisch nachhaltig gesund zu gestalten und (Mit-)Verantwortung zu tragen.

Unsere Vision ist eine integrierte Gesundheitsversorgung, die von Gesundheitsförderung und Prävention über Diagnostik und Therapie bis zu Rehabilitation, Palliativversorgung und Pflege mit populationsbezogenen Modellen in Kombination mit indikationsbezogenen Maßnahmen (Disease Management Programmen) reicht. Die wohnortnahe Versorgung mittels flexiblen Primary-Health-Care-Modellen (Hausarztmodell) beginnt zu greifen, die Menschen suchen immer weniger Fachärzte/-ärztinnen, Spitalsambulanzen und den stationären Bereich auf. Die Politik ist in der Lage, den Betrieb ineffizienter Spitäler zu reduzieren und nach Umschichtung der Ressourcen („Geld folgt

Leistung“) in den ambulanten Bereich eine qualitativ hochwertige Versorgung im Gesundheits- und Pflegebereich zu gewährleisten. Die publizierten Daten über die Qualität des österreichischen Gesundheitswesens entsprechen auch in Zukunft einem hohen Niveau und scheuen den internationalen Vergleich nicht. Alle Beteiligten haben es zum Wohle der Patient_innen geschafft gemeinsam eine allumfassende wichtige Reform zu verwirklichen, bei der Institutionenendenken und Kompetenzgrenzen aufgeweicht sind und die Versorgung im Mittelpunkt steht. Ein effizientes und hochwertiges Gesundheitssystem kann entwickelt werden.

LEITLINIEN UND MASSNAHMEN

Transparent und nachvollziehbar

- Mit einer zentralen Finanzierung kann bedarfsorientierter, ökonomischer und transparenter agiert werden und eine Reduktion der Doppelgleisigkeiten und „Verschiebungen“ wird ermöglicht (z.B. EIN Krankenkassensystem mit der Möglichkeit der bedarfsorientierten Versorgungsoptimierung, Zusammenführen der KK-Beiträge und Steuern/Ausgleichszahlungen, gemeinsame Finanzierung des ambulanten und stationären Bereiches, etc.).
- Bedarfsgerechte Versorgung: transparente Berichte über Evaluierung, Berechnung des versorgungswissenschaftlichen Hintergrunds als Grundlage der notwendigen Ausstattung von Versorgungskapazitäten, Behebung der Lücken und Reduktion der Fehl- und Überversorgung (ÖSG, Österreichischer Strukturplan Gesundheit -Bedarfsziele), Erstellung von Qualitätsstandards und Umsetzung – eventuell in Form eines (politisch) unabhängigen und bundesweit agierenden Instituts (fachspezifische Besetzung mit unabhängigen stimmberechtigten Expert_innen z.B. auch in den Zielsteuerungskommissionen).
- Transparente Informationen an den Einzelnen über Ein- und Auszahlungen ins Gesundheitssystem inkl. Arbeitgeberanteil zur Förderung des Kostenbewusstseins.
- Vernetzendes, strukturiertes, auf die Bedürfnisse der Patient_innen und Anwender_innen zugeschnittenes und kostenneutrales Datenmanagement (Kassen und e-card), das die Privatsphäre und den Datenschutz respektiert und gleichzeitig die Daten in einer medizinisch und versorgungswissenschaftlich sinnvollen Art aufbereitet; geklärte Haftungsfrage und Finanzierung.

- Klare Transparenz und Unterscheidung von Vorsorge- und Gesundheitsleistungen in a) privat und b) öffentlich; wie rechtlich vorgesehen dienen private Krankenversicherungen nur zur Abgeltung von Hotelleistungen in Spitälern.

Einfach und effizient

- Zentrale Organisation schaffen, Finanzierungen mit möglichst wenig Bürokratie und Doppelgleisigkeiten.
- Schaffung eines Gesundheits- und Sozialministeriums (effizientere Finanzierung, Evaluierung und Umsetzung der integrierten Versorgung).
- Inklusion von Gesundheitsförderung und Rehabilitation/Pflege bzw. Pflege/Palliation im Sinne einer integrierten Versorgung in die österreichische Gesundheitsversorgung. Voraussetzung Systemänderung (Planung, Kosten, Reduktion der Schnittstellen, Best Point of Care, etc.).
- Dezentrale Gesundheits- und Sozialzentren als Wirtschaftsfaktor in einer Region und Ausbau der wohnortnahen Grundversorgung – Hausärzte/-ärztinnen als erste Ansprechpartner_innen und zentrale Betreuer_innen aufwerten (Primary Health Care Modell) und darüber hinausgehend weitere Forcierung und Koordination der Zusammenarbeit zwischen ALLEN Beteiligten in der „Patientenversorgungskette“, vom Hauspflegedienst bis hin zum Schwerpunktkrankenhaus.
- Hausärztemodell (Vertrauensarzt/-ärztin als Drehscheibe der Behandlung) mit den Vorteilen Kostenreduktion, besseren Präventionsmöglichkeiten, besserer Compliance, kürzeren Wartezeiten, besserer Kommunikation, leichter und besserer Evaluierung bezüglich Prozess- und Ergebnisqualität, Patientensicherheit, Schnittstellenmanagement, etc.
- Echte Ausbildungsreform mit Praxisbezug sowie entsprechender Bezahlung, flexible Ordinationsgestaltungsmöglichkeiten (z.B.: Anstellungsverhältnisse, Vertragssplitting, etc., um auf den hohen Frauenanteil und eine familienfreundliche Arbeitszeitgestaltung einzugehen.
- An die hochwertige und langwierige Ausbildung sowie die Verantwortung und Bedarfsorientierung angepasste Leistungshonorierung (dringende Reform der KK-Honorarvereinbarungen) auf allen Ebenen (extra- und intramuraler Bereich = bedarfsgerechte ambulante und stationäre Versorgung, Rettung, Pflege, etc.).
- Etablierung von Community Nurse – Netzwerken in enger Kooperation mit Hausärzten/-ärztinnen, für deren eigenständiges Handeln nach

Rücksprache, Patient_innenbetreuung vor Ort inkl. Hausbesuche; Kompetenz- und Verantwortungserweiterung des DGKP (diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal), sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich, bei Pflegegeldbegutachtung, etc.

- Spitalszuweisung nur über HÄ/FÄ bzw. Ärztenotdienst/Rettungsfahrten bei gleichzeitigem bzw. vorherigem Ausbau der niedergelassenen ambulanten Gesundheitszentren und des Ärztenotdienstes (bedarfsorientierter Umbau unter Berücksichtigung der dezentralen Besonderheiten).
- Ausbau des tagesklinischen Bereichs und der Qualitätssicherung bei gleichzeitiger Reduktion des ausschließlich stationären Bereichs, wobei sich dieser bedarfsgerecht spezialisiert bezüglich Angebot und Öffnungszeiten sowie hochspezialisiert auf Diagnose, Pflege und Therapie am Lebensende (Geriatric, Hospiz).
- Rahmenbedingungen für verbesserte gesetzliche und strukturelle Voraussetzungen für die Etablierung von Gemeinschafts- bzw. Gruppenpraxen und Versorgungszentren (Flexibilität, Familienfreundlichkeit, neue Angestelltenverhältnisse, etc.).
- Gleiche Finanzierung gleicher Leistungen sowohl im extra- als auch intramuralen, d.h. ambulanten als auch stationären Bereich, um kostengünstige Alternativen zu ermöglichen (Refom der Leistungskataloge gemeinsam mit Expert_innen und Versorgungswissenschaftler_innen) – Notwendigkeit einer Verfassungsänderung im Sinne einer Kostenrechnungsvorschrift.
- Gleichgewicht zwischen Patient_innenrechten und Patient_innenpflichten (verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Gesundheit, Einhalten des Arzt-Patient_innen-Vertrags, etc.).
- Entlastung des medizinischen und pflegerischen Personals im Bereich der administrativen Tätigkeiten (sinnvolle Reduktion der Dokumentation, Einsparung von Sekretariatspersonal, etc.).
- Umsetzung von EU-weit geltenden Arbeitszeitregelungen im medizinischen Bereich.
- Umfassende Reformierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes zur Kompetenz- und Verantwortungserweiterung, sowohl des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege als auch der Pflegehelfer_innen auf Grundlage der bereits 2012 erarbeiteten Reformvorschläge der Gesundheit Österreich GmbH.

- Bundesweite Vereinheitlichung der Bestimmungen im Pflegebereich (mit dafür notwendiger Verfassungsänderung).
- Ausbau der stationären und mobilen palliativmedizinischen Möglichkeiten und Betreuungsplätze.
- Stärkung der Versorgungsfunktion von Apotheken im Sinne eines einfachen Zugangs.
- Umsetzung und Einhaltung von Vereinbarungen zwischen Bund, Ländern, Gemeinden, Sozialversicherungsträgern, etc. mit entsprechenden Konsequenzen bei Nichteinhaltung oder Umgehung.

Nachhaltig und präventiv

- Gesundheitsförderung und Prävention deutlich ausbauen (Vorsorge- statt Reparaturmedizin), inkl. positiver Anreize bei Erreichen von vereinbarten Gesundheitszielen, mit niedrigschwelligem und breitem Zugang unter Miteinbeziehung verschiedener gesellschaftlicher Strukturen (Apotheken, Schulen, Vereinen, etc.), Fach „Gesundheit“ (z. B. inkl. Schulungen wie frühzeitige CPR-Schulungen (Wiederbelebung) für Kinder und Jugendliche, ernährungsphysiologische Kochkurse, etc.).
- Ausbau der Rehabilitation als Prävention vor Invaliditätspension und Pflegebedürftigkeit (nachhaltige Programme mit kontinuierlicher bedarfsorientierter Betreuung im extramuralen/ambulanten Bereich) sowie Evaluierung mit Konsequenzen bei Zielverfehlung.
- Rasche Entwicklung eines nationalen Demenzplans (von Aufklärung über Prävention bis zu Betreuungsmodellen).
- Eigenverantwortung in Fragen des gesundheitsförderlichen Lebensstils (Ernährung, Bewegung, Suchtmittel, etc.) fördern und ausbauen, inkl. Rechte und Pflichten beim Behandlungsvertrag.
- Gesundheitspass mit jährlicher Gesundenuntersuchung mit erarbeiteten Zielvorgaben und Förderungen bei Zielerreichung (Bonussystem).
- Förderung und Ausbau der fachlich unterstützten privaten/familiären/nachbarschaftlichen Pflege mit bedarfsgerechter Finanzierung und entsprechender flexibler Unterstützung und Kontrolle (Übergangspflege, psychosoziale Betreuung, betreutes Wohnen, Mehrgenerationenhäuser, etc.).

- Schulungen, Mitbetreuung, unkomplizierte Supervisionsmöglichkeiten und zeitliche Entlastungen bei privater Pflege sowie flexible Gestaltung der Pflegekarenz (Teilzeit, gesplittet, ...).
- Anrechenbarkeit der privaten Pflege eines Angehörigen als Teil einer Umschulung zu Altenbetreuung (z.B. als Wiedereinstieg in das Berufsleben).
- Förderung von psychosozialer Betreuung (Besuchs-, Begleitdienste, etc.) mit geringem Verwaltungsaufwand im Bereich der Pflege und Altenbetreuung, verstärkte Einbindung von karitativen Vereinen und Freiwilligen (z.B. im Rahmen eines Sozialen Jahres).
- Förderung von Kinder- und Jugendgesundheit (Programme in Schulen, Vereinen, etc.), vermehrte Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit (organisatorische Hilfe bei Betreuung, physische und psychische Entlastung und Begleitung der Pflegenden, etc.).
- Ausbau div. sozialer und psychosozialer Dienste mit wohnortnaher Betreuung akuter und chronischer Probleme und Krisenintervention, Ausbau der Interventionsmöglichkeiten bei Suchtproblematik (akut und chronisch) inkl. Langzeitbetreuung, betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften – um ein nachhaltiges Agieren in diesem Bereich zu ermöglichen.
- Leistungen entsprechend internationaler Standards und (von Expert_innen) definierter Ziele festlegen und evaluieren, laufende Qualitätssicherung und Qualitätskontrollen zur Vermeidung von Fehlermanagement.
- Etablierung von Teilzeitkrankenständen, stufenweise Wiedereingliederung inkl. Teil-(Invaliditäts-)Pensionen (Hamburger Modell).

Finanzierbar

- Pflichtversicherung für Basisversorgung über SV-System, Modulsystem für Mehrleistungen (vermehrte physikalische Therapie oder „Wellness“, „Schönheitsoperationen“, vermehrte und zusätzliche, nicht ausschließlich der nachhaltigen Prävention dienende Kuraufenthalte, komplette Zahnbehandlungen, komplementär-medizinische Leistungen, komplette Rückerstattung von Privathonoraren, etc.).
- Basisversorgung bei Pflegebedürftigkeit mittels Pflegegeld (steuerfinanziert), sowie laufende Eigenmittel oder steuerbegünstigte zusätzliche private Pflegeversicherungen bzw. Zusatzversorgung („Luxus“). Überlegung einer verpflichtenden Pflegeversicherung (z. B. im Rahmen der SV-Beiträge 1-2 %

bis zur Höchstbemessungsgrundlage als Ausgleich, wenn generell die Senkung der Abgaben erzielt werden kann).

- Im Bereich der Pflege sollen bedarfsgerechte Sachleistungen vor Geldleistungen Vorrang haben (Pflegescheck, Physiotherapie, Heimhilfe, ...); Ausbau des niederschweligen Zugangs zu pflegerischen Sachleistungen (diplomierte Pflege und nicht diplomierte Betreuung), um vor allem im Tertiärbereich die wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung zu optimieren.
- Regelmäßige Überprüfung und entsprechende Adaptierung des Ausmaßes des Pflegegeldes bzw. der bedarfsgerechten Sachleistungen.
- Sonderklasseversicherung nur für Hotelleistungen inkl. Privatkrankehäuser und nicht für 2- oder Mehr-Klassen-Medizin, bezogen auf die Basisversorgung.
- Ausbau von Sozialraumbudgets österreichweit – bedarfs- und umfeldgerecht in Regionen zur Förderung div. Betreuungsoptionen und direkte, unkomplizierte Unterstützung für pflegende Familienangehörige.
- Ausbau der mobilen Pflegedienste, Förderung der selbständigen 24-Stunden-Betreuungen (vereinheitlichte Ausbildung, gleiche Verantwortlichkeiten, Erweiterung der supervidierten Aufgaben, etc.).
- Regelmäßige Überprüfung und entsprechende Adaptierung des Ausmaßes des Pflegegeldes bzw. der bedarfsgerechten Sachleistungen.

Gesellschaftliche Mitverantwortung

- Zivilgesellschaftliches, soziales Engagement, z.B. Einführung freiwilliges Soziales Jahr (potenziell für alle Altersgruppen und Geschlechter) bzw. Förderung unentgeltlicher sozialer Tätigkeiten.

Informationsbedarf

- Aufklärung der Gesellschaft über soziale Verantwortung.
- Aufklärung der Gesellschaft über Erkrankungen durch die demographische Entwicklung (Demenz, Pflegebedürftigkeit, ...).
- Aufklärung der Gesellschaft über psychische Erkrankungen und Entstigmatisierung der Erkrankten.

- Ausüben einer menschlichen Gesundheits- und Krankenbetreuung mit psychologischer Unterstützung sowohl der Betroffenen, der Angehörigen und des Personals.
- Informationskampagne bezüglich Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht