



Gesundheitspolitisches Konzept

Gesundheitspolitisches Konzept Patientenlandtag

A Aufbau und Struktur des Gesundheitssystems

A1 Finanzierung aus einer neuen Hand

Ausgliederung des ambulanten Spitalsbereichs an die umzubauenden Sozialversicherungen bei entsprechendem Finanzausgleich
Einheitlicher, schlanker, moderner Leistungs- und Honorarkatalog der Kassen
Genauere Kosten- und Leistungsrechnung im Krankenhausbereich
und Anpassung des LKF-Systems.

Sinnvolle Steuerung in einem Gesundheitssystem ist nur möglich, wenn die Verteilung des zu verwendenden Geldes aus einer Hand kommt und gleiche Leistungen im System mit gleichen Beträgen vergütet werden. Dafür ist es notwendig, mindestens den ambulanten Spitalsbereich und den niedergelassenen Bereich zusammenzulegen. Das erfolgt im Idealfall über die dafür umzubauenden Krankenkassen. Um die Leistungen vergleichen zu können, ist sowohl ein einheitlicher, schlanker, moderner Leistungs- und Honorarkatalog der Kassen zu definieren als auch eine genaue Kosten- und Leistungsrechnung im gesamten Krankenhausbereich einzuführen. Wichtig ist, dass es sich um eine betriebswirtschaftlich exakte Berechnung handelt, und nicht um eine politisch gesteuerte Datenaufbereitung. Auf Basis dieser Kostenrechnung und dem Blickwinkel auf Best Point of Service muss das LKF-System überarbeitet werden.

A2 Bekenntnis zum solidarischen Gesundheitssystem

Abschaffung aller Limitierungen und Deckelungen im niedergelassenen Bereich
Keine Altersbegrenzung für Behandlungen unter ökonomischem Blickwinkel
Gleiche Leistungen und Beiträge (einkommensabhängig mit Höchstbeitrag)
für alle Pflichtversicherten

Wir bekennen uns grundsätzlich zur Beibehaltung des solidarischen Gesundheitssystems. Solidarität bedeutet, dass die Systematik der Beiträge sowie die ermöglichten Leistungen für alle Versicherten gleich sein müssen. Das hat natürlich für alle Kassen zu gelten, eine Zusammenlegung und/oder Reduktion der Kassen ist zu prüfen. Das bestehende System der Limitierungen und Deckelungen im Kassenbereich bewirkt einerseits eine Abwanderung zahlreicher medizinischer Leistungen in den teuren Spitalsbereich und andererseits auch eine Zugangsbeschränkung von Teilen der Bevölkerung zur medizinischen Versorgung. Daher fordern wir eine verpflichtende Abschaffung dieser Limitierungen und Deckelungen. Ebenso abgelehnt wird eine Altersbegrenzung für Behandlungen unter ökonomischem Blickwinkel.

A3 Bekenntnis zum bestehenden Kassenvertragssystem

Bestandsgarantie für Vertragsärzte

Stellenplanung zwischen GKK und Ärztekammer beibehalten

Keine nicht-ärztlichen Investoren im niedergelassenen Bereich

Das in Österreich bestehende kassenärztliche System ist aus gesundheitsökonomischer Sicht grundsätzlich nicht optimierbar: Es besteht ein flächendeckendes Netz an Ordinationen von Allgemeinmedizinerinnen und Fächern aller Richtungen. Diese Ordinationen werden von Freiberuflern finanziert und betrieben. Freiberuflichkeit ist die ideale Form der Beschäftigung von Ärzten auf dieser Systemebene. Diese Freiberufler erbringen dort auch die ärztlichen Leistungen und erhalten dafür ein leistungsbezogenes Honorar, mit dem sie den Betrieb finanzieren, ihre Steuern zahlen und ihre Lebenshaltung abdecken. Ausbezahlt werden „Sozialtarife“, die nur unter einer Bestandsgarantie und einer eher knappen Stellenplanung zu kalkulieren und somit zu gewährleisten sind. Daher lehnen wir jeden Eingriff in dieses System (beispielsweise durch eine neue PVE-Gesetzgebung) ab. Ebenfalls aus diesem Grund abzulehnen sind nicht-ärztliche Investoren als Betreiber im niedergelassenen Bereich.

A4 Gleiches Geld für gleiche Leistung

Leistungs- und Honorarkatalog muss EINHEITLICH für ALLE Systemebenen gelten

Anpassungen in Höhe der Inflationsrate automatisch

Einkommen niedergelassener Allgemeinmediziner an alle Ärztegruppen anpassen

Ein sinnvoll aufgebautes Gesundheitssystem zeichnet sich dadurch aus, dass vergleichbare Leistungen soweit wie möglich dort erbracht werden, wo sie am günstigsten sind. Es hat überhaupt keinen Sinn, durch eine Reglementierung im Kassenbereich Leistungen für ein Mehrfaches an Geld in die Spitäler zu überführen. Grundvoraussetzung für ein funktionierendes System ist ein einheitlicher Leistungs- und Honorarkatalog für alle Systemebenen. In weiterer Folge muss der leistungs- und Honorarkatalog im Bereich der Kassenallgemeinmedizin so angepasst werden, dass sowohl eine Kostendeckung in den Ordinationen als auch ein angemessenes Einkommen zu erzielen ist. Eine automatische Anpassung des Honorarkatalogs angelehnt an einen Indikator wie etwa die Inflationsrate ist selbstverständlich.

A5 Haltung zu geplanten Zukunftsprojekten

Praxiskonforme Adaptierung des Projektes ELGA,

stattdessen zwingende gerichtete Kommunikation

Sofortiger Stopp bzw. Reassümierung des PHC-Gesetzes (bzw. PVE-Gesetzes),

stattdessen neue Leistungs-Positionen

Sofortige Überarbeitung der Zielsteuerungsverträge

ELGA ist aus jeder erdenklichen Sicht ein mangelhaftes Projekt und in jedem Fall verschwendetes Steuergeld. Eine Optimierung der medizinischen Kommunikation kann nur dann erreicht werden, wenn es ähnlich eines Steuerberaters in der Wirtschaft einen Hauptverantwortlichen gibt, der alle medizinisch relevanten Daten des Patienten bekommt, bearbeitet, verwaltet und bei Bedarf weiterleitet. Dafür benötigt man jedoch nur die Verpflichtung zur gerichteten Kommunikation sowie ein Hausarztmodell. ELGA wäre unnötig, wenn man das System als Ganzes optimieren würde. UND: Wenn das System als Ganzes nicht optimiert wird, dann wird ELGA nichts verbessern, sondern die Zeit- und Geldvernichtung im System weiter anheizen und für dramatische Verschlechterung sorgen.

PHC ist etwas Anderes als zwingende Neuorganisation von Strukturen, die man für ungeeignet hält. PHC ist Versorgungsleistung, die man ausschließlich über den Leistungs- und Honorarkatalog definieren sollte. Das geplante PHC-Gesetz (bzw. neu PVE-Gesetz) bezieht sich fast ausschließlich auf die Strukturen. Wir brauchen stattdessen neue Leistungs- und Honorarpositionen für medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsleistungen.

Die Zielsteuerungsverträge umfassen weitestgehend Zielsetzungen im Bereich der Limitierung von medizinischen Leistungen. Echte Ziele zur Verbesserung der Struktur lassen sich zwar hineininterpretieren, diese Ziele werden jedoch von den Akteuren offenbar nicht wirklich ernst genommen. Daher müssen diese Verträge überarbeitet und vor allem mit Sanktionen bei Nicht-Erreichen versehen werden.

A6 Aus- und Fortbildung

Personalplanung in Krankenhäusern auf Ausbildung und gesamten Ärztebedarf abstimmen

Fortbildungsmaßnahmen im gesetzlich geforderten Ausmaß durch

öffentliche Hand finanzieren

Lehrpraxis finanzieren

Der Ärztebedarf für Österreich der kommenden Jahre lässt sich genau berechnen. Um diesen Bedarf überhaupt einmal theoretisch decken zu können, muss neben unzähligen anderen Maßnahmen die Personalplanung in den Krankenhäusern unter diesem Blickwinkel angepasst werden. Und zwar für ganz Österreich. Fortbildungsmaßnahmen im gesetzlich geforderten Ausmaß sind entweder von der öffentlichen Hand zu finanzieren oder bereitzustellen, und zwar für alle Ärzte. Hierbei ist darauf Bedacht zu nehmen, dass die Fortbildung möglichst transparent und vor allem inhaltlich frei von der Beeinflussung durch „befangene“ Organisationen, wie etwa Pharmaindustrie, Sozialversicherungen oder Spitalsbetreiber ist. Die Lehrpraxis muss im benötigten Ausmaß finanziert werden, und zwar durch die öffentliche Hand und oder die Kassen, selbstverständlich einheitlich in den Bundesländern.

B Die Systemebenen

B1 Krankenhäuser

Strukturänderung (Grundversorgung und Schwerpunkte neu definieren)

Umbau eines Teils der Betten in Pflegebetten/Akutgeriatrie

Keine (Teil)Privatisierung, keine private Einmietung in öffentlichen Krankenhäusern

Um das System auch in Zukunft finanzierbar zu halten, ist eine Strukturänderung der Krankenhäuser unvermeidbar. Im Hinblick auf die bestehenden Krankenhäuser müssen Maßstäbe entwickelt und angesetzt werden, die für alle verbindlich sind. Bau oder Abbau von Abteilungen oder ganzen Krankenhäusern darf nicht mehr überwiegend nach politischer Willkür erfolgen, sondern muss den zu entwickelnden Maßstäben verpflichtend folgen. Die Zahl der Betten muss reduziert werden, der entstehende Engpass muss durch einen Umbau im Pflegebetten (eins zu eins) geschehen. Wir sprechen uns klar gegen Privatisierungstendenzen in den Krankenhäusern aus. Den Betrieb von Krankenhäusern durch gewinnorientierte Organisationen lehnen wir ebenso ab wie die die Vermietung von Teilen der Krankenhäuser. Krankenhausärzte sind ausschließlich als Dienstnehmer anzustellen (Arbeitsmittel werden gestellt, Arbeitszeitgesetz ist verpflichtend, etc.).

B2 Niedergelassene Kassenärzte

Kooperationsformen aller Art auch im Kassensystem ermöglichen

DMP überarbeiten und ausweiten, neue Leistungs- und Honorarpositionen

Kostendeckende, betriebswirtschaftlich kalkulierte Honorare in allen Fächern herstellen

Kooperationsformen aller Art sind nicht nur wie bisher gesetzlich zu ermöglichen, sondern als verpflichtender Bestandteil der Kassenverträge einzuführen. Parallelarbeit muss ebenso wie Vertretungstätigkeit uneingeschränkt ermöglicht werden. Die Anstellung von Ärzten im Kassensystem muss ermöglicht werden. Die Leistungs- und Honorarkataloge müssen umgebaut, vereinfacht und erweitert werden. Selbstverständlich wie bereits erwähnt unter den Geboten der Einheitlichkeit und Kostenrechnung. DMP (Disease-Management-Programme) müssen überarbeitet, bürokratie-„entschlackt“ und weiterentwickelt werden. Eine betriebswirtschaftliche Kalkulation hat in allen Fächern und auf allen Ebenen zu erfolgen.

B3 Wahlärzte

Vereinfachung der Abrechnung

Einführung „echte“ 100%-Regel

Ermöglichung an Teilnahme am Bereitschaftsdienst bei direkter Abrechnung mit GKK

Wahlärzte decken mittlerweile einen versorgungsrelevanten Teil der Medizin im niedergelassenen Bereich ab. Das Wahlarztsystem als Alternative, wenn der Patient etwas mehr als die „notwendige“ Versorgung im Kassenbereich erhalten möchte, ist unbedingt beizubehalten. Die Abrechnung muss jedoch vereinfacht und auf die echte 100%-Regel (Patient bekommt 100 Prozent dessen zurück, was die Kasse für die gleiche Behandlung beim Kassenarzt gezahlt hätte) umgestellt werden. Wahlärzten muss es ermöglicht werden, auf freiwilliger Basis bei direkter Abrechnung mit der GKK in die Wochenenddienstregelung aufgenommen zu werden.

B4 Notarztsystem

Stützpunkte müssen 10 Minuten Maximalzeit für 100 Prozent sicherstellen

Ausbau der Einbindung der Allgemeinmediziner auf freiwilliger Basis und gegen Bezahlung

Keine (Teil)Privatisierung, Notärzte wie Krankenhausärzte NUR als Dienstnehmer

(Arbeitsmittel werden gestellt, Arbeitszeitgesetz ist verpflichtend, etc.)

ALLE Menschen in Niederösterreich müssen innerhalb von 10 Minuten Maximalzeit durch einen Notarzt zu versorgen sein. Eine Versorgung von 95 Prozent innerhalb von 20 Minuten bedeutet ein unvertretbares Sicherheitsrisiko für etwa 100.000 Menschen und wird daher von uns abgelehnt. Neben den durch die landesweite Struktur angestellten Notärzten muss es auch den für die notärztliche Tätigkeit befugten niedergelassenen Allgemeinmediziner besser als bisher möglich sein, sich im Falle eines Einsatzes – zusätzlich zum Notarzt im Hauptdienst - alarmieren zu lassen, um die gegebenenfalls deutlich schnellere Erreichbarkeit im Sinne des Notfallpatienten auszunutzen. Diese zusätzliche Bereitschaft muss honoriert werden. Notärzte im Hauptdienst sind zwingend anzustellen, Arbeitsmittel sind daher zu stellen und die gesetzlichen Arbeitszeitregelungen sind verpflichtend einzuhalten.

B5 Medikation/Apotheken

Ökonomierichtlinien (EKO) intramural/extramural ZWINGEND anpassen bzw. einhalten,
auch bei Wahlarztrezepten, sonst NUR auf eigene Kosten

Medikation Wochenenddienst Lösung mit Apotheken

Honorarposition „Medikamentenmanagement“ ggf. mit Apotheken

Für die Verschreibung und Bewilligung von Medikamenten muss auf allen Systemebenen das gleiche, verpflichtende Regelwerk gelten. Es ist medizinisch und ökonomisch vollkommen unsinnig, im Spital und in der Niederlassung vollkommen unterschiedliche Ökonomierichtlinien auszuführen. Der Erstattungskodex (EKO) samt Bewilligungslauf muss zwingend auch in den Spitälern gelten. Wahlarztrezepte, die nicht dem EKO entsprechen, dürfen nicht aus Kulanzgründen abgegeben und nachträglich bewilligt werden, sie dürfen jedoch auf dessen eigene Kosten dem Patienten abgegeben werden. Gemeinsam mit der Apothekerschaft müssen sinnvolle Lösungen für die Medikation bei Wochenenddiensten entwickelt werden. Für Patienten mit Mehrfachmedikation ab einem bestimmten Bedarf an Dauermedikamenten muss eine Leistungs- und Honorarposition „Medikamentenmanagement“ ggf. unter Einbeziehung der Apotheken entwickelt werden.

B6 Pflege

Ausbau von Pflegepraxen im niedergelassenen Bereich

Neue Leistungspositionen bei niedergelassenen Ärzten UND Pflegeberufen

Ausbildungs- und Informationsprogramme für die Angehörigen fördern

Die menschlichste und zugleich kostengünstigste Art der Pflege ist eine möglichst lange Pflege in der gewohnten Umgebung des zu Pflegenden sowie eine möglichst lange Unterstützung der Pflege durch Angehörige, die das gerne möchten. In diesem Sinne sind alle Maßnahmen zu setzen, die diesen Weg fördern, anstatt die zu pflegenden Menschen so früh wie möglich in Krankenhäusern oder Pflegeheimen zu betreuen. Daher brauchen wir ein Bekenntnis zu Pflegepraxen sowie ein vernünftiges Leistungs- und Honorarsystem für niedergelassene Ärzte und Pflegeberufe. Angehörige müssen unter anderem durch Ausbildungs- und Informationsprogramme gefördert und unterstützt werden.

C Rolle der Allgemeinmedizin

C1 Speziell Hausärzte/Landärzte

Zurück zum Gemeindefeld (neu)

Hausarztmodell entwickeln und pilotieren

Hausapothekensystem überarbeiten, Kooperation mit Apotheken

Der „Gemeindefeld“ soll mit einer neuen Leistungs- und Honorardefinition wiedereingeführt werden. Mit der Zielsetzung, dass in Gemeinden neben den Öffnungszeiten und der Visitentätigkeit wieder ein Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag in erweitertem Ausmaß für ein vielfältiges Spektrum an Aufgaben und Funktionen zur Verfügung steht. Diese zu bezahlende Tätigkeit ist freiwillig und an den Hauptwohnsitz in der Gemeinde gebunden. Für ein schlankes und effizientes Gesundheitssystem ist die Einbindung eines Hausarztmodells unerlässlich. So ein Modell muss für Niederösterreich entwickelt und pilotiert werden. Mit dem Fokus ausschließlich auf die betroffenen Patienten muss die Medikamentendistribution auf dem Land überdacht und überarbeitet werden. Das bestehende System ist unbefriedigend. Es müssen Lösungen gefunden werden, mit denen sowohl die Ärzte als auch die Apotheken leben können.

C2 Speziell Leistungs- und Honorarordnung Allgemeinmedizin

Wochenenddienst Honorar x 3

Leistungsposition „Mehrfachmedikation“

Leistungsposition(en): PHC/Kommunikation im Sprengel

Das Pauschalhonorar für den Wochenenddienst ist in keiner Weise kostendeckend oder marktkonform. Wenn wir auch in Zukunft diese Leistung als Gesellschaft in Anspruch nehmen möchten, dann muss das Honorar auf eine vertretbare Größenordnung angehoben werden. Hierbei ist eine Verdreifachung als angemessen zu betrachten. Denn knapp acht Euro brutto/Stunde vor Betriebskosten, Steuern und Abgaben - und das nachts, an Wochenenden und an Feiertagen - sind unzumutbar. Als eine der wichtigsten neuen Leistungspositionen im Bereich der Hausärzte sei die schon beschriebene Position „Medikamentenmanagement“ erwähnt. Es ist nicht realistisch, wenn man von Ärzten und Apothekern erwartet, im bestehenden System quasi auf eigene Kosten und ohne Information von außen darauf zu achten, dass die Medikation eines Patienten nicht ins Unermessliche steigt. Wir brauchen eine Verantwortlichkeit von Arzt und Apotheker, aber auch die Bezahlung beider Berufsgruppen für diese Dienstleistung, und zwar abseits der Gewinnspanne bei Medikamenten. Für die übergeordnete, bisher üblicherweise durchgeführte, aber nicht bezahlte Tätigkeit der Kommunikation bzw. Koordination im Sprengel muss eine Leistungsposition entwickelt werden.

C3 Ausbildung

Lehrpraxis finanzieren

Mehr Allgemeinmediziner ausbilden

Strengere Quoten beim Medizinstudium für EU-Ausländer und Ausländer

bzw. anderes Regulativ

Die Ausbildung zum Allgemeinmediziner beginnt beim Studium, geht dann über die Ausbildung im Krankenhaus zur Lehrpraxis. Ein besonderes Problem zeichnet sich bereits ab. Es entscheiden sich durch die neue Ausbildungsordnung viel weniger Jungmediziner für die Allgemeinmedizin, als unsere Gesellschaft brauchen wird. Wir müssen daher auf allen Ebenen darauf achten, dass es genügend

Nachwuchs gibt, der auch entsprechend ausgebildet wird. Und auch die Finanzierung dafür sicherstellen. Für studierende Ausländer (auch EU-Ausländer) braucht es daher Regulative. Möglich sind: Verpflichtendes soziales Jahr (für alle Medizinstudenten) in Österreich vor dem Studium, Studiengebühren oder Zulassung nur dann, wenn eine Zulassung im Heimatland bestünde (keine NC-Flüchtlinge mehr). Auf EU-Ebene ist darauf zu achten, dass IN JEDEM LAND so viele Studienplätze für Medizin existieren, wie Ärzte mittelfristig ausgebildet werden müssen. Die Lehrpraxis ist von Bund, Ländern und/oder den Krankenkassen zu finanzieren. Diese Finanzierung ist von Gemeininteresse. Eine Gemeinde bzw. etwa ein einzelner Arzt zieht keinen Vorteil aus einer Lehrpraxis, weil es die bestehende Rechtslage nicht zulässt, sich den Nachfolger oder den Kooperationspartner für einen Ort oder eine Ordination auszusuchen.

D Prävention

D1 Gesundheitskompetenz und Vorsorge

Informationsprogramme fördern bzw. ausweiten

Vorsorgeprogramme, Ärzte einbinden

„Netzplan“ Gesundheitssystem

Vorsorge und Entwicklung der Gesundheitskompetenz sind in Österreich von der Politik sträflich vernachlässigt. Langfristig gesehen hält man ein System nur schlank und die Menschen gesund, wenn sie über Vorsorge, über Krankheiten und über die Aufgaben der verschiedenen Systemebenen im Gesundheitssystem Bescheid wissen. Um diese Kompetenzen zu schulen und weiterzuentwickeln muss der Staat daher auch eingreifen. Benötigt sind diverse, noch zu entwickelnde Maßnahmen, in welche die verschiedenen Systemebenen auch eingebunden werden: Informationsprogramme sowie Vorsorgeprogramme, ein „Netzplan“ Gesundheitssystem muss erstellt und den Bürgern zugänglich gemacht werden.

D2 Impfungen

Empfohlene Impfungen gratis

Kein allgemeiner Impfwang, aber verstärkte Aufklärung

„Öffentlicher“ Dienst nur mit allen empfohlenen Impfungen

Das Thema Impfen muss verstärkt in der Öffentlichkeit behandelt werden. Speziell die Wichtigkeit der „Herdenimmunität“ scheint vielen Impfgegnern nicht klar zu sein. Wir sprechen uns gegen einen Impfwang aus und setzen auf Aufklärung. Empfohlene Impfungen sollten gratis sein. Um andere, vor allem nicht-impfbare Menschen zu schützen, darf ein Arbeitsplatz im „öffentlichen“ Dienst nur von einem Menschen besetzt werden, der alle empfohlenen Impfungen erhalten hat.

D3 Gesundenuntersuchung neu

Ernährungsberatung, Bewegungsberatung

Impfberatung

Neue Untersuchungsparameter

Die derzeitige Gesundenuntersuchung war ein wichtiger Schritt in Richtung Gesundheitskompetenz, ist jedoch aus medizinischer Sicht überarbeitungsbedürftig. Gemeinsam mit den medizinischen Fachgesellschaften sollten die Untersuchungsparameter adaptiert werden. Zusätzlich muss Zeit für Ernährungsberatung, Bewegungsberatung und Impfberatung geschaffen werden.

D4 Mutter-Kind-Pass

Ernährungsberatung, Bewegungsberatung, Impfberatung

Kürzung der Familienbeihilfe als Sanktion

Zahngesundheit und Mundhygiene

Der Mutter-Kind-Pass ist ein sehr gutes Instrument zur Vorsorge, sollte jedoch auch um Ernährungs-, Bewegungs- und Impfberatung sowie um die notwendigen Themen aus dem Bereich der Zahnheilkunde erweitert werden. Die Sanktionen bei Verweigerung der Untersuchungen sollten auf Kürzung der Familienbeihilfe erweitert werden.

D5 Schule

Verpflichtende Bewegungseinheiten

Gesundheitserziehung, Ernährungserziehung, Zahnerziehung

Suchtprävention

Mehr Bewegung in der Schule sollte eigentlich längst eine Selbstverständlichkeit sein. In den Unterricht einzubauen: Gesundheitserziehung, Ernährungserziehung, Zahnerziehung, Suchtprävention. Derzeit besteht keine koordinierte umfassende Datenerfassung über die gesundheitlichen Belange unserer Schulkinder. Eine anonyme, bundesweit standardisierte Datenerhebung gehört daher zum verpflichtenden Aufgabenprofil der Schulärzte. Für eine effiziente Prävention ist es unumgänglich, die Eltern in die Programme einzubauen.

E Steuerung

E1 Hausarztmodell bzw. Vertrauensarztmodell

Bindung an den Hausarzt/Vertrauensarzt und verpflichtender Einstieg

Über den Hausarzt/Vertrauensarzt ins System

Lotsen- und Koordinationsfunktion

Für Arzt UND Patient freiwillig, aber mit Bonus bzw. Malus

Für ein schlankes und effizientes Gesundheitssystem ist die Einbindung eines Hausarztmodells unerlässlich. Daher fordern wir verpflichtend, im Kassensystem ein Hausarztmodell anzubieten. Die Kriterien eines Hausarztmodells: Der Patient kann sich verpflichten, ins System nur über seinen Hausarzt einzusteigen, den er sich aussucht und an den er sich eine bestimmte Zeit bindet. Für diese Entscheidung muss ein Bonus ausbezahlt werden. Außer in Notfällen ist dieser Arzt dann verbindlich die erste Anlaufstelle, Überweisungen zum Facharzt oder ins Krankenhaus werden nur gemeinsam mit dem Hausarzt ermöglicht. Der Hausarzt übernimmt die Lotsen- und Koordinationsfunktion und hat die Hoheit über alle relevanten Gesundheitsdaten des Patienten. Bei ihm laufen die Informationen zusammen, er pflegt und beurteilt diese Daten und leitet sie bei Bedarf an andere Systemebenen weiter. Für diese Dienstleistung wird ein Pauschalhonorar von der Kasse bezahlt.

E2 Bonus-Malus-System

Vorsorge

Impfungen

Gesundenuntersuchung

Sämtliche Vorsorgemöglichkeiten im Gesundheitssystem sind mit einem sinnvollen Bonus-Malus-System zu versehen. Wer regelmäßig die Gesundenuntersuchung wahrnimmt, sollte auch vom System belohnt werden. Impfungen und sonstige Vorsorgeprogramme sollten bei Nicht-Einhaltung und folgender Erkrankung mit Kausalzusammenhang zu einem Selbstbehalt führen. Hierbei muss natürlich auf Praktikabilität und leichte Administration geachtet werden. Anfallender Aufwand bei den Leistungsanbietern muss in diesem Zusammenhang abgegolten werden. Wer sich nicht impft und an einer durch Impfung vermeidbaren Krankheit erkrankt, sollte mindestens einen Teil der Behandlung selbst bezahlen müssen.

E3 Integrierte Versorgung

Schnittstellenproblematik lösen

Case-Management ausweiten

Folgeverschreibungen

Wer an einfachen Erkrankungen leidet, hat in Österreich einen sehr guten und unlimitierten Zugang zu allen Systemebenen. Mit zunehmender Schwere der Erkrankung wird jedoch dieser Zugang immer schwerer und es macht sich mehr und mehr negativ bemerkbar, dass die verschiedenen Systemebenen nicht nur wenig kooperieren, sondern teilweise sogar gegeneinander arbeiten. Was gebraucht wird sind sinnvolle Konzepte zur Lösung der Schnittstellenproblematik. Ein Ausbau des Case-Managements sollte es für schwer kranke und/oder alte Patienten leichter machen, im System die richtige Behandlung am richtigen Ort zur richtigen Zeit zu bekommen. Im Bereich Verschreibungen und Folgeverschreibungen muss im ganzen System aus einem Guss gearbeitet werden, mit identischen Regulativen auf allen Systemebenen.

F Besondere Patientengruppen

F1 Kinder

Wiedereinführung der allgemeinen Förderung Zahnspange

Spezielle Betreuung chronisch kranker Kinder in der Schule

Schularzt neu (neues Honorarmodell)

Die allgemeine Förderung der Zahnspange sollte wiedereingeführt werden. Chronisch kranke Kinder bedürfen einer speziellen Betreuung in der Schule, inklusive einer rechtlichen Absicherung für Lehrer und sonstige Betreuungspersonen. Unter Anderem zu diesem Zweck ist die Funktion des Schularztes zu überarbeiten und mit einem neuen Honorarmodell zu versehen. Den bestehenden Defiziten im Bereich Kinderhospiz, Kinderrehabilitation und Kinder- bzw. Jugendpsychiatrie muss mit einer Erhöhung des Betreuungsangebots sowie dem Wegfall der entsprechenden Deckelungen im niedergelassenen Bereich begegnet werden.

F2 Geriatrische Patienten

Neue Leistungsposition(en) im Bereich der niedergelassenen Ärzte

Verbesserung der Strukturen zur Ermöglichung der häuslichen Pflege

Entwicklung regionaler Versorgungsmodelle bzw. Kooperationen in

Zusammenarbeit mit Pflegediensten

Geriatrischen Patienten müssen wir besondere Aufmerksamkeit schenken, denn diese Gruppe wird uns in den kommenden Jahren zahlenmäßig an die Kapazitätsgrenzen des Systems bringen. Und darauf sollten wir vorbereitet sein. Dies geht nur, wenn wir neue Leistungs- und Honorarpositionen im niedergelassenen Bereich definieren und die Strukturen zur Ermöglichung der häuslichen Pflege maximal ausbauen. In Kooperation mit lokalen Pflegediensten müssen individuelle regionale Versorgungsmodelle entwickelt, gefördert und natürlich finanziert werden.

F3 Chronisch Kranke

Neue Leistungsposition(en) im Bereich der niedergelassenen Ärzte

Informationsprogramme und Selbsthilfegruppen fördern bzw. ausweiten

DMP umbauen und ausweiten

Für chronisch Kranke müssen eigene Leistungspositionen, speziell für den niedergelassenen Bereich entwickelt und eingeführt werden. Dies kann unter anderem durch den Um- und Ausbau der DMP erreicht werden. Hier muss jedoch gelten: Weg von der leistungsbehindernden Bürokratie hin zur sinnvollen Betreuungsmöglichkeit chronisch Kranker. Kein eigenes Zertifikat für Tätigkeiten, die zum „kleinen Einmaleins“ der Ärzteschaft gehören. Informationsprogramme und Selbsthilfegruppen sind von unschätzbarem Wert für chronisch Kranke. Diese sollten daher gefördert und ausgebaut werden.

F4 Patienten ohne Deutschkenntnisse bzw. aus anderen Kulturkreisen

Übersetzungstool für Ordinationen und Ambulanzen

Leitfaden Gesundheitssystem in den Hauptfremdsprachen

Leitfaden Medizin für die Hauptfächer/-erkrankungen in den Hauptfremdsprachen

Menschen aus anderen Sprachräumen und Kulturkreisen nehmen zahlenmäßig inzwischen einen großen Anteil innerhalb der Patientenschaft ein. Hierbei kommt es einerseits zu sprachlichen Barrieren zwischen Patienten und Ärzten, andererseits darf natürlich nicht erwartet werden, dass umfassende Kenntnisse über die Funktionsweise und die Behandlungsebenen vorhanden sind. Diesbezüglich muss den Ärzten eine Hilfestellung erbracht werden. Sollten sich vorhandene Kommunikationsschwierigkeiten nicht durch den Arzt oder sein Personal selbst lösen lassen, muss ein Übersetzungstool möglichst online auf Kosten des Bundes in den Ordinationen und Spitälern zur Verfügung stehen. Umfassende Leitfäden über das Gesundheitssystem sowie die Hauptfächer/-erkrankungen müssen in den Hauptfremdsprachen erstellt werden.

H Sonstiges

H1 Bürokratie

Dramatische Entschlackung der Bürokratiebelastung in allen Ebenen

Kostenwahrheit und -ausgleich in der Niederlassung

Aufstockung Dokumentationskräfte in Krankenhäusern

zur Entlastung von Ärzten und Pflegepersonal

Die Bürokratie im Gesundheitssystem hat beängstigende Ausmaße angenommen. Es gibt Schätzungen, wonach alleine durch vermeidbare Bürokratie bereits heute etwa 4 Milliarden Euro unnötig verbraucht werden. Um dieses Potenzial zum Nutzen der Patienten zu heben ist eine dramatische Entschlackung durchzuführen. Unterstützend müssen gerade im niedergelassenen Bereich Kostenwahrheit und in Folge ein Kostenausgleich hergestellt werden. Im Krankenhausbereich müssen zusätzliche nicht-medizinische Dokumentationskräfte für eine Entlastung von Ärzten und Pflegepersonal sorgen.

H2 Finanzieller Ausgleich von zusätzlicher Anforderung durch den Gesetzgeber

Hygieneverordnung

ELGA

Behindertengerechter Zugang

Wenn durch Landesgesetzgebung, nationale Gesetzgebung oder EU-Gesetzgebung Kosten für den Leistungserbringer anfallen, dann sind diese VOLLSTÄNDIG durch den Verursacher abzudecken. Für EU-Gesetzgebung ist der Bund zuständig. Die Abdeckung hat für Investitionen und Betriebskosten, sowie zusätzlichen zeitlichen Aufwand durch realistisch kalkulierte, zeitabhängige Sätze zu erfolgen. Beispiele für benötigte Kostenabdeckung sind die Hygieneverordnung, ELGA, Registrierkassen, E-Card-Anbindungen oder etwa Investitionen im Sinne der Behindertengerechtigkeit.

H3 Patientenadvokatur

Direkte Wahl durch die Versicherten

Vertretung der Patienten bei Gesetzgebung

Weg vom „Verwalter von Kunstfehlern“ hin zum Servicezentrum für alle Patientenfragen

Überwachung der Einhaltung der Gesetze in Krankenhäusern,

insbesondere was die Arbeitszeitaufzeichnungen angeht

Die Patientenadvokate sollten auf Landesebene direkt durch die Versicherten gewählt werden. Es entspricht nicht dem Sinn der Patientenadvokatur, wenn es sich um einen Landesbeamten handelt, der den gleichen Geldgeber wie die Krankenhäuser hat. Die Tätigkeitspraxis der Patientenadvokatur muss erweitert werden. Speziell die Vertretung der Patientenschaft im Zuge der Gesetzgebung sowie die Überwachung der Gesetze in den Krankenhäusern wäre unser spezielles Anliegen.

H4 ELGA (Elektronische Gesundheitsakte)

Praxiskonforme Adaptierung des Projektes ELGA

Zwingende gerichtete Kommunikation auf Basis der bestehenden EDV-Systeme

Einführung einer „Datenpflege“ ähnlich der Funktion eines Steuerberaters

Das Monsterprojekt ELGA muss praxiskonform adaptiert werden, damit die Kosten nicht ins Uferlose gehen. ELGA ist für ein effizientes medizinisches Arbeiten unbrauchbar. ELGA wird Folgekosten in bisher noch ungeahnter Höhe produzieren. Ohne eine Umstrukturierung des Gesamtsystems kann ELGA nicht funktionieren. Wenn man das System sinnvoll umbaut, dann braucht man keine ELGA. ELGA wird den Trend noch verschärfen, dass sich die Patienten vollkommen ungesteuert und damit ineffizient im System bewegen. Und sie bekommen es auch so vorgestellt: Mit Elga könne man jederzeit zu jedem Arzt gehen und der hätte auf Knopfdruck und in der Sekunde alle notwendigen Informationen parat. Doch das ist Utopie. Höher entwickelte Gesundheitssysteme haben daher auch ein Vertrauensarztssystem bzw. eine wie immer geartete Zugangssteuerung. Die Gesundheitsdaten sollten im Idealfall bei einem Vertrauensarzt gespeichert sein, sollten von diesem gepflegt und den höheren Systemebenen bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden. Das Problem heißt „unnötige Suchzeit“. Selbst wenn ELGA klaglos funktionieren würde (was von vielen bezweifelt wird), und selbst wenn die Datenerfassung modern und standardisiert wäre (wovon wir Lichtjahre entfernt sind), muss jeder Arzt eine gewisse Zeit damit verbringen, die ungepflegte Akte ELGA nach den wenigen für ihn relevanten Informationen zu durchsuchen. Alleine das erzeugt Kosten in Milliardenhöhe. Sollte ELGA nicht gestoppt werden können, sind diese Kosten den Leitungsträger VOLLSTÄNDIG abzugelten.