



JETZT in
unsere
Gesundheit
inves-
tieren!

Gesundheitspolitisches Programm der ÖGK

Unser Auftrag für die Versichertengemeinschaft

ÖGK Österreichische Gesundheitskasse



Stand: Juli 2022

JETZT in
unsere
Gesundheit
inves-
tieren!

Grundsätzliche Ziele für die Versichertengemeinschaft

- ◆ **Alle Versicherten haben einen barrierefreien, niederschweligen Zugang zu den Leistungen der sozialen Krankenversicherung, auf hohem Niveau, unabhängig von der Berufsgruppe und dem jeweiligen Krankenversicherungsträger.**
- ◆ **Für alle Versicherten werden die Risiken der Krankheit und Arbeitsunfähigkeit in der ÖGK solidarisch und ohne Diskriminierung abgesichert.**
- ◆ **Die soziale Krankenversicherung stellt ihren Versicherten eine hohe Qualität der Gesundheitsversorgung durch ein dichtes Netz an VertragspartnerInnen bereit, die durch Qualitätssicherungsmaßnahmen permanent gesichert und verbessert wird.**
- ◆ **In der sozialen Krankenversicherung werden Entscheidungen im Sinne der Versicherten auf Basis einer guten Datenqualität getroffen.**
- ◆ **Die Selbstverwaltung der ÖGK bietet für ihre Versicherten niederschwellige Beteiligungsmöglichkeiten an, die die klassische Selbstverwaltung in ihrer Versichertennähe unterstützen.**

Einleitung

Die ArbeitnehmerInnenkurie (**AN-Kurie**) in der **Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)** legt ihre Zielsetzungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems für die erste Periode (bis 2024) vor.

In **acht zentralen Handlungsfeldern** geht es um Verbesserungen für die Versicherten und die Gestaltung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung. Österreich hat ein gutes Gesundheitssystem. Es wird aber nur gut bleiben, wenn es laufend weiterentwickelt wird. Der Umbau der Sozialversicherung durch die frühere Regierung kostet viel Geld, das der ÖGK heute fehlt. Eine stabile finanzielle Grundlage ist notwendig, um Reformen im Gesundheitssystem

und notwendige Maßnahmen umsetzen zu können.

Dieses Programm enthält **fundierte Analysen** zur Struktur, zur Finanzierung und zu den Problemen des österreichischen Gesundheitswesens. Grundlegende Reformen benötigen die Zusammenarbeit aller AkteurInnen – von Bund, Ländern, Sozialversicherung. Mit der Einführung der gemeinsamen Zielsteuerung im Gesundheitswesen durch die Gesundheitsreform von 2012 wurde ein erster Schritt gesetzt. Diese Zusammenarbeit muss weiter ausgebaut werden, durch konstruktive Gespräche über gemeinsame Planungen und Finanzierungen im Gesundheitswesen.

Unabhängig von dieser **grundsätzlichen Reformorientierung** definiert die AN-Kurie Handlungsfelder, in denen Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens bis Ende 2024 vorgestellt werden. Im Jahr 2025 endet die erste Funktionsperiode der ÖGK. Die Leistungsfähigkeit der ÖGK wird sich dann auch daran messen lassen müssen, ob sie abseits der organisatorischen Zusammenlegung auch inhaltliche Weiterentwicklungen auf den Weg gebracht hat. Die demokratisch legitimierte Selbstverwaltung der Versicherten ist durch den Umbau der Sozialversicherung („SV-OG“) in eine Schiefelage geraten und muss dringend repariert werden.

Die 8 Handlungsfelder

- 1. Ärztliche und unterstützende Versorgung** Seite 4
- 2. Versorgung mit Medikamenten, Impfungen und Heilbehelfen** Seite 10
- 3. Therapeutische Versorgung durch die diplomierten Gesundheitsberufe** Seite 14
- 4. Versorgungs- und Beratungsqualität** Seite 18
- 5. Digitalisierung** Seite 27
- 6. Versorgung in Spitälern** Seite 31
- 7. Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention** Seite 33
- 8. Finanzierung der Gesundheitsversorgung** Seite 40

1. Ärztliche und unterstützende Versorgung

Auf einen Blick: Beste hausärztliche Versorgung für die PatientInnen gewährleisten, Ausbau der Primärversorgung forcieren, neue Ausbildung zum/zur AllgemeinmedizinerIn auf den Weg bringen, ausreichende Zahl an Ausbildungsplätzen für angehende AllgemeinmedizinerInnen gewährleisten.

Die Allgemeinmedizin und die Primärversorgung ist die Königsdisziplin in der gesamten ärztlichen Versorgung. Der Familienarzt/die Familienärztin kennt im Idealfall die ganze Familie, deren sozio-ökonomisches Umfeld, die Arbeits- und Lebenssituationen der Menschen.

Aber die hausärztliche Versorgung steht vor großen Herausforderungen

- Arztlastigkeit des Systems,
- Nachwuchsmangel bzw. schwindende Menge an BewerberInnen für Kassenstellen
- hohe Anzahl an Pensionierungen, damit verbunden unbesetzte Stellen,
- teilweise überlastete ÄrztInnen,
- ungenügende Versorgung für PatientInnen,
- Abwanderung von ÄrztInnen in den Wahlarztbereich.

Die Gründe dafür sind vielfältig und brauchen ein Maßnahmenbündel, um den Herausforderungen gerecht zu werden. Im niedergelassenen Bereich wurde in den letzten Jahrzehnten ein Fokus auf den Ausbau der

fachärztlichen Versorgung gelegt, jetzt ist es wieder an der Zeit, den Fokus auf die Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin zu lenken.

Davon profitieren alle Versicherten, besonders jene in den ländlichen Regionen. Die Primärversorgung umfasst die Allgemeinmedizin gemeinsam mit den therapeutischen Gesundheitsberufen, der Pflege, der Sozialarbeit und sorgt dafür, dass zwischen Gesundheits- und Sozialbereich keine Lücken entstehen.

Der Fortschritt in der hausärztlichen Versorgung für die Versicherten wird durch verschiedene Zusammenarbeitsformen getragen, weil sie eine Rundum-Versorgung verbunden mit langen Öffnungszeiten auch an den Tagesrandzeiten gewährleisten. In diesem Bereich können 70 % der PatientInnen abschließend behandelt werden. Um den Ausbau der Primärversorgung beschleunigen zu können, ist auch eine Einschränkung der Vetorechte der Ärztekammer notwendig, weil die Ärztekammer als Interessenvertretung der Ärzteschaft nicht vorrangig die PatientInneninteressen im Fokus hat. Die Ärztekammer „schützt“ vielmehr die Interessen bestehender VertragsärztInnen, indem sie den Ausbau der Primärversorgung blockiert. Wir wollen aber die niedergelassene Versorgung verbessern. Die Coronakrise zeigte zudem die Notwendigkeiten beim Ordinationsmanagement und der Telemedizin auf.

Handlungsfelder bis 2025

1.1 Nachwuchs sichern und eigene Ausbildungsschiene für HausärztInnen aufbauen

Auf einen Blick: Studienplätze für AllgemeinmedizinerInnen reservieren mit Ausbildungsplätzen und Arbeitsmöglichkeiten unmittelbar danach.

Die **gute regionale hausärztliche Versorgung** ist das Rückgrat unserer Gesundheitslandschaft. In den letzten Jahren gab es für freie Hausarztstellen immer weniger BewerberInnen, für manche Stellen, besonders in ländlichen Gegenden, ist es besonders schwer, geeignete KandidatInnen zu finden. Die Gründe dafür sind vielfältig.

Der Nachwuchsmangel bei den HausärztInnen fängt in der Ausbildung an: Von der rigiden und wenig hausarztfreundlichen Zulassung zum Medizinstudium über die fehlende praktische Ausbildung direkt im niedergelassenen Bereich bis zu früh einsetzenden Spezialisierungen, die die Wahl einer fachärztlichen Ausbildung fördern.

Wir wollen deshalb den HausärztInnen-Nachwuchs sichern und eine **neue Ausbildung zum/zur AllgemeinmedizinerIn** einrichten. Dies ist natürlich nicht die Kompetenz der Sozialversicherung. Da aber die Versicherten die Folgen dieser suboptimalen Ausbildungssituation zu

tragen haben, ist es die Aufgabe der ÖGK, eine Reform der Ausbildung durch Diskussion und Dialog voranzutreiben. Wir wollen Gespräche aufnehmen, um rasch einen eigenen Unizugang für jene Menschen zu erreichen, die zu Beginn des Studiums schon wissen, dass sie AllgemeinmedizinerInnen werden wollen.

Für diese jungen AllgemeinmedizinerInnen soll es eigene, vorrangige Medizinstudienplätze mit Auflagen geben.

In einem mehrstufigen Auswahlverfahren werden die besten HausärztInnen von morgen ausgewählt. Mit dem Aufnahmetest inkl. Test für soziale Kompetenzen, Einbeziehung von Vorerfahrungen, z.B. pflegerische Ausbildung/Tätigkeit oder ehrenamtliche Tätigkeit im Gesundheitsbereich, und Endauswahl mit geblindeter Jury aus aktuell tätigen AllgemeinmedizinerInnen soll die beste Auswahl getroffen werden.

Die StudentInnen verpflichten sich dafür, nach dem abgeschlossenen Studium für einen bestimmten Zeitraum im öffentlichen Gesundheitssystem, vorrangig als HausärztInnen in unterversorgten Regionen, zu arbeiten. In Deutschland ist dieses Modell schon als „Landarztquote“ erfolgreich im Laufenden und der Andrang seitens der StudentInnen groß. Im Universitätsgesetz gibt es neuerdings einen Passus, der gewidmete Studienplätze im öffentlichen Interesse ermöglicht, der Prozess für eine gute Abwicklung in Österreich

ist jedoch noch ausständig. Wir laden den Gesundheits- und den Bildungsminister ein, sich das Konzept aus Deutschland gemeinsam mit uns genauer anzusehen und für Österreich zu adaptieren.

Für die StudentInnen muss eine ausreichende Zahl an Ausbildungsplätzen in den Krankenanstalten bzw. bei AllgemeinmedizinerInnen gewährleistet und angeboten werden.

1.2. Mehr Teamwork und bessere Arbeitsbedingungen fördern

Auf einen Blick: Verträge mit ÄrztInnen flexibler gestalten, WahlärztInnen Verträge anbieten, Übergabe-Ordinationen und Primärversorgungs-Einheiten überall anbieten und bei der Versorgung alle Gesundheitsberufe mitdenken.

Nur wenn die Arbeitsbedingungen passen, werden sich junge MedizinerInnen auf die Übernahme von Hausarztstellen einlassen. Um für die heutige neue ÄrztInnengeneration attraktive Arbeitsbedingungen anbieten zu können, müssen die Möglichkeiten der **vertraglichen Zusammenarbeitsformen**, die von der ÖGK standardmäßig in allen Bundesländern angeboten werden, noch weiter **ausgebaut werden**. Es gibt jetzt schon in den Bundesländern bis zu 23 unterschiedliche gute Zusammenarbeitsformen, die nun in allen Regionen mit geringen Hürden zugänglich gemacht werden sollen.

Beispiele bestehender Zusammenarbeits-Möglichkeiten in den Bundesländern sind:

- Anstellung von ÄrztInnen bei ÄrztInnen,
- Gruppenpraxen-Verträge (unterschiedlichste nach Bedürfnissen angepasste Gruppenpraxis-Verträge)
- Jobsharing-Modelle (z.B. saisonales Jobsharing),
- Möglichkeit von geteilten Stellen,
- erweiterte Stellvertretungen,
- Primärversorgungs-Netzwerke und Zentren

Diese Maßnahmen sind auch ein Angebot an WahlärztInnen, in das öffentliche System einzusteigen und versorgungswirksamer zu werden. Dabei spielt auch der Ausbau von Teilzeit-Angeboten eine große Rolle.

Es soll flächendeckend auch das **Angebot von Übergabepaxen** geben, die absehbare, kommende Pensionierungen abfedern und einen Wissenstransfer in der parallelen Vertragszeit mit dem jungen Arzt/der jungen Ärztin gewährleisten. Eventuell kann diese Form durch ein strukturiertes Mentoring-Programm zwischen dem erfahrenen Vertragspartner und dem Jung-Vertragspartner noch weiter gestärkt werden. Zentral für junge ÄrztInnen ist neben dem Austausch mit anderen ÄrztInnen die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und damit eine moderne Arbeitsteilung.

1. Ärztliche und unterstützende Versorgung

Die **Primärversorgungseinheiten (PVE)** müssen durch verbesserte Rahmenbedingungen attraktiver werden. Dies betrifft die Honorierung ebenso wie gesellschaftsrechtliche Regelungen und die Einbindungsmöglichkeiten von Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Physiotherapie, Diätologie und anderen Gesundheitsberufen. Diese Zusammenarbeitsformen bringen für die Versicherten verbesserte Öffnungszeiten und eine qualitativ hochwertige Versorgung – und das sind die Hauptwünsche der Versicherten. Hier gibt es bereits sehr attraktive Angebote der Sozialversicherung, die in allen Bundesländern gemeinsam mit den Ärztekammern für die angehenden PVE umgesetzt werden sollen, außerdem wurde mittlerweile ein Fördertopf mit 100 Mio. Euro aus EU-Fördergeldern für den Ausbau der Primärversorgung aufgelegt.

Zu einer besseren Kultur der Vertragspartnerschaft mit den unterschiedlichen Vertragspartner-Berufsgruppen, um die **Bewerbung der Vertragspartnerschaft** allgemein und das spezielle **Recruiting** für die Vertragspartnerschaft weiter zu professionalisieren, soll ein „**Service-Center Vertragspartnerschaft**“ eingerichtet werden. Das „Service-Center Vertragspartnerschaft“ soll Ansprechstelle für potentielle VertragspartnerInnen sein und gemeinsam mit neuen VertragspartnerInnen die Möglichkeiten der Zusammenarbeit ausloten

und Lösungen im Sinne einer guten Versorgung für unsere Versicherten finden und realisieren. Die Möglichkeiten für flexible Vertragslösungen sollten über die bisherigen hinaus weiter ausgebaut werden, bis hin zu Modellen, bei denen ÄrztInnen oder anderen Gesundheitsberufen jedes betriebswirtschaftliche Risiko und alle organisatorischen Notwendigkeiten auf Ordinationsseite abgenommen werden, damit sie darin tätig sein können, wofür sie ausgebildet wurden.

Parallel dazu ist eine **Aufwertung der gehobenen Pflege** und ein verstärkter Einsatz anderer Gesundheitsberufe umzusetzen, wobei auch eigene Vertragspartner-Lösungen mit Pflegekräften ermöglicht werden sollten. Das betrifft insbesondere Tätigkeiten, die schon bisher in bewährter Weise von der Pflege durchgeführt wurden. So können sich ÄrztInnen mehr Zeit für PatientInnen nehmen und sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren. Weiters können Wartezeiten reduziert werden.

1.3. Moderne pauschalere Honorierung einführen und Qualitätssystem fixieren

Auf einen Blick: Honorierung muss modernisiert werden, Behandlungsqualität statt Einzelleistungen, einheitlicher Leistungskatalog österreichweit, Einschreibemodell als Pilotprojekt.

Die Bezahlung ist immer ein wichtiger Punkt für die Attraktivität einer Stelle. Moderne Gesundheitsdienstleistungen benötigen eine moderne Form der Bezahlung. Derzeit gibt es neun unterschiedliche Ärzteverträge in der ÖGK. In der Coronakrise haben wir gesehen, dass die Abhängigkeit der ÄrztInnen in den Ordinationen von der Menge der PatientInnen und der Anzahl an erbrachten Leistungen sehr groß ist.

Diese **Abhängigkeit der Honorierung von der Mengenausweitung** hat auch in Normalzeiten negative Auswirkungen, sowohl für unsere Versicherten als auch für die VertragsärztInnen: Die VertragsärztInnen sind bei einem Vergütungssystem nach Einzelleistungen fast „gezwungen“, möglichst viele Leistungen zu erbringen, um ein angemessenes Einkommen zu erzielen (Stichwort „Hamsterrad“), die PatientInnen bekommen viele Einzelleistungen, aber nicht die Zeit, die sie sich vom Vertragsarzt/der Vertragsärztin erwarten.

Wir wollen durch eine Modernisierung der Honorierung der selbständigen VertragspartnerInnen eine Verbesserung der Qualität der Versorgung schaffen. Vor allem die **kontinuierliche Betreuung von chronisch kranken Versicherten** könnte durch eine pauschale Abgeltung von Betreuungspaketen einen qualitativen Quantensprung machen und gleichzeitig krisenfest gemacht werden. Ein Ausbau von

pauschalieren Honorierungsmodellen würde dazu beitragen, dass mehr Zeit für den Patienten/die Patientin zur Verfügung steht, der/die dies braucht, vor allem, wenn die Pauschalen z.B. nach Alter und chronischer Erkrankung gestaffelt werden.

Das moderne Honorierungssystem soll Anreize für junge ÄrztInnen setzen, eine Kassenstelle zu übernehmen und Vorteile für die Versicherten bringen, für die eine qualitativ hochwertige Versorgung gesichert ist. Die neuen Honorierungs-Modelle, die auch **bürokratische Belastungen** weitgehend **abbauen** bzw. reduzieren, sollen gemeinsam mit den ÄrztInnen entwickelt und in Form eines neuen Gesamtvertrags umgesetzt werden. Begleitend dazu ist ein **wirkungsvolles und unabhängiges Qualitätsmonitoring** zu schaffen.

Neben der pauschaleren Honorierung soll es, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, einen einheitlichen Leistungskatalog für ganz Österreich geben. Die ArbeitnehmerInnenkurie strebt dabei selbstverständlich in der ÖGK einen **einheitlichen Leistungskatalog** als Basis für verbindliche Versorgungsaufträge der VertragsärztInnen an. Dieser soll die für die Versicherten besten Elemente der bisherigen neun Leistungskataloge übernehmen und zu einem österreichweit einheitlichen und verbesserten Leistungsniveau führen.

Wir wollen die Chance eines neuen einheitlichen Leistungskataloges/

Versorgungsauftrages aber nicht nur für eine Vereinheitlichung der Leistungen, sondern für einen echten Innovationsschub nutzen. Im Zuge der Verhandlungen über den neuen Leistungskatalog sollen auch die Services für die Versicherten durch die VertragspartnerInnen den Anforderungen und Standards des 21. Jahrhunderts angepasst werden: Das betrifft Mindestöffnungszeiten, Abdeckung der Randzeiten, Terminmanagement, Zusammenarbeitsformen, Erfassung von Wartezeiten, Qualitätssicherung, Diagnosecodierung nach ICD-10 bzw. ICPC2, laufende Evaluierung der Versorgungsqualität, hochwertige Betreuung chronisch Kranker, mehr Flexibilität und Agilität in der regionalen und inhaltlichen Anpassung der Versorgung an den sich ändernden Bedarf, Zurückdrängung des „kassenfreien Raums“, klare Versorgungsaufträge. Darüber hinaus bleibt das Problem, dass es nach wie vor unterschiedliche Leistungen und Honorare zwischen der ÖGK und den anderen Krankenversicherungsträgern gibt. Perspektivisch muss es auch zwischen den verbleibenden KV-TrägerInnen eine Angleichung der Leistungen geben.

Die Corona-Zeit hat gezeigt, dass manche Abläufe in den Kassenordinationen angepasst werden mussten, was von unseren VertragspartnerInnen konstruktiv angegangen wurde. Um diese Qualitätsanpassungen langfristig für die Versicherten zu sichern, zu festigen und auszu-

bauen, sollte gemeinsam mit der Umstellung der Honorierung auf stärkere pauschale Anteile ein umfassendes Qualitätssystem integriert werden.

So kann im niedergelassenen Bereich der Innovationsschub der letzten Monate beibehalten werden. Zu den wichtigsten Qualitätsansprüchen der Versicherten zählen das verbesserte Terminmanagement für kürzere Wartezeiten, ein an das Infektionsgeschehen angepasstes Ordinations- und PatientInnen-Management, Beibehaltung der sicheren telemedizinischen Möglichkeiten inklusive IT-Sicherheitskonzept für die Versicherten. Eine auch in Krisenzeiten gesicherte Betreuung für Risikogruppen, besonders chronisch Kranke, sollte mittels Disease-Management-Programmen (DMP) als Standard in den Kassenordinationen Einzug halten. Beim Aufbau des umfassenden Qualitätssystems sollten jedenfalls internationale Best-Practice-Modelle innovativ adaptiert werden.

Um eine noch bessere Arzt-Patientenbeziehung zu fördern, soll ein Einschreibemodell als Pilotprojekt entwickelt werden, in dem sich der Patient/die Patientin freiwillig und ohne Sanktionen verpflichtet, für einen bestimmten Zeitraum (mind. 6 Monate) bei einem medizinischen Problem immer zu allererst den Allgemeinmediziner/die Allgemeinmedizinerin aufzusuchen und die Versorgungsebene (Facharzt/Fach-

1. Ärztliche und unterstützende Versorgung

ärztin, Spitalsambulanz...) nur auf Empfehlung des Allgemeinmediziners/der Allgemeinmedizinerin zu wechseln (Ausnahme natürlich bei Notfällen).

Das bringt auch für die PatientInnen mehr Versorgungsqualität, kürzere Wartezeiten und eine effizientere Behandlung. Natürlich muss bei dem **Einschreibemodell die Versorgungsqualität** im niedergelassenen Bereich als Voraussetzung gegeben sein, es in jeder Versorgungsebene für den Patienten/die Patientin Wahlfreiheit der behandelnden ÄrztInnen geben und eine Versorgung im zumutbaren (örtlichen) Umfeld sichergestellt sein.

1.4. Fokussierung auf Ausbau der Primärversorgung und hausärztlichen Versorgung

Auf einen Blick: Umsetzung der Vorgabe der bundesweiten Gesundheits-Zielsteuerung beim Ausbau der Primärversorgungseinheiten

Die Modernisierung der Primärversorgung in der regionalen hausärztlichen Versorgung muss weiter ausgerollt werden, auch wenn sich durch den Umbau der Sozialversicherung viele Projektumsetzungen stark verzögert haben. Primärversorgungseinheiten und -Netzwerke in allen Bundesländern schaffen innovative Zusammenarbeitsformen aller Gesundheitsberufe, die als

Sachleistung für die Versicherten zugänglich sind.

Die in der **Bundeszielsteuerung** beschlossenen Zielsetzungen müssen ins **Zentrum der Bemühungen** rücken und der zuständige Fachbereich muss mit genügend Personal ausgestattet werden, damit dieses Feld intensiv bespielt werden kann. Es geht hier um klassische Bewerbung, Gesprächsführung mit potentiell interessierten ÄrztInnen, Vortragstätigkeit, gemeinsame Projektvorbereitung und -umsetzung. In der Aufbauphase braucht es eine verstärkte Serviceorientierung hinsichtlich der neuen VertragspartnerInnen, die sich in die Pionierrolle begeben. Fragen der Finanzierung müssen gemeinsam mit den Bundesländern gelöst werden, wie das in der 15a-Vereinbarung festgeschrieben ist.

Mit starker Unterstützung der Stadt Wien konnte für die Bundeshauptstadt beispielsweise ein abgestufter Rollout-Plan mit Ausschreibung von insgesamt 36 Primärversorgungseinheiten bis 2025 fixiert werden. In Zukunft soll die ÖGK auch eigene Primärversorgungseinheiten einrichten und generell die Weiterentwicklung der Eigenen Einrichtungen vorantreiben.

1.5. Gestärkte Versorgungssicherheit durch All-in bei den Krankenkassenverträgen durchsetzen

Auf einen Blick: Kassenarzt-Stellen immer mit allen Krankenkassen.

Derzeit ist es für ÄrztInnen möglich, nur mit **einzelnen Krankenkassen** einen Einzelvertrag abzuschließen. Oft werden diese vertraglichen Verbindungen selektiv nur mit den „kleinen, reichen“ Kassen mit höheren Tarifen abgeschlossen.

Oder der/die ÄrztIn schließt mit allen Kassen einen Einzelvertrag ab und kündigt nach einer bestimmten Zeit nur den Vertrag mit der ÖGK. Aufgrund der Stellenplan-Konstruktion kann in der Folge nur ein Vertrag für die ÖGK-PatientInnen ausgeschrieben werden, was jedoch im Vergleich zu einer All-in-Kassenstelle finanziell unattraktiver ist. Deshalb sollen die Möglichkeiten für selektive Vertragsabschlüsse oder -kündigungen im Sinne der Versorgungssicherheit für die ÖGK-Versicherten eingeschränkt werden.

1.6. Neuordnung des Wahlarzt-systems etablieren

Auf einen Blick: Weitere Privatisierung des Gesundheitssystems stoppen, Kassenmedizin für alle niederschwellig und wohnortnah zur Verfügung stellen, Regulierung des Wahlarzt-Systems und der Privatmedizin für einen Vorrang des öffentlichen Gesundheitssystems beim Ressourceneinsatz

Auch wenn WahlärztInnen natürlich weitaus weniger versorgungswirksam sind als VertragsärztInnen, so wirft die ständig steigende Anzahl an WahlärztInnen Fragen zur Wirksamkeit des niederschweligen Sachleistungssystems (verkörpert durch die ÄrztInnen im Krankenhaus und die niedergelassenen VertragsärztInnen) auf. Die wahlärztlichen Ressourcen fehlen nämlich sowohl bei den Diensten im Krankenhaus als auch bei extramuralen Stellenbesetzungen.

Es braucht daher eine mit dem Bund und den Ländern abgestimmte „Wahlarztstrategie“, die das Sachleistungssystem stärkt bzw. seine Aushöhlung durch (nicht versorgungswirksame) WahlärztInnen verhindert. Grundsätzlich kommen dafür zwei Stoßrichtungen in Frage, die beide einer gesetzlichen Änderung bedürfen:

Möglichkeit A) Es wird - ähnlich wie in Deutschland - ein prinzipieller Anspruch eines Arztes/einer

Ärztin auf einen Kassenvertrag eingeräumt, sodass sich das Sachleistungsangebot im niedergelassenen Bereich erheblich erhöht und sich die Inanspruchnahme von WahlärztInnen erübrigt bzw. auf wenige definierte Fallkonstellationen beschränkt. Ein Arzt/eine Ärztin, der/die im niedergelassenen Bereich arbeiten will, kann dies - wenn er/sie die für VertragsärztInnen geltenden Bedingungen erfüllt (Versorgungsauftrag qualitativ und quantitativ, Qualitätsansprüche, Akzeptanz der Vertragstarife usw.) - dann grundsätzlich als Vertragsarzt/ärztin tun; will er/sie das nicht, kann er/sie nur als Privatarzt/ärztin tätig werden. Ähnlich wie in Deutschland muss bei so einem System sichergestellt werden, dass es eine regional zielführende Versorgungsplanung gibt. Ein Teil der Mehrkosten, die durch eine solche Ausweitung der vertragsärztlichen Versorgung zwangsläufig anfallen, könnte durch wegfallende Ausgaben im Bereich der Kostenerstattung gegenfinanziert werden. In dieser Konstellation werden mehr

ärztliche Ressourcen für die Versicherten versorgungswirksam. Für Regionen, die trotzdem unter einem Versorgungs-Soll-Wert bei der Ärzteversorgung liegen, soll es spezielle Fördermaßnahmen geben.

Möglichkeit B) ÄrztInnen, die als WahlärztInnen mit Kostenerstattung für ihre PatientInnen tätig sein wollen, sollen in Zukunft bestimmte, vorweg definierte Pflichten übernehmen (z.B. Anbindung an E-card-System und E-Rezept, Mindest-Öffnungszeiten, Teilnahme an den eingerichteten Bereitschaftsdiensten, Mitwirkung an öffentlichen Impfprogrammen, Einhaltung von Ökonomiegebots bei der Medikation, elektronische Weiterleitung der saldierten Honorarnoten ihrer PatientInnen an die Kassen, wenn die PatientInnen das wünschen, usw.). Sind sie dazu nicht bereit, können sie im niedergelassenen Bereich nur als PrivatärztInnen (also ohne Kostenerstattung für ihre PatientInnen) tätig werden.



2. Versorgung mit Medikamenten, Impfungen und Heilbehelfen

Die Zuständigkeiten und die Finanzierung sind bei der Versorgung mit Medikamenten, Impfungen und Heilbehelfen sehr stark zersplittert und segmentiert. Das darf für die Versicherten keine Nachteile in der Versorgungsqualität bringen. In allen Versorgungsbereichen sollte deshalb dazu übergegangen werden, die Finanzierung bzw. Honorierung auf die Erledigung von Leistungsbündeln umzustellen. Für die Versicherten sollte dadurch der Zugang zu den Leistungen massiv vereinfacht werden. Für die Versicherten entsteht so ein One-Stop-Shop, der die Serviceleistung unbürokratisch zur Verfügung stellt. Die Finanzierung der jeweiligen Leistung wird im Hintergrund zwischen den Institutionen geregelt.

Die Versorgungssicherheit mit Medikamenten ist durch geeignete Maßnahmen der Bundesregierung und der Europäischen Union sicherzustellen.

Eine zu begrüßende Rückführung der Produktion von Medikamenten, Impfstoffen und Wirkstoffen nach Europa darf sich aber nicht auf den Medikamentenpreis für die Versicherten auswirken. Die Ansiedelung und der Betrieb von Arzneimittelproduktion in Österreich soll durch entsprechende Wirtschafts- und Forschungsförderungsprogramme erreicht werden, wodurch eine Abwälzung der teureren Produktionskosten auf die Versicherten verhindert wird.

Die Umstellung von Markenverschreibungen hin zu Wirkstoffverschreibungen würde zudem die Flexibilität bei Versorgungsengpässen bei bestimmten Herstellern erhöhen und der Patient/die Patientin könnte immer mit dem für ihn/sie notwendigen Wirkstoff versorgt werden.

Handlungsfelder bis 2025

2.1. Impfprogramme österreichweit gemeinsam organisieren und finanzieren

Auf einen Blick: Die ÖGK könnte die Durchführung der Impfungen übernehmen, sofern der Bund Kostenersatz leistet.

Impfungen sind laut Gesetz keine gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung, sondern eine staatliche Maßnahme der öffentlichen Gesundheitsvorsorge. Derzeit gibt es in Österreich ein für die Versicherten kostenloses Kinder-Impfprogramm (das von Bund, Ländern und Sozialversicherung gemeinsam finanziert wird). Alle anderen Vorsorge-Impfungen sind im Wesentlichen privat zu finanzieren, in manchen Fällen gibt es Zuschüsse der Länder oder der Krankenversicherungen. Diese Situation ist generell nicht optimal, eine Modernisierung des Impfwesens ist dringend nötig.

Österreich weist im europäischen Vergleich durchwegs sehr **niedrige Durchimpfungsraten** in gesundheitspolitisch zentralen Themen-

stellungen aus. Unser Land liegt bei den Impfquoten laut OECD-Vergleichen sowohl bei den Diphtherie- und Tetanus- als auch bei den Influenza-Impfungen teilweise weit hinter vergleichbaren Ländern zurück. Ein wesentlicher Grund dafür: Dem Thema Impfen wurde bisher in Österreich nicht genug Beachtung geschenkt. Es gibt kaum klare Zuständigkeiten, keine tragfähigen Finanzierungslösungen, und schon gar keine österreichweit einheitlichen Angebote. Anstelle flächendeckender Impfprogramme bestehen meist nur Empfehlungskataloge – die empfohlenen Impfungen müssen sich die Menschen in der Folge oft sehr teuer und mühsam als Privatleistungen besorgen. Kaum verwunderlich, dass so kein wirksamer Gesundheitsschutz für die Bevölkerung entsteht.

Hohe Impfquoten, so zeigt der internationale Vergleich, lassen sich mit einem **niederschwelligen Zugang** und flächendeckenden, möglichst **kostenlosen Impfprogrammen** erreichen. Maßnahmen-Empfehlungen für Verbesserungen hierzu liegen schon seit Jahren seitens der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) vor.

Öffentliche Impfprogramme fallen in die Zuständigkeit der öffentlichen Gesundheitsbehörden, also Bund und Länder. Die Krankenversicherung hat bislang keinen gesetzlichen Auftrag in diesem Themenfeld, das ASVG sieht Impfungen nicht als Kassenleistungen. Die bisherige

Geschichte, aber insbesondere die COVID 19-Pandemie haben gezeigt: Es braucht eine zentrale, starke Institution, die sich dieses Themas annimmt und für die Bevölkerung ein umfassendes Impfprogramm zur Verfügung stellt: Mit kostenlosen, einfach zu nutzenden Impfangeboten, mit Anbindung an den e-Impfpass und Services wie Erinnerung-Nachrichten zur Auffrischung oder zum Nachholen verpasster Impftermine.

Diese Rolle soll die **soziale Krankenversicherung**, insbesondere die ÖGK, wahrnehmen. Dafür braucht es aber ein dauerhaftes Modell mit einem **klaren gesetzlichen Auftrag**, klaren Zuständigkeiten und einer bundesweiten Steuerung. Zudem ist die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen, wie z.B. Regelungen zum Berufsrecht, erforderlich. Darüber hinaus braucht es eine klare Finanzierungslösung – wobei jedem in evidenzbasierte Impfungen investierten Euro ein vielfacher volkswirtschaftlicher Nutzen gegenübersteht. Selbstverständlich muss ein öffentliches Impfprogramm höchsten wissenschaftlichen Ansprüchen genügen: Ein hochrangiges und interdisziplinäres ExpertInnen-gremium soll die konkreten, vom Programm umfassten Impfangebote festlegen, Sicherheit, Wirksamkeit, gesundheitskompetente Aufklärung usw. begleiten.

Um die Voraussetzungen für die Übernahme des **Nationalen Impf-**

plans in das Leistungsportfolio der ÖGK zu schaffen, muss der Bund die ÖGK dafür mit den **entsprechenden Geldmitteln ausstatten**.

Dazu soll es Gespräche mit Bund und Ländern geben, spätestens im Rahmen der nächsten 15a-Verhandlungen, um zentrale Impfprogramme v.a. für Risikogruppen öffentlich und gemeinsam zu finanzieren.

Impfen darf in Österreich nicht weiter eine Frage des Einkommens sein, im Gegenteil: Alle Menschen in Österreich sollen Anspruch auf einen zeitgemäßen Gesundheitsschutz nach internationalen medizinischen Standards haben. Und ganz besonderen Schutz verdienen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die im Rahmen der Pandemie gezeigt haben, wie wenig in diesem Land ohne sie geht: Von den KollegInnen im Lebensmittelhandel über die Pflege bis hin zur Post und dem Reinigungspersonal.

Kurzfristig fordert die ArbeitnehmerInnenkurie eine Neu-Organisation der Influenza-Impfung. Diese Impfung muss österreichweit für Risikogruppen kostenlos oder mit einem äußerst geringen Selbstbehalt angeboten werden. Als Risikogruppen gelten medizinisch gesehen Menschen ab 50 sowie viele chronisch Kranke. Fünf Bundesländer (Wien, NÖ, OÖ, Ktn., Sbg.) hatten bereits Modelle, bei denen die Influenza-Impfung über die ÖGK für definierte Risikogruppen, teilweise mit einem Selbstbehalt, finanziert wurde.

2.2. Medikamente gemeinsam günstig einkaufen und am „Best Point of Service“ abgeben

Auf einen Blick: Krankenhausbereich und niedergelassener Bereich kaufen gemeinsam Medikamente ein.

Durch die zumindest 10 unterschiedlichen öffentlichen Stellen, die **Medikamente einkaufen** und bezahlen (9 Krankenanstaltengesellschaften und die SV) kommt es mutmaßlich zu finanziellen Nachteilen im Gesamtsystem. So kommt es bei teuren Medikamenten im Spital zu hohen Rabattierungen, die dann der niedergelassene Bereich, also die Sozialversicherung, wieder ausgleichen muss.

Durch **gemeinsame große Einkäufe** können gute, günstige Preise flächendeckend realisiert werden, die bisherigen Nachteile vermieden werden und die Versorgungsplanung mit Medikamenten besser gesteuert werden. Wir können stolz darauf sein, in einem Land zu leben, in dem wir uns eine (einmalig nötige) medikamentöse Behandlung, die rund 2 Mio. Euro kostet, für ein 4 Monate altes Kind mit einer seltenen Erkrankung leisten können. Wir hoffen, dass derartige, oft genetisch bedingte, Erkrankungen in Zukunft vermehrt heilbar sind. Wir müssen diese teuren Behandlungen aber auch langfristig finanzieren können. Der große Vorteil für die PatientInnen ist, dass sie nicht mehr aus

2. Versorgung mit Medikamenten, Impfungen und Heilbehelfen

Kostengründen von der Spitalsversorgung in die niedergelassene Versorgung und umgekehrt verschoben werden. In Zukunft können diese Entscheidungen dann ausschließlich nach medizinischen und wissenschaftlichen Kriterien erfolgen.

2.3. Mehr Lebensqualität durch einen besseren Blick auf die benötigten Medikamente

Auf einen Blick: Multi-Medikamentenverschreibungen (Polypharmazie) durch technische Mittel besser aussteuern, um Nebenwirkungen zu verringern.

Bei Medikamenten gilt oft: „Weniger ist mehr“, besonders, wenn

man regelmäßig mehr als 5 Medikamente nebeneinander einnimmt. Nach aktuellen Studien gibt es ab 10 verschiedenen Wirkstoffen eine 90-prozentige Wahrscheinlichkeit von Arzneimittelinteraktionen, wobei nicht jede davon auch problematisch sein muss. Im aktuellen Monitoring-Bericht der Zielsteuerung ist ersichtlich, dass viele Menschen (203 je 1000 Versicherte ab 70 Jahren) eine große Menge an Medikamenten nebeneinander einnehmen müssen. Gerade bei Menschen mit mehreren Krankheiten und vielen unterschiedlichen behandelnden ÄrztInnen ist die Übersichtlichkeit derzeit gering und die Problemlage groß. Wenn die Zusammensetzung der Medikamentenlisten über die

bekanntesten Wechselwirkungen regelmäßig überprüft und angepasst wird, dann können viel mehr Lebensqualität besonders für unsere älteren Versicherten erreicht und unerwünschte Arzneimittelinteraktionen verhindert werden.

Das Pilotprojekt „**Polypharmazieboard**“ in Kärnten hat klar gezeigt, dass es einen großen Handlungsbedarf in diesem Bereich gibt. So wurden bei 274 patientInnenbezogenen Medikationsanalysen im Schnitt 7 arzneimittelbezogene Probleme pro Patient/Patientin entdeckt. Dabei gab es die meisten Probleme im Zusammenhang mit Indikationen (Arzneimittel für Indikation ungeeignet oder kein Arzneimittel trotz

klarer Indikation), in vielen Fällen aber auch Über- oder Unterdosierungen. Im Mittel konnten die Medikamente pro PatientIn von 13 auf 11 reduziert werden. Es wird daher der bundesweite Einsatz von Polypharmazieboards im stationären Bereich gefordert. In Alters- und Pflegeheimen sollen Projekte wie „Gemed“ flächendeckend umgesetzt werden.

Im **niedergelassenen Bereich** sollten die vorhandenen **technischen Lösungen** genutzt werden, wobei ab Einnahme von über 5 Medikamenten ein automatischer Warnhinweis bei den behandelnden ÄrztInnen und in Apotheken dazu führen soll, dass die Medikation überprüft wird und die PatientInnen ein Beratungsgespräch zu ihrer Medikation als Leistung in Anspruch nehmen können. Bekannte Wechselwirkungen von Medikamenten können mittels eines Algorithmus automatisch erkannt werden. Hierfür ist die lückenlose E-Medikation Voraussetzung.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass es nicht von Rabatten oder Sponsorings abhängen darf, welches Medikament verschrieben wird. In Österreich werden nur 18,5 % der Zahlungen durch die Pharmaindustrie an die ÄrztInnen mit namentlicher Nennung of-

fengelegt, es besteht hier gesetzlich nur eine freiwillige Selbstverpflichtung. Genau in diesem sensiblen Bereich braucht es aber größtmögliche Transparenz. Sinnvoll wäre daher eine gesetzliche Verpflichtung zur namentlichen Offenlegung der Zahlungen und damit potentieller Interessenskonflikte. Die Regelung soll auch den Empfang von geldwerten Leistungen (z.B. bezahlte Kongressreisen u.ä.) umfassen.

Insgesamt wollen wir die Polypharmazie reduzieren, die Polyquote verbessern und Projekte wie „Gemed“ in Heimen umsetzen. Die E-Medikation soll lückenlos ausgebaut und für die Polypharmazie (Kontraindikationen) adaptiert werden.

2.4. Gemeinsame Abgabe von Heilbehelfen organisieren und Kostenbeteiligungen senken

Auf einen Blick: Eine gemeinsame Anlaufstelle (One-Stop-Shop) für Abgabe von diversen Medizinprodukten.

Die **Abgabe von Heilbehelfen und Hilfsmitteln** ist derzeit über viele Institutionen wie Land, Pensionsversicherung, Sozialministerium und Krankenversicherung verteilt. Durch diese zersplitterten Zuständigkeiten werden PatientInnen oft

im Kreis geschickt und haben einen langen Leidensweg hinter sich, bis sie zu den notwendigen Hilfsmitteln und Heilbehelfen wie Pflegebetten, Badelifter, orthopädischen Hilfsmitteln usw. kommen.

Wir wollen mit den anderen AkteurInnen in Gespräche eintreten, um eine One-Stop-Lösung für die Versicherten zu schaffen. In einigen Bundesländern gibt es schon Projekte, die eine gemeinsame Abgabe vorsehen. Diese Modelle wollen wir adaptieren und flächendeckend im Sinne unserer Versicherten ausrollen. Wir sind mit dieser Forderung nicht allein. Die gemeinsame Abgabe wurde bereits in diversen Regierungsprogrammen mehrfach gefordert, aber nie umgesetzt.

Durch die Effizienzsteigerungen bei der gemeinsamen Abgabe soll in ausgewählten Bereichen eine Senkung der Kostenbeteiligungen erfolgen, da auch nach der erfolgten Leistungsharmonisierung die Unterschiede hier teilweise noch sehr hoch sind. Selbstbehalte sind oft ein Hemmnis für wirtschaftlich schwache Personen, sich unbedingt nötige Hilfsmittel anzuschaffen. Dadurch können auch hohe Zusatzkosten im System entstehen.



3. Therapeutische Versorgung durch diplomierte Gesundheitsberufe

Die therapeutischen Leistungen sind wesentliche Bereiche der medizinischen Versorgung. Der Zugang zu kassenfinanzierten Therapien – egal, ob Physiotherapie, Logopädie oder Ergotherapie – sollte nach Drängen der Arbeitnehmer-VertreterInnen und Einführung von Sachleistungs-Stellenplänen in jedem Bundesland einfacher werden.

Auch die psychotherapeutische Versorgung auf Kassenkosten ist in jedem Bundesland unterschiedlich

stark ausgebaut und in manchen Bundesländern gibt es lange Wartezeiten und geringe kassenfinanzierte Versorgungskontingente. Auch hier muss der beschlossene Ausbau der Kassenversorgung und die Installation von serviceorientierten Clearingstellen für die Versicherten noch vollständig umgesetzt werden.

Integrierte Versorgungsmodelle sind die Zukunft. Dabei helfen außerhalb der Spitäler, beispielsweise in der Versorgung psychisch kranker Menschen, alle Berufsgruppen (Allge-

meinmedizin, Psychiatrie, Psychologie, PsychotherapeutInnen und Pflegekräfte) zusammen, um PatientInnen optimal zu betreuen und Spitalsaufenthalte zu minimieren.

Zur Entlastung der niedergelassenen ÄrztInnen und flächendeckenden therapeutischen und pflegerischen Versorgung der Versicherten sind weitere Gesundheits- und Pflegeberufe ins ASVG aufzunehmen (PsychologInnen, DiätologInnen, Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen etc.)



Handlungsfelder bis 2025

3.1. Psychotherapie auf Kassenkosten ausbauen und Zugang vereinfachen

Auf einen Blick: Mehr Versicherte in kassenfinanzierte Plätze bringen und mehr Berufsgruppen einbeziehen.

In der **psychotherapeutischen Versorgung** gibt es für unsere Versicherten derzeit noch **keine flächendeckende Sachleistungsversorgung**.

Psychische Erkrankungen haben in der Versorgung immer noch nicht den Status einer „normalen“ Krankheit, die therapeutisch behandelt werden muss. Es gibt stark eingeschränkte Kontingente mit teilweise rigiden Zugangsbeschränkungen. Wie eine aktuelle Studie der Universität Krems zeigt, sind in der Coronazeit die psychischen Belastungen, vor allem depressive und Angst-Symptome, angestiegen. Deshalb muss genau jetzt bei der Psychotherapie der nächste Schritt erfolgen, den Zugang zur Leistung zu öffnen und die Therapie auf Kassenkosten flächendeckend für unsere Versicherten zu etablieren. Ziel ist, dass ca. 1,23 % der Anspruchsberechtigten mit Psychotherapie auf Kassenkosten erreicht werden. Dieser Ausbau soll auf Basis bestehender Modelle erfolgen, mit einem starken Fokus auf die Steuerung und Priorisierung für die PatientInnen. Ein ös-

terreichisches Best-Practice-Modell beweist, dass mit den aktuellen Vertragspartner-Lösungen gute Modelle umsetzbar sind. Mit dem Salzburger Modell, das beispielgebend für einen Ausbau auf österreichischer Ebene ist, werden schon heute ca. 1,23 % der Anspruchsberechtigten auf Kassenkosten versorgt.

Für einen verbesserten Zugang zu Therapien sollen außerdem in ganz Österreich Clearingstellen als kundensorientierte Andockmöglichkeit für die PatientInnen geschaffen werden. Mit der Förderung von Clearingstellen, die es bereits in einzelnen Bundesländern gibt, wird es für die PatientInnen leichter, den/die richtige/n Psychotherapeuten/in für die eigenen Bedürfnisse zu finden. Da es bei der Psychotherapie um ein besonderes Vertrauensverhältnis geht, muss neben der Verfügbarkeit auch die Spezialisierung des/der Therapeuten/in und die Therapieform (Einzel- /Gruppentherapie) zum Krankheitsbild passen.

Im Dezember 2020 wurde auf Initiative der Arbeitnehmer-VertreterInnen der Ausbau der Psychotherapieversorgung inklusive Aufbau von Clearingstellen im Verwaltungsrat beschlossen, der bis Ende 2022 abgeschlossen sein soll. Das ergibt einen zusätzlichen Aufwand für die ÖGK von ca. 15 Mio. Euro pro Jahr. Dass sich ein Investment in die Psychotherapie rechnet, lässt sich in einem Rechnungshof-Bericht von 2019 nachlesen, der bestätigt,

dass mehr Psychotherapie auf Krankenschein weniger InvaliditätspensionistInnen aufgrund psychischer Probleme ergibt. Hier kann viel Leid bei unseren Versicherten verhindert werden.

Für eine allgemeine Verbesserung der psychosozialen Versorgung der Menschen ist es darüber hinaus notwendig, alle **Berufsgruppen**, die sich um das Thema psychosoziale Versorgung kümmern, in die **Versorgung mit aufzunehmen**. PsychologInnen müssen die Versorgung ergänzen bzw. in Teilbereichen übernehmen (wozu es allerdings noch eine gesetzliche Regelung braucht). Außerdem brauchen wir gerade für Kinder und Jugendliche ein flächendeckendes Netz an Kinder- und JugendpsychiaterInnen sowie multidisziplinäre psychosoziale Versorgungszentren. AllgemeinmedizinerInnen mit Psy-Diplom (Psychotherapieausbildung für ÄrztInnen) ergänzen das Angebot bereits jetzt.

Darüber hinaus soll die Psychotherapie-Ausbildung in Zukunft über öffentliche Universitäten erfolgen und das Wirrwarr bei den über 20 verschiedenen Psychotherapieschulen, ähnlich wie in anderen Ländern, eingedämmt werden. Die aktuell sehr teure Psychotherapie-Ausbildung über private Vereine bringt nur Nachteile für die Versicherten und AnwärterInnen. Nur Menschen mit relativ gutem finanziellem Background können sich

3. Therapeutische Versorgung durch diplomierte Gesundheitsberufe

diese Ausbildung leisten. Das führt zu einer sozialen Selektion bei den PsychotherapeutInnen. Mit einer öffentlichen Ausbildungsschiene kann dieses Problem gelöst werden. Die Psychotherapie-Ausbildung soll endlich kostenlos und qualitätsgesichert an staatlichen Unis angeboten werden, so wie das Psychologie-Studium. Das ist auch für die muttersprachliche psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung mit Migrations- oder Fluchthintergrund ein wichtiges Signal.

3.2. Flächendeckende Sachleistung bei therapeutischen Leistungen ausbauen

Auf einen Blick: Kassenverträge mit anderen Gesundheitsberu-

fen (z.B. Hebammen) ermöglichen.

Unsere Versicherten haben das Problem, dass der Zugang zu den Therapieleistungen in den Bundesländern sehr unterschiedlich ist. Auch in einer Anfrage der FSG (Fraktion Sozialdemokratischer GewerkschafterInnen) im Verwaltungsrat kommt klar heraus, dass die ÖGK von der Realisierung des gleichen Zugangs noch sehr weit entfernt ist.

Wir wollen deshalb einen **gleichen Zugang zu allen Therapieleistungen** wie Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, in ganz Österreich schaffen und eine flächendeckende Sachleistungsversorgung aufbauen. Im Bereich der Ergotherapie, Physio-

therapie und Logopädie wurde bereits ein bundeseinheitlicher Rahmenvertrag mit einem österreichweiten Stellenplan abgeschlossen, der zu einer Ausweitung der ergotherapeutischen Sachleistungsversorgung führen wird. Die beschlossenen Stellenpläne müssen nun noch besetzt und für alle Versicherten versorgungswirksam werden. Ziel muss hier insbesondere auch die Gewährleistung der effektiven und kostenlosen therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Sicherstellung, dass ausreichend Planstellen mit auf Kinder und Jugendliche spezialisierten TherapeutInnen vorgesehen und besetzt werden, sein. Zu diesem Zweck muss der Bedarf der Kinder und Jugendlichen nach diesen Therapien erhoben werden.

Einheitliche vertragliche Vereinbarungen sollen aber auch mit den **Hebammen** zügig in ganz Österreich mit gleichen Planungsvorgaben in allen Bundesländern realisiert werden. Bei diesen Vereinheitlichungen ist weiterhin eine möglichst versichertenfreundliche Lösung zu verfolgen, die eine gut ausgeprägte Sachleistungsversorgung für alle bringt.

Bei allen Berufsgruppen sollen, wie in manchen Bundesländern bereits üblich, auch Teilzeitverträge möglich werden, die innerhalb eines Stellenplans erfüllt werden.

3.3. Ausbau interdisziplinärer Versorgungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche

Die Behandlungsnotwendigkeiten bei Kindern haben sich in den letzten Jahrzehnten massiv verändert (Zunahme an Entwicklungsstörungen, psychischen und Lebensstilerkrankungen, etc.). Das ideale Behandlungssetting für die neuen Krankheitsbilder sind multiprofessionelle Teams in sozialpädiatrischen Ambulatorien oder in Primärversorgungseinheiten (PVE). Die Ambulatorien bieten zwar qualitativ exzellente Versorgung, haben aber bei weitem nicht die erforderlichen Kapazitäten. Bei den ebenso multidisziplinär organisierten PVE können KinderärztInnen zwar Teil des Kernteams bilden, allerdings nach geltender Rechtslage keine eigenen, auf Kinder spezialisierten PVE gründen. Um die bestmögliche Versorgung der Kinder

und Jugendlichen zu gewährleisten, muss der Ausbau der sozialpädiatrischen Ambulatorien fokussiert werden und die rechtliche Grundlage zur Errichtung eigener Primärversorgungseinheiten für Kinder und Jugendliche geschaffen werden. Die Bundeszielsteuerung sah bis 2021 die Schaffung von 75 PVE vor.

Da Kinder und Jugendliche 20 % der Gesamtbevölkerung darstellen, sind bundesweit daher zumindest 15 PVE für Kinder und Jugendliche notwendig.



4. Versorgungs- und Beratungsqualität

International gelten bei chronischen Erkrankungen strukturierte Betreuungsprogramme – so genannte Disease Management Programme (DMP) – als optimal. Sie gewährleisten mit standardisierten Behandlungspfaden, vorgegebenen Untersuchungsintervallen, Behandlungserfolgskontrollen und regelmäßigen Kontaktvorgaben ein engmaschiges Betreuungsnetz für den/die Patienten/in. Verschlechterungen der Erkrankung können so besser vermieden werden.

Österreich hinkt bei diesen Programmen dem internationalen Standard weit hinterher – das Ergebnis ist, dass uns OECD und WHO bescheinigen, dass ChronikerInnen nicht besonders gut betreut sind und daher auch früher Verschlechterungen ihres Gesundheitszustands haben, als dies notwendig wäre. Dies ist auch wirtschaftlich nicht sinnvoll, da hohe Folgekosten im Gesundheits-, im Pflege- und im Sozialwesen zu verzeichnen sind. Insgesamt ist es notwendig, die Versorgungs- und Beratungsqualität innerhalb der ÖGK als auch im Gesamtsystem gerade für Menschen mit chronischen oder mehreren Problemen zu verbessern.

Für das Anheben der Beratungsqualität eignet sich besonders das sektorenübergreifend ausgerichtete Case Management, das auch Long Covid-PatientInnen unterstützen kann.

Ein wichtiger Aspekt bezüglich Behandlungsqualität ist das Geschlecht, das Einfluss nimmt auf die Gesundheit, aber auch auf das Auftreten und den Verlauf von bestimmten Erkrankungen. So können sich bei Frauen und Männern nicht nur unterschiedliche Risikofaktoren ergeben, sondern auch unterschiedliche Symptome und andere Wirksamkeiten von Medikamenten oder Behandlungsmethoden. Dabei spielen nicht nur die biologischen Faktoren eine Rolle, sondern auch die psychosozialen Einflüsse. Die Berücksichtigung dieser Faktoren ist von hoher Bedeutung, um eine bestmögliche medizinische Versorgung für alle zu gewährleisten: bei der Verschreibung der Heilmittel, bei der Auswahl der passenden Therapie und vor allem beim Stellen von Diagnosen, nachdem Beschwerden geschildert wurden.

Handlungsfelder bis 2025

4.1. Chronische Erkrankungen: Strukturierte Betreuungsprogramme und spezialisierte Behandlungszentren aufbauen

Auf einen Blick: Versorgung von Diabetes-Erkrankten verbessern und die Vorsorgeprogramme ausbauen. Einführung eines Registers sowie Stärkung des interdisziplinären Ansatzes.

Der Zahl der an **Diabetes Mellitus** erkrankten Personen in Österreich wird auf 800.000 geschätzt. 90 %

der Betroffenen sind an Diabetes Typ 2 erkrankt. Diese Form des Diabetes tritt vorwiegend im fortgeschrittenen Lebensalter auf, meist bei Personen mit Übergewicht. In letzter Zeit ist jedoch auch eine Zunahme der Erkrankung bei jüngeren Menschen und Kindern festzustellen. Die Zahl der Erkrankten steigt stetig. Mangels eines bundesweiten Diabetes-Registers gibt es dennoch keine genauen Daten.

Im Fall von Diabetes Typ 2 können – im Unterschied zum Typ 1 – eine Reihe von **Vorsorgemaßnahmen** getroffen werden, denn Vorsorge kostet das Gesundheitssystem weniger als die Diabetesversorgung und ihre Folgeerkrankungen. Durch Früherkennung, durch integrierte Therapien sowie durch Behandlung und Begleitung der PatientInnen von multidisziplinären Teams wären die massiven und systemrelevanten Folgeerkrankungen und Eingriffe (z.B. Amputationen, Erblindung usw.) in vielen Fällen vermeidbar. Durch die Amputationen ist das diabetische Fußsyndrom eine der teuersten Folgeerkrankungen und es beeinträchtigt die Lebensqualität der Betroffenen in einem erschreckenden Ausmaß. Ein niederschwelliger Zugang und eine ambulante – statt einer stationären – Versorgung ermöglicht eine individualisierte und ganzheitliche Behandlung und Begleitung der PatientInnen.

a. Diagnosen- und Leistungsdokumentation - Diagnosecodierung

Zur Unterstützung einer patientenzentrierten Gesundheitssystemforschung ist die flächendeckende Erfassung und Erhebung von Diagnosen unumgänglich.

Im stationären Bereich ist österreichweit eine Diagnosen- bzw. Leistungs- und Intensivdokumentation bereits verpflichtend. Im ambulanten Bereich der Krankenhäuser ebenso nach ICD-10-Codierung. Eine Verpflichtung zur Codierung besteht auch in Primärversorgungseinheiten nach ICPC-2. Dagegen ist in anderen niedergelassenen Arztpraxen keine Dokumentation vorgeschrieben. Um eine bundeseinheitliche Codierung zu erreichen, ist die gesetzliche Verpflichtung bzw. Einbeziehung der Arztpraxen eine Notwendigkeit. Dabei ist der administrative und finanzielle Aufwand für die Koordination gering zu halten.

b. Versorgungs- und Personalbedarf in Österreich erheben

Mit Hilfe der ITSV soll ein bundeseinheitliches Diabetes-Register eingerichtet werden, um aktuelle Kosten und künftige Ausgaben planbarer zu gestalten und Finanzmittel zielgenauer einsetzen zu können. Die Daten des Registers sollen in anonymisierter Datenstruktur für wissenschaftliche Forschungszwecke zur Verfügung gestellt werden, um Prognosen und nötige Handlungsfelder für die Zukunft aufzustellen. Wenn eine verpflichtende bundeseinheitliche Codierung sowohl im

stationären, im ambulanten und im niedergelassenen Bereich besteht, sollte die Übernahme der Daten für das Diabetes-Register automatisiert erfolgen.

c. Niederschwelliger Zugang: Zeitliche und örtliche Erreichbarkeit für PatientInnen verbessern

In **Dänemark** wurde die Zahl der **Primärversorgungseinheiten** und Gruppenpraxen massiv erhöht. Durch den Ausbau der ambulanten Pflege wurden die stationären Aufenthalte reduziert und das Gesundheitssystem entlastet. Im Fall chronischer Erkrankungen, insbesondere von Diabetes, ist für eine patientenorientierte Versorgung entscheidend, dass die Versorgung wohnortnah, leicht erreichbar und dennoch möglichst individualisiert angeboten wird. Die umfassende und kontinuierliche Betreuung, welche diese Krankheit erfordert, kann im niedergelassenen Bereich am besten durch multidisziplinäre Teams (PVE, Gruppenpraxen) gewährleistet werden, daher ist der Ausbau weiterer Primärversorgungseinheiten dringend notwendig. Hierzu muss die Finanzierung sichergestellt werden und die Rolle der AllgemeinmedizinerInnen und der anderen Gesundheitsberufe gestärkt werden.

d. Integrierte und interdisziplinäre Versorgung verwirklichen

In den Primärversorgungseinheiten und Gruppenpraxen besteht ein ho-

her Grad an Zusammenarbeit von unterschiedlichen **Gesundheitsberufen**, wobei selbständig tätige AllgemeinmedizinerInnen mit einem Kassenvertrag eine koordinierende Rolle einnehmen. Somit kann eine kontinuierliche Versorgung gewährleistet und Doppel- oder Mehrfachbehandlungen vermieden werden. Durch den effizienten Einsatz der unterschiedlichen Berufe und durch die stetige bedarfsorientierte Begleitung und Behandlung der PatientInnen kann eine **hohe Therapie-Qualität** erreicht und somit Folgeerkrankungen vorgebeugt werden. Notwendig ist die Schaffung von Rahmenbedingungen für eine ebenen-übergreifende Versorgung mit interdisziplinärem Setting (Honorarrichtlinien von Health Professionals, pauschalierte Honorierung von ÄrztInnen, Leistungskataloge, Telemedizin für interdisziplinäres Case-Management).

e. Abrechenbarkeit der Leistungen und ELGA-Teilnahme

Diabetesprävention und -versorgung erfordert eine große Anzahl von unterschiedlichen Gesundheitsberufen.

Derzeit können bspw. DiätologInnen und Pflegeberufe/DiabetesberaterInnen oder klinische PsychologInnen keine Leistungen im SV-System selbständig erbringen. Andere MTD-Berufe – wie Logo-, Ergo- und PhysiotherapeutInnen – dagegen schon. Eine differenzierte Betrachtung die-

4. Versorgungs- und Beratungsqualität

ser Berufsgruppen zu Logo-, Ergo- und PhysiotherapeutInnen ist nicht nachvollziehbar. Damit DiätologInnen, Pflegekräfte, klinische PsychologInnen ihre Tätigkeit selbständig erbringen können, benötigen sie einen eigenständigen Kompetenzbereich. Tarif- und Leistungskataloge sind daher zu entwickeln und somit die selbständige Abrechenbarkeit der Leistungen zu ermöglichen.

Die Abrechenbarkeit ist derzeit nur im Rahmen einer Primärversorgungseinheit möglich, bei den Arztpraxen im niedergelassenen Bereich dagegen nicht. Daher sind die technischen und rechtlichen Voraussetzungen zu entwickeln, damit Anstellungsmöglichkeiten auch in diesem Bereich geschaffen werden.

DGKP und MTD sind zwar im Gesundheitsberuferegister registriert, die Schnittstelle zur ELGA, die anhand derartiger Register die Berufsberechtigung und damit den Status als Gesundheitsdiensteanbieter prüft, besteht allerdings nicht. Eine ELGA-Teilnahme für die Angehörigen dieser Gesundheitsberufe ist technisch und rechtlich zu verwirklichen.

f. Berufsrechtliche Veränderungen – Beispiel DiabetologInnen

DiabetologInnen sollen PatientInnen ohne ärztliche Anordnung im Rahmen ihrer Fachexpertise behandeln dürfen:

- bei der Auswahl, Zusammenstellung und Berechnung besonde-

rer Kostformen zur Ernährung Kranker,

- bei der Anleitung und Überwachung der Zubereitung besonderer Kostformen zur Ernährung Kranker,

- DiätologInnen müssen berechtigt werden, Diätetika zu verschreiben,

- bei Verdacht auf ernährungsbedingte Erkrankungen überweisen DiätologInnen zur Diagnosefindung an den Arzt/ die Ärztin,

- DiätologInnen können PatientInnen bei krankheitsbedingten Zuständen nicht nur nach ärztlicher Anordnung, sondern auch nach ärztlicher Zuweisung, d.h., ohne Therapie- bzw. Maßnahmenvorgabe, behandeln.

g. Strukturierte Betreuungsprogramme und spezialisierte Behandlungszentren vorantreiben

Das seit 2007 existierende, aber für AllgemeinmedizinerInnen und InternistInnen nicht verpflichtende **Disease Management Programm Diabetes** („Therapie Aktiv“) soll ein verpflichtender Bestandteil der Gesamtverträge werden. Ziel ist eine Vertragslösung, die diese optimale Behandlung für DiabetikerInnen verbindlich für alle ÄrztInnen macht (Aufnahme in den Versorgungsauftrag). Zusätzlich sollen internationale Vorzeigemodelle – bspw. in Dänemark, wo die multidisziplinäre ambulante Versorgung umfassend gewährleistet ist (80 % der Versorgung erfolgt in PVE und 20 % in

Diabeteszentren) – als Modell herangezogen werden, um vergleichbare Angebote in Österreich aufzubauen. In den dänischen Diabetes-Zentren werden neu diagnostizierte PatientInnen untersucht, eingestellt und geschult. Unterstützend für die weiterbehandelnden HausärztInnen gibt es dort regelmäßige Verlaufskontrollen und Ergebnismessungen. Aus den dänischen Daten ist ersichtlich, dass gut eingestellte und betreute DiabetespatientInnen einen stabilen Gesundheitszustand haben, mit weniger Erblindungen, ohne Fuß-Amputationen, Nierenversagen und Herzinfarkten.

Strukturierte Behandlungsprogramme nach internationalem Vorbild müssen aber auch für andere chronische Erkrankungen entwickelt werden. Für COPD und Herzinsuffizienz liegen von ExpertInnen entwickelte Entwürfe in Österreich vor. Diese müssen durch die ÖGK in Form von Versorgungsaufträgen in Arztverträgen umgesetzt werden. Die Kosten rechnen sich volkswirtschaftlich auf alle Fälle durch weniger Spitalweisungen, weniger Medikamentenkosten und weniger Folgeerkrankungen. Das Problem, dass die Krankenversicherung von diesen späteren Einsparungen nichts hat, muss durch Finanzierungsregelungen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gelöst werden. Es darf aber nicht aus finanziellen Interessen bei chronisch kranken Menschen gespart werden.

Eine weitere Verbesserung in der Versorgung von chronisch kranken PatientInnen kann durch eine verstärkte Einbeziehung von diplomiertem Pflegepersonal erreicht werden, das – erforderlichenfalls in Abstimmung mit behandelnden ÄrztInnen – die Betreuung und Versorgung selbständig übernehmen kann. Dazu gehören auch regelmäßige aufsuchende Pflegevisiten. Zudem muss auch die Wundversorgung für ChronikerInnen österreichweit auf einheitliche Beine gestellt werden.

4.2. Demenz: Herausforderung für Gesundheits- und Sozialsystem angehen

Auf einen Blick: Demenz maßgeschneidert behandeln und Angehörige unterstützen.

Bedingt durch die **Alterung der Bevölkerung** nimmt die Anzahl der an Demenz erkrankten Menschen stark zu. In Österreich leiden im Jahr 2020 laut Hochrechnungen bereits knapp 140.000 Personen an einer demenziellen Erkrankung, bis 2030 wird die Zahl der Erkrankten auf 175.000 steigen, das entspricht einer Zunahme von rund 25 %. Bis 2050 soll die Zahl auf über 260.000 Erkrankte steigen (Zunahme gegenüber 2020: plus 88 %). Die Erkrankung stellt Angehörige wie auch das Gesundheits- und Pflegesystem vor große Herausforderungen.

Eine **österreichische Demenzstrategie**, die unter Federführung des

Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger erarbeitet wurde, zeigt zentrale Handlungsfelder auf. Für die Krankenversicherung ist die Information und Begleitung der Erkrankten im Anfangsstadium wie vor allem die Unterstützung der Angehörigen ein Aufgabenfeld. Ziel ist es, dass im Kontext der Demenzstrategie geeignete Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen in allen Landesstellen der ÖGK aufgebaut werden.

4.3. Gute Behandlungspfade für Long COVID aufbauen

Auf einen Blick: Long COVID in allen Behandlungs- und Sozialleistungen berücksichtigen.

Seit Februar 2020 dreht sich in unserer Gesellschaft, aber insbesondere in unserem Gesundheitssystem, fast alles um das SARS-COV-2-Virus bzw. die daraus resultierende Erkrankung COVID-19. So wie es alle Bereiche des Arbeits- und Privatlebens beeinflusst hat, so hat es auch die Gesundheitsversorgung in Österreich vor eine in jüngerer Vergangenheit noch nie dagewesene Herausforderung gestellt: Versorgung aufrechterhalten, Personal und PatientInnen vor der Infektion schützen, Spitals- und Intensivkapazitäten absichern. All das hat die unterschiedlichen Stakeholder vor große Herausforderungen gestellt.

Doch es scheint neben der akuten Infektion noch eine neue – vermut-

lich langanhaltende – Herausforderung in der Gesundheitsversorgung zu geben. Es zeigt sich, dass neben der akuten Infektion viele Betroffene auch an langanhaltenden Beschwerden nach der COVID-19-Erkrankung leiden. Diese Beschwerden sind zum einen sehr vielfältig und zum anderen unterschiedlich stark einschränkend in der Lebensqualität und werden als Long COVID bezeichnet. Die Studien hierzu sind besorgniserregend: ca. 10 % (2-37 % je nach Studie) aller COVID-19-Infizierten könnten an Long COVID leiden. Besonders betroffen dürften jene PatientInnen sein, die aufgrund einer COVID-Erkrankung eine Behandlung auf einer Intensivstation benötigt haben. Laut Untersuchungen geht man davon aus, dass von den IntensivpatientInnen 12 Monate danach 1/3 arbeitsunfähig sind, 1/3 noch nicht ihr ursprüngliches Berufs- und damit Gehaltsniveau erreicht haben und nur 1/3 arbeitsfähig sind wie zuvor. Davon unabhängig gibt es aber ebenso PatientInnen, bei denen längerfristige Einschränkungen vorliegen, obwohl der Verlauf der ursprünglichen Erkrankung mitunter sehr mild war. Auch wenn die Studienlage nach wie vor nicht eindeutig ist, können wir davon ausgehen, dass bis zu 10 % aller COVID-19-Infizierten an Long COVID leiden. Umgelegt auf Österreich bedeutet das weit mehr als 400.000 Betroffene. Sollte nur 1 % der COVID-19-Infizierten eine dauerhafte Symptomatik entwickelt haben, wären auch das bereits weit mehr als 40.000 Men-

4. Versorgungs- und Beratungsqualität

schen. Studien zeigen, dass Frauen, insbesondere Frauen unter 50 Jahren, häufiger an Long Covid leiden als andere Gruppen.

Es gibt bisher noch kein einheitliches Verständnis von „Long COVID“. Generell unterscheidet man zwischen:

- Akuter COVID-19-Erkrankung: bis zu vier Wochen nach der Ansteckung
- Fortlaufend symptomatische COVID-19-Erkrankung: weitere Symptome ab der vierten bis zur 12. Woche nach der Ansteckung
- Post-COVID-19 Syndrome: Symptome, die auch noch 12 Wochen nach der Erkrankung vorliegen

Wenn derzeit von Long COVID gesprochen wird, dann sind subsumierend die Nachwirkungen ab 4 Wochen nach der Ansteckung gemeint. Mittlerweile gibt es auch einen von der WHO eingeführten ICD-10 Code für Post-COVID-Zustände (U 09.9 und U 10.9). In der ÖGK wurde erhoben, dass es seit März 2021 bisher ca. 65.600 Versicherte gab (Stand Juni 2022), die wegen Long COVID in Krankenstand gehen mussten. Ca. 244 Versicherte waren länger als ein halbes Jahr in Krankenstand, 45 Versicherte waren aufgrund von Long COVID sogar länger als ein Jahr arbeitsunfähig. Bei diesen Zahlen handelt es sich nur um ArbeitnehmerInnen, die bei der ÖGK versichert sind. Kinder, Jugendliche und PensionistInnen sind in der Krankenstandsstatistik nicht

erfasst. Mittlerweile gibt es die ersten Fälle, die Zuerkennungen von Rehabilitationsgeld erhalten. Auch das Wiedereingliederungsgeld wurde bisher schon von ca. 80 Versicherten mit Long-COVID-Diagnose genutzt.

Auch wenn die Ursachen von Long COVID sicher vielfältig und bisher noch nicht vollständig geklärt sind, sehen wir doch dringenden Handlungsbedarf. Dieser betrifft natürlich die Krankenversicherung und als größten Träger die ÖGK, aber es gilt hier auch die Leistungen aus der Pensionsversicherung und der Unfallversicherung für die Betroffenen mitzudenken, um für die Betroffenen so einfach wie möglich das beste Behandlungsangebot zugänglich zu machen. Das umfasst neben den optimalen Behandlungsangeboten in der allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Behandlung sowie Therapien auch diverse Reha-Programme und die Anerkennung von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen. Für Long-COVID-PatientInnen müssen ausreichend multidisziplinäre Rehabilitationsplätze zur Verfügung stehen, die individuell und modular auf die unterschiedlichen Krankheitsbilder abgestimmt werden können.

Eines der wichtigsten Ziele, die es zu erreichen gilt, ist, die Diagnostik- und Behandlungspfade für Long-COVID-Erkrankte klarzustellen und den Betroffenen seitens der Sozialversicherung qualifizierte und ausreichende Angebote zu machen.

Dafür ist der Ausbau des Case Managements in der ÖGK notwendig, um die betroffenen Versicherten umfassend beraten und bei mehreren Problemen auch begleiten zu können. In der ÖGK sollen deshalb österreichweit Anlaufstellen mit einem starken Fokus auf Beratung und Case Management für die Betroffenen von Long COVID eingerichtet werden. Damit erhalten PatientInnen auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Einzelberatung, in der gemeinsam ein Versorgungsplan erstellt wird, der sowohl medizinische, aber auch andere notwendige Maßnahmen umfasst. Das Case Management kann einen sehr wichtigen Beitrag dazu leisten, dass PatientInnen gut betreut und von Schnittstellenproblemen verschont bleiben.

Unbestritten liegt die erste Anlaufstelle für die PatientInnen ganz klar im niedergelassenen allgemeinmedizinischen Bereich. Aufgrund der Vielfältigkeit der Symptome kommt es aber zur Notwendigkeit, die PatientInnen bei verschiedenen FachärztInnen vorstellen zu müssen, um das komplexe Krankheitsbild vollumfänglich erfassen zu können. Österreichweit fehlt es aber an diesen sogenannten „Sekundär-Assessment“-Möglichkeiten. Die ÖGK hat im Mai 2022 daher in einem Pilotprojekt zwei Long-COVID-Ambulanzen in den eigenen Gesundheitszentren (Mariahilf und Graz) eröffnet, in denen komplexe Fälle von verschiedenen zusammenarbeitenden FachärztInnen abgeklärt werden. Zudem wurde für komplizierte Fälle mit

multiplen Behandlungsnotwendigkeiten ein „Long COVID Board“ innerhalb der ÖGK eingerichtet. In diesen Fallkonferenzen, bei dem eine Vielzahl von ExpertInnen aus mehreren medizinischen Fachrichtungen vertreten sind, werden - vergleichbar zu den bereits etablierten Onkologie-Boards - die Behandlungsmöglichkeiten abgestimmt. Diese Pilotversuche sollen gestärkt und für alle Versicherten in speziell eingerichteten multidisziplinären Spitalsambulanzen angeboten werden.

Die Symptome von Long COVID sind äußerst vielfältig und vieles von dieser Krankheit ist noch unbekannt oder nicht ausreichend untersucht. Entsprechend wichtig ist es, dass der Leistungskatalog der ÖGK laufend dahingehend evaluiert wird, ob alle notwendigen Behandlungen und Diagnoseverfahren durch den Kassenkatalog abgedeckt sind oder es gegebenenfalls eine Anpassung für eine gute Sachleistungsversorgung braucht. Im Zusammenhang mit Long COVID ist auch die Myalgische Enzephalomyelitis bzw. das Chronische Fatigue-Syndrom (ME/CFS) zu berücksichtigen - eine chronische multisystemische Erkrankung, die sich auch als Folge einer COVID-19-Infektion entwickeln kann. Obwohl es in Österreich vermutlich mehr als 26.000 Betroffene gibt und die Anzahl gerade auch durch die Corona-Pandemie stetig steigt, gibt es hier dafür noch wenig Bewusstsein und für die Betroffenen nicht ausreichend Versorgungsangebote.

Auch in Zusammenarbeit mit VertreterInnen des niedergelassenen Bereiches wurde auf Initiative der ÖGK eine mehrteilige Fortbildungsreihe etabliert, die den ÄrztInnen österreichweit virtuell und kostenfrei zur Verfügung steht. In diesem e-Learning-Tool werden die Möglichkeiten der Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie inklusive passender Rehabilitationsangebote dargestellt.

Vier der ÖGK-Gesundheitseinrichtungen stehen für Behandlung, Erholung und Rehabilitation zur Verfügung: Der Peterhof als Rehabilitationsklinik mit einer eigenen Long-COVID-Schiene in Niederösterreich, das Regenerationszentrum im Salzburger Goldegg und in Oberösterreich der Hanuschhof sowie das Linzerheim mit Programmen der Erholung und Kur sowie Gesundheitsvorsorge Aktiv (GVA), die auf Long COVID abgestimmt sind. Das Leistungsspektrum dieser ÖGK-Einrichtungen wurde adaptiert und so für Long-COVID-PatientInnen zugänglich gemacht.

Zusätzlich ist nun etabliert, dass aufgrund der oft sehr langen Dauer der Erkrankung die Möglichkeit besteht, den Bezug des Krankengelds gegebenenfalls von einem Jahr auf eineinhalb Jahre zu verlängern. Auch wurde die „early intervention“ wiederbegonnen, die eine sehr frühe Beratung betroffener PatientInnen durch den medizinischen Dienst ermöglicht.

4.4. Case Management für alle Versicherten ausbauen

Auf einen Blick: Hilfestellungen beim Navigieren durch die Leistungen des Sozialstaates durch Case Management anbieten.

Wir können stolz sein auf das soziale Netz in Österreich und die **mannigfaltigen Unterstützungsmöglichkeiten**, die dadurch für die Bevölkerung gegeben sind.

Da dieses soziale Netz sehr ausdifferenziert ist und viele Abzweigungen und Zuständigkeiten kennt, ist es für die einzelnen Versicherten oft nicht einfach zu überblicken.

Gerade wenn schwere gesundheitliche Probleme eintreten, sind PatientInnen und Angehörige oft überfordert. **Welche Leistungen gibt es überhaupt?** Was kann in diesem konkreten Fall wirklich helfen? Wie komme ich zu diesen Leistungen? Sehr oft kommt hier noch die Schnittstelle zum Sozialen ins Spiel: ein drohender Verlust des Arbeitsplatzes, ein Pensionsantrag, mobile Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern und vieles mehr können nötig werden.

Um diesen Personen einen guten Zugang sowohl zu den notwendigen Versorgungsleistungen als auch zu den vorhandenen Unterstützungsleistungen zu erleichtern, braucht es mehr als nur Leistungsangebote und Rechtsansprüche.

4. Versorgungs- und Beratungsqualität

Das **Kundenservice der sozialen Krankenversicherung** kann hier eine entscheidende Rolle spielen und Versicherte durch das leistungsfähige, aber eben auch komplizierte Gesundheitssystem lotsen. Nicht nur weiterverweisen, sondern gleich Lösungen aus einem Guss zusammenstellen.

Daher soll im Kundenservice der ÖGK das sektorenübergreifend ausgerichtete Beratungsangebot Case Management flächendeckend und bedarfsorientiert aufgebaut werden, wobei darauf geachtet werden soll, dass das Angebot auch für Versicherte mit einer anderen Muttersprache als Deutsch gut zugänglich ist.

Die **Betreuer und Betreuerinnen, hier „Case Manager“** genannt, haben einen Überblick über das Gesundheits- und Sozialsystem – von Reha-Einrichtungen und Hauskrankenpflege über Bandagisten bis hin zu Arbeitsmarktservice, Pensionsversicherungen oder das Sozialministeriumsservice. Sie wissen genau, wer wofür zuständig ist und wo man welche Hilfe bekommt. Dies ist möglich, weil sie in ihrer Region mit allen PartnerInnen im Gesundheits- und Sozialbereich bestens vernetzt sind: Vom Spitals-Entlassungsmanagement über die regionalen HausärztInnen, Rotes Kreuz und Caritas, bis zu Pensionsversicherung und AMS. Die MitarbeiterInnen des Case Management informieren, vermitteln, koordinieren und suchen individuelle Lösungen für jeden einzelnen

Fall. Die Unterstützung gilt sowohl für PatientInnen als auch Angehörige, die Entlastung brauchen. Die BetreuerInnen können so ein optimal abgestimmtes Versorgungspaket schnüren und den Versicherten viele Wege abnehmen oder zumindest erleichtern.

In einigen Bundesländern wie Niederösterreich und Oberösterreich ist dieser Beratungsdienst bereits in allen Servicestellen unbürokratisch und kostenlos für die Versicherten verfügbar. Dieses Angebot soll in Zukunft in allen Bundesländern für die Versicherten zur Verfügung stehen und soll mit dem ÖGK-Regionenkonzept auf alle Bundesländer auf höchster Qualitätsstufe ausgerollt werden.

Dafür müssen im Kundenservice aller Landesstellen ausreichend MitarbeiterInnen zu Case ManagerInnen ausgebildet werden, die sich regionale Netzwerke mit den anderen Playern im Gesundheits- und Sozialbereich aufbauen. Es müssen hier Ressourcen geschaffen werden, um für die Versicherten bei Bedarf unkomplizierte Zugänge zu schaffen sowie Behandlungspfade ohne Bruchstellen zu realisieren.

4.5. Versichertenfreundliche Kommunikation einheitlich ausbauen

Auf einen Blick: Gut verständliche Schreiben für alle Versicherten.

Egal, ob Website, Briefe, Broschüren oder Postings in den sozialen Medien: wenn Versicherte Kontakt mit ihrer Krankenversicherung suchen, dann meist deshalb, weil sie Informationen oder Leistungen brauchen. Oft stehen dabei gesundheitliche Probleme, Sorgen über das Bestehen des Versicherungsschutzes oder dringende Fragen rund um die Geburt im Vordergrund. Der gute, rasche und vor allem einfache Zugang zu den notwendigen Informationen ist für die Lösung von Problemen und für eine positive Wahrnehmung der ÖGK durch die Versicherten unverzichtbar.

Bisher ist die Kommunikation trotz Fusion noch nicht einheitlich, die Sprache ASVG-juristisch kompliziert, Begründungen schwer nachvollziehbar oder die Schreiben schlecht verständlich. Eine noch größere Hürde entsteht für alle jene, deren Umgangssprache nicht Deutsch ist.

Wir wollen daher, dass in der ÖGK ein Projekt mit folgenden Zielen aufgesetzt wird:

- Die Kommunikation mit Versicherten, etwa im Rahmen von Briefen, wird österreichweit einheitlich und verständlich gestaltet
- Auf der Website und im Rahmen von Broschüren, Foldern werden wichtige Informationen zusätzlich im „Leichter Lesen“-Modus angeboten sowie in den

anderen anerkannten Amtssprachen (Ungarisch, Slowenisch, Burgenland-Kroatisch) und den häufigsten Umgangssprachen (u.a. Englisch, BKS, Türkisch, Albanisch).

- Ausbau der Dolmetsch-Dienste in den Eigenen Einrichtungen und Kundencentern in ganz Österreich.

Gute Kommunikation braucht es aber auch zur Stärkung der Versicherungsrechte von prekär Beschäftigten. Falsche oder keine Meldung von Versicherten verursacht nicht nur für die Betroffenen massive finanzielle und leistungsrechtliche Nachteile, sondern führt auch zu einer strukturellen Unterwanderung sozialer Sicherungssysteme.

Dem gilt es von Seiten der ÖGK mit aktiver Kommunikation, z.B. in Form von Informationskampagnen, entgegenzuwirken.

Dabei muss neben fundierten rechtlichen Beratungs- und Serviceangeboten auch das Bewusstsein über die Vorteile einer umfassenden sozialrechtlichen Absicherung geschärft werden.

Prekäre Beschäftigung geht oft mit sprachlichen Zugangshürden für die Betroffenen einher. Hier gilt es, gezielte mehrsprachige Angebote in Kooperation mit Interessenvertretungen anzubieten.

Besonders in Branchen, in denen

strukturell Scheinselbständigkeit vorherrscht, soll stärker von der Möglichkeit von Beitragsprüfungen (GPLB) Gebrauch gemacht werden, um die Risiken von schlechter sozialer Absicherung für die einzelnen Versicherten zu minimieren. So soll auch die Angst vor Arbeitsplatzverlust bei Geltendmachung der sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche reduziert werden.

4.6. Gender-medizinische Aspekte stärker berücksichtigen

Auf einen Blick: Geschlechterspezifische Besonderheiten beim Behandlungsbedarf mitdenken.

Die Frage, ob eine Frau oder ein Mann in einer Ordination bestimmte Symptome schildert, kann in vielen Bereichen einen bedeutsamen Unterschied darstellen. In den vergangenen Jahren wurde vermehrt festgestellt, dass Männer und Frauen eine unterschiedliche Anfälligkeit für bestimmte Erkrankungen haben, unterschiedliche Symptome aufweisen können oder auch auf Medikamente anders reagieren.

Speziell psychische Erkrankungen, aber auch Stoffwechselerkrankungen oder kardiologische Beschwerden haben teilweise ganz unterschiedliche Auswirkungen und können zu anderen Symptomen führen. Ein mittlerweile sehr bekanntes Beispiel ist der Herzinfarkt. Das Symptom „Schmerzen in der linken Brust“ ist

uns allen bekannt und entsprechend schnell suchen wir medizinische Hilfe auf. Bei Frauen fehlt dieses klassische Symptom häufig und es zeigen sich andere Beschwerden, wie etwa Schmerzen im Oberbauch, Rücken- oder Nackenschmerzen bis hin zu Übelkeit oder Erschöpfung. Das ist nur ein Beispiel von vielen, zeigt aber den Handlungsbedarf in diesem Gebiet.

Durch stärkere Berücksichtigung der Gendermedizin können präzisere Diagnosen und ein spezifisches Medikamentenmanagement sowohl für Frauen als auch Männer erzielt werden. Bereits bei der Prävention sollte auf die Unterschiede geachtet werden, die sich bei der Gesundheit von Männern und Frauen ergeben. Um für unsere Anspruchsberechtigten die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu schaffen, werden wir bei der Gestaltung unserer Leistungsangebote den Blick verstärkt auf geschlechtsspezifische Besonderheiten legen. Gemeinsam mit medizinischen ExpertInnen werden wir unsere bestehenden Leistungen prüfen und bei Bedarf zusätzliche Angebote schaffen, um die unterschiedlichen Aspekte ideal berücksichtigen zu können. Daneben werden wir für unsere VertragspartnerInnen Informationsangebote zur geschlechterspezifischen Medizin entwickeln und einen regelmäßigen Wissensaustausch fördern. Bei unserer Kommunikation mit unseren Anspruchsberechtigten werden wir ebenfalls einen verstärkten Fokus darauflegen

und Infoveranstaltungen zielgruppengerecht organisieren.

4.7. Kinder-Reha-Angebot zur Familienreha weiterentwickeln

Auf einen Blick: Kinderrehabilitation für chronisch kranke Kinder ausbauen, unter Einbeziehung des Alltags (z.B. Schule).

Für **chronisch kranke Kinder** und ihre Familien sollen in der Sozialversicherung die Angebote einer Rehabilitation mit familienorientierter Zielsetzung ausgebaut werden. Die familienorientierte medizinische Rehabilitation ist so zu verstehen, dass das chronisch kranke Kind (Kreislagenkrankungen, Mukoviszidose, Zustand nach Operationen am Herzen oder Organtransplantationen etc.) von seinen Eltern und/oder Geschwistern begleitet wird, weil die

Erkrankung des Kindes auch gesundheitliche Auswirkungen auf die übrigen Familienangehörigen hat, sodass deren Einbeziehung in den Rehabilitationsprozess erforderlich ist.

Bei der Kinder- und Jugendrehabilitation sind sowohl körperliche als auch psychische, aber auch soziale Aspekte zu berücksichtigen. Dazu gehören auch **Schulunterricht sowie Freizeitprogramme**. Die Einbeziehung und der kontinuierliche Austausch mit den Eltern, aber auch die Möglichkeit der Begleitung der Kinder und Jugendlichen bei der Rehabilitation durch die Eltern ist zu gewährleisten. Bei jüngeren PatientInnen soll die Anwesenheit und Aufenthalt der gesamten Familie ermöglicht werden.

Rund 5.000 Kinder in Österreich sind so schwer krank oder behindert, dass

sie eine Rehabilitation brauchen. In Österreich gab es in der Vergangenheit keine speziellen Kinder-Rehazentren. Im aktuellen Rehaplan ist der Bedarf an Kinder-Rehabilitationszentren für ganz Österreich in vier Versorgungszonen mit elf Indikationsgruppen und insgesamt 343 Betten für Kinder und Jugendliche (zuzüglich 50 Betten für Angehörige) vorgesehen. Nunmehr gibt es Verträge der Sozialversicherung mit diesen Rehazentren. Die familienorientierte medizinische Rehabilitation soll in den Verträgen der Sozialversicherung mit den Rehazentren sichergestellt werden.

Für die betroffenen Eltern soll im Rahmen der Rehabilitation ein Rechtsanspruch auf Dienstfreistellung vorgesehen werden.

JETZT in unsere Gesundheit investieren!



5. Digitalisierung

Digitale Werkzeuge sind heute ein unverzichtbarer Bestandteil beim Service für die Versicherten, aber auch der Vertragspartner. Der Einsatz digitaler Datenverarbeitung wirft viele Fragen, vor allem zum Datenschutz, auf. Daher setzen wir auf maximalen Datenschutz der sehr sensiblen Gesundheitsdaten unserer Versicherten. Wir wollen mit digitalen Lösungen allen Versicherten, neben bestehenden analogen Zugängen, einen einfachen Zugang zu allen Leistungen und Angeboten der ÖGK, sowohl bei Vertragspartnern als auch Eigenen Einrichtungen, ermöglichen. Für die Versicherten wollen wir auch die nicht auf Einzelne rückführbaren wissenschaftlichen Analysen und deren Erkenntnisse nutzen, um beispielsweise bei den chronischen Volkserkrankungen bessere Betreuung gewährleisten zu können.

Eine Lehre aus der Bewältigung der Corona-Krise ist die Kontaktreduktion und damit einhergehend der Ausbau digitaler Tools. Digitale Kommunikation ermöglicht uns, trotz Distanz online einzukaufen zu gehen, im Home-Office zu arbeiten und ärztliche Kontakte über Telefon oder Videochat abzuwickeln.

Wichtig ist nun, den Ausbau bei der Digitalisierung im Sinne der Versicherten zügig fortzusetzen. Über die ELGA e-Medikation, die als Vorläufer des e-Rezepts genutzt wird, werden bereits weit mehr

Verschreibungen abgewickelt als über Kassenrezepte in Papier. Der e-Impfpass, Videokonsultationen bei VertragspartnerInnen wie ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen oder auch die aktuelle Ausbaustufe der Gesundheitshotline 1450 sind die wichtigsten Beispiele dafür. Die Rückmeldungen und die Annahme der Maßnahmen durch die Versicherten waren durchwegs positiv und auch bis dahin oft sehr kritische Vertragspartnergruppen sind eingeschwenkt.

Die bereits gesetzten Maßnahmen sollen weitergeführt und optimiert werden. Darüber hinaus soll es weitere Digitalisierungsschritte geben, die versichertenorientiert an deren Bedürfnissen ansetzen.

Die Handlungsfelder der Digitalisierung im Gesundheitswesen sind gestreut über die Nutzung durch die Gesundheitseinrichtungen, die VertragspartnerInnen und Versicherungen untereinander sowie die Kommunikation direkt mit den Versicherten. Gerade in Letzterem liegt das wesentlichste Handlungsfeld.

Daher wollen wir uns im Detail auf die für die Versicherten nutzenbringenden Maßnahmen konzentrieren und die Versicherten in der direkten Kommunikation bei ihren wichtigsten Bedürfnissen abholen. Über diesen Fokus hinaus sollen natürlich weiterhin die Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Sozialversicherungsträger, die Nutzung

der Digitalisierung durch die VertragspartnerInnen selbst, die baldige Anbindung der extramuralen Labore und Radiologien inklusive Bilddaten an ELGA sowie die Einbindung von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen in die digitale Kommunikation vorangetrieben werden.

Handlungsfelder bis 2025

5.1. Telekonsultationen ausbauen und Ordinationsmanagement anpassen (visit-e)

Auf einen Blick: Ausbau der telemedizinischen Angebote, inklusive telemedizinischer Krankmeldung.

Wir wollen qualitativ hochwertige **Telekonsultationen** als Teil der coronabedingten Maßnahmen in der Versorgung verankern (visit-e). Unsere Versicherten haben in den letzten Monaten diese telemedizinischen Möglichkeiten sehr gut angenommen, die in der Corona-Krise einen mengenmäßigen Quantensprung gemacht haben. Sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen haben hier mittlerweile viel Routine gewonnen, sich an die zusätzlichen Möglichkeiten gewöhnt und diese verinnerlicht. Wegen der Datensicherheit für die Versicherten sollen Krankmeldungen in Zukunft über das sichere Videokonferenz-Tool visit-e erfolgen, das von der Sozialversicherung für die Vertragspartner kostenlos zur Verfügung gestellt wird.

5. Digitalisierung

Nach einer Umfrage der Ärztekammer Steiermark wollen neben den Versicherten auch 80 Prozent der Ärztinnen und Ärzte die telemedizinischen Möglichkeiten beibehalten. (Ärzte Steiermark, 05/2020). Diese Innovation braucht, um qualitativ hochwertig und nachhaltig angeboten werden zu können, eine angepasste Organisation beim Ordinationsmanagement (z.B. ganzer Bereich ÄrztInnen-PatientInnen-Kommunikation, zeitliche Trennung von PatientInnengruppen, Voranmeldung, Terminvergabe und Wartezeitenmanagement inkl. der dazugehörigen technischen Ausstattung). Daher wollen wir die teletherapeutische Behandlung und Beratung sowie die telemedizinische Krankmeldung gemeinsam mit unseren Vertragspartnern vorantreiben und den Ausbau der Gesundheitshotline 1450 in ihrer Beratungsfunktion stärken und um eine Terminfunktion ergänzen. So kann eines der größten Ärgernisse der Versicherten, lange Wartezeiten, reduziert werden.

5.2. 1450 zur ganzheitlichen medizinischen Termin-Hotline für Versicherte ausbauen

Auf einen Blick: Ausbau der Gesundheitsberatung mittels Telemedizin, App für VertragspartnerInnen-Suche.

Der technologische Wandel und die Digitalisierung verändern auch die Arbeitsweise von Ärztinnen und

Ärzten. Das neue **Berufsbild des Arztes und der Ärztin, hin zur Gesundheitsberatung für die Versicherten**, ist freilich nur dann möglich, wenn bei den ÄrztInnen entsprechend Zeit für gute Behandlungsgespräche vorhanden ist. Dazu schlagen wir vor, das Gesundheitstelefon 1450 weiter zu stärken. Ergebnisse aus Vorarlberg zeigen, dass sich damit das Routing in Ambulanzen um zwei Drittel reduzieren lässt und somit die grundsätzlichen Steuerungsfunktionen gegeben sind. Diese gut durch die Pandemie etablierte Marke (rund 1 Mio. Anrufe/Monat!) soll in Zukunft – zusätzlich zu den HausärztInnen – in ihrer Rolle bei der Steuerung der PatientInnenströme weiter ausgebaut werden.

Dafür sollen die Nutzungsschwellen für die Versicherten so niedrig und komfortabel wie möglich sein. Nach **schwedischem Vorbild** soll dabei die **Telemedizin** ausgebaut werden, die anhand eines **wissenschaftlich fundierten Pfads** berät. Es soll für die Versicherten auch möglich werden, bei 1450 maßgebliche Daten wie Stammdaten oder auch Arzneimittelunverträglichkeiten usw. freischalten zu lassen, damit diese für die Beratung aufscheinen.

Das, was Lieferservices für Restaurants oder auch Autoverleihdienste in **Apps** umgesetzt haben, soll es auch für die **Vertragspartnersuche** geben. Eine Plattform, auf der angezeigt wird, welche Vertragspartne-

rInnen im Umkreis vorhanden sind, welche davon offen haben und wo verfügbare Termine sind. Im Endausbau soll dann auch die Terminvereinbarung über die 1450-Plattform möglich sein.

Allgemein soll die ÖGK die Versicherten beim Zugang zur Versorgung durch VertragsärztInnen unterstützen. Das hilft dabei, Wartezeiten zu senken, ermöglicht rechtzeitige Konsultationen und vermeidet zeitlichen Aufwand. Es kann nicht den Versicherten zugemutet werden, die ÄrztInnen durchzurufen, ob sie noch Termine freihaben oder PatientInnen aufnehmen. Dadurch schafft die ÖGK für die Versicherten den Zugang zu ÄrztInnen, die neue Versicherte aufnehmen bzw. bei denen rasch Termine verfügbar sind. Die ÖGK soll deshalb ein **Wartezeitenmonitoring** einrichten und für die Versicherten eine **Terminservicestelle** etablieren, bei der Wartezeiten und Kapazitäten bekannt sind. In der Verwaltungsratssitzung von Oktober 2021 wurde bereits beschlossen, die Einrichtung des Wartezeitenmonitoring und der Terminservicestellen vorzubereiten und eine Schnittstelle zur Gesundheitshotline 1450 zu prüfen.

Diese Weiterentwicklung dient der Verbesserung der Servicequalität für die Versicherten, des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung und stärkt das Sachleistungsprinzip. Andernfalls setzt sich die Tendenz fort, dass Menschen, die es sich leisten

können, für rasche Termine in den Wahlartzbereich ausweichen, was einen ungleichen sozialen Zugang zum Gesundheitswesen zur Folge hat. Das Terminalservice kann auch als Hilfsmittel für das Monitoring der Qualität der Versorgung und zum frühzeitigen Erkennen von Handlungsbedarf genutzt werden.

Darüber hinaus sollte bei 1450 daran gearbeitet werden, dass die Informationen aus der 1450-Beratung und Lenkung in ELGA eingepflegt werden und für die Folgebehandlung in der Ordination oder im Krankenhaus zur Verfügung stehen. So müssen die Versicherten ihre Geschichte nicht nochmal komplett erzählen und die Einschätzung der Dringlichkeit kann sehr schnell erfolgen.

5.3. Transparente Wartezeitenlisten bei allen öffentlich finanzierten Spitälern verbessern

Auf einen Blick: Verbesserung der Umsetzung der Wartezeiten-Liste für Krankenhäuser.

Bei der **Auswahl des richtigen Krankenhauses** stehen die PatientInnen oft nur vor Möglichkeiten der Mundpropaganda und vor langen **Wartezeiten auf Operationen**. Leider kommt es immer noch vor, dass eine Zusatzversicherung oder ein Besuch in der Wahlarztpraxis eines/r Krankenhaus-Arzt/Ärztin zur Verkürzung der Wartezeiten führt. Wir wollen mit Transparenz gegen die 2-Klassen-Medizin in den Krankenhäusern ankämpfen. Seit 2011 gibt

es ein Gesetz, das die Bundesländer verpflichtet, die Wartelisten der öffentlichen Krankenhäuser bei bestimmten häufigen Operationen zu veröffentlichen. Auf diesen Listen müssen die voraussichtliche Wartezeit sowie die Menge der PatientInnen und PrivatpatientInnen angegeben werden. Obwohl es die Regelung schon sehr lange gibt, ist die Umsetzung nur teilweise befriedigend. Die wartenden PatientInnen sollen einen eindeutigen Code bekommen, damit die echte realisierte Wartezeit nachvollziehbar wird.

Wir fordern, dass die Umsetzung der Wartelisten in ganz Österreich verbessert wird, um unseren Versicherten eine gut informierte Auswahl des Krankenhauses zu ermöglichen und



5. Digitalisierung

den gleichen Zugang zu gewährleisten. Eine Bevorzugung von PrivatpatientInnen wollen wir mit allen Mitteln bekämpfen. Das Portal www.kliniksuche.at soll ausgebaut und besser bekannt gemacht werden.

5.4. Elektronisches Rezept inklusive aller Vorteile als „Coronagewinn“ beibehalten

Auf einen Blick: e-Rezept inklusive Vorteile von e-Medikation nutzen.

Versicherte und Ärzteschaft haben sich in den letzten Monaten an die vereinfachte telefonische Verschreibung von Medikamenten mittels **e-Medikation** gewöhnt. Nun wird die coronabedingte „schnelle Notlösung“ über die e-Medikation auf das eigentliche, neue **e-Rezept** umgestellt. Besonders Risikogruppen und chronisch Kranke profitieren davon, wenn sie die Dauermedikation nachfassen können, ohne sich in den Ordinationen einem unnötigen Infektionsrisiko auszusetzen. Diese Reduktion der Kontakthäufigkeit ist auch in den kommenden Infektionszeiten erstrebenswert und verhindert unnötige Erkrankungen von gefährdeten Versicherten. Wir wollen deshalb für die Versicherten eine Beibehaltung der kontaktlosen Medikamentenverschreibung inklusive aller Vorteile der aktuell dafür genutzten ELGA e-Medikation. Dies, ohne die Möglichkeit einer periodischen persönlichen Kontrolle durch

den Arzt einzuschränken. Das e-Rezept hat viele Vorteile, aber gegenüber der e-Medikation auch einen Nachteil. Mit dem e-Rezept gibt es derzeit keinen automatischen Zugriff auf die Vormedikation, die von allen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten in der e-Medikation gespeichert ist. Das kann ein Problem für die PatientInnensicherheit sein. Die angestrebte Lösung ist daher, dass jeder Kontakt im e-Rezept auch automatisch einen Zugriff auf die e-Medikation auslöst. Dieser Zugriff muss per Gesetz erlaubt werden. Der Ausbau der ELGA soll generell vorangetrieben werden, denn derzeit sind noch viele Befunde und Bilddaten nicht integriert. Die Versicherten sparen sich bei voller Integration viele Wege und Doppelbefundungen, die Versicherungsgemeinschaft spart sich viele kostenintensive Untersuchungen. Das Ziel ist, dass alle Facharztbefunde, Ambulanzbefunde und Bilddaten aus dem niedergelassenen Bereich und aus dem Krankenhaus für die Versicherten in der ELGA abgelegt und für direkt behandelnde Gesundheitsberufe abrufbar sind.

5.5. Arzneimittelbewilligungen automatisieren

Auf einen Blick: Verringerung der Wartezeiten durch Automatisierung der Bewilligung von Medikamenten.

Manche Versicherte und deren Ärztinnen und Ärzte müssen Medika-

mente beim „Chefärztlichen Dienst“ bewilligen lassen (gelbe Box, § 350 Abs 3 ASVG). Im Bundesland Oberösterreich gibt es eine Lösung, die einfacher für Versicherte, ÄrztInnen und Krankenkasse ist (bei gleichen Kosten), die aber aufgrund einer gesetzlichen Änderung nicht mehr andernorts eingeführt werden kann. Das ist eine unzeitgemäße Schikane Kranker. Die Krankenversicherung hat für die Arzneimittel aufzukommen, die Kontroll- und Finanzierungsfrage darf nicht auf die Versicherten abgewälzt werden.

Wir sind der Überzeugung, dass moderne Technik die Arbeitsweise der herkömmlichen „Genehmigung“ von Medikamenten überholt hat. Wo in den 1970ern noch händische Prüfungen notwendig waren, können heute Computer sekundengenau die Kostenentwicklung und Dokumentation übernehmen. Wir wollen, dass die MitarbeiterInnen der ÖGK (insbesondere die MedizinerInnen, aber auch SachbearbeiterInnen) mehr Zeit für die Versicherten haben und sie von solchen Aufgaben entlasten. Aber auch die Versicherten müssen dann nicht mehr in den Ordinationen auf die „Freigabe“ durch die ÖGK warten, Erwerbstätige und deren ArbeitgeberInnen ersparen sich so viele Minuten Dienstverhinderungen.

Die Pandemie hat gezeigt: eine Aufhebung der ChefärztInnenpflicht führt weder zu übermäßigen Mehrkosten noch zu Massenverschreibungen.

6. Versorgung in Spitälern

Während der Coronakrise wurde offensichtlich, wie stolz wir auf unser Akut- und Intensivsystem in den österreichischen Krankenhäusern sein können. Neben der Intensivversorgung braucht es aber trotzdem einen wachsamem Blick für Weiterentwicklungen und Verbesserungen für die PatientInnen. In Österreich wird die Versorgung im Krankenhaus und in den niedergelassenen Ordinationen getrennt geplant und teilweise getrennt finanziert.

Diese Aufspaltung hat gerade bei der fachärztlichen Versorgung zur Folge, dass es einige Überlappungen gibt, die verbessert werden sollten. Mit der Gesundheitsreform und der Zielsteuerung wurde dieses Thema schon strukturiert angegangen und muss weiter konsequent verfolgt werden. Auch die Kommunikation zwischen Spitälern und niedergelassenen ÄrztInnen über den Gesundheitszustand und die optimale Versorgung von PatientInnen ist verbesserungswürdig. Der medizinische Fortschritt bringt außerdem die Möglichkeit, viele Operationen mit Kurzeinweisung in den Krankenhäusern zu erledigen. Dadurch können Betten frei werden, um die Versorgung auf den Stationen qualitativ aufzuwerten. Mit der als Reformpoolprojekt steckengebliebenen präoperativen Befundung können sowohl Spitalsaufenthalte um einen Tag verkürzt werden als auch doppelte Kosten bei der Befunderstellung vermieden werden.

Handlungsfelder bis 2025

6.1. Bessere Vernetzung der fachärztlichen Versorgung

Auf einen Blick: Nutzung von Spitalsambulanzen insbesondere bei Großgeräten und damit Verminderung von Wartezeiten.

Die **gemeinsame Planung der Versorgung im Krankenhaus und in den niedergelassenen Ordinationen** ist der Auftrag der Gesundheitsreform und der gemeinsamen Zielsteuerung. Die komplett getrennte Planung und zersplitterte Finanzierung hat zu Überlappungen und Ineffizienzen in der Versorgung der PatientInnen geführt.

Teure Geräteinvestitionen liegen brach und die Versicherten sind aufgrund von Wartezeiten frustriert. Mit der Gesundheitsreform und der Zielsteuerung wurde dieses Thema schon strukturiert angegangen und muss weiter konsequent verfolgt werden, damit die Versicherten auch wirklich in der Realität davon profitieren können, weil die verfügbaren Geräte im System besser ausgelastet werden. Deshalb sollten die Teile der fachärztlichen Versorgung, die besonders technik-lastig sind, in Zukunft verstärkt in den Spitalsambulanzen angeboten werden. Für die Versicherten sollten sich so mehr Arztbesuche mit abschließenden Behandlungen ergeben, wodurch sie früher die richtige Behandlung er-

halten und weniger herumgeschickt werden.

Durch eine Neuregelung im Finanzausgleich sollte geschaffen werden, dass ausgewählte Fächer verstärkt in der Spitalsambulanz angeboten und finanziert werden.

Zusätzlich muss das ehemalige Reformpoolprojekt präoperative Befundung endlich flächendeckend ausgerollt werden.

6.2. Tagesklinik ausbauen, Ressourcen auf Stationen schonen

Auf einen Blick: Ausbau tagesklinischer Angebote.

Gerade jetzt, wo wir sehen, wie wichtig freie Krankenhausressourcen sind, sollten wir uns noch mehr dem Ausbau der tagesklinischen Operationen zuwenden. Das ist eine Zielsetzung aus der Bundeszielsteuerung, die klar geplante Zahlen im Auge hat. Bei einfachen Operationen können die Ressourcen an Krankenhausbetten so geschont werden, die PatientInnen können schnell wieder nach Hause und auch die Gefahr einer Ansteckung mit Krankenhauskeimen bleibt gering. Derzeit werden, beispielsweise bei den Hernien-Operationen (nur 6,5 % ambulant, internationaler Benchmark 40 %), die Zielsetzungen aus der Zielsteuerung noch weit verfehlt. Da geht noch mehr.

6. Versorgung in Spitälern

Wenn durch den Ausbau der tagelangen Aufenthalte Bettenreduktionen möglich werden, sollten diese mit der Verbesserung der Spitalsaufenthalte einhergehen. So sollte schrittweise die Bettenanzahl je Zimmer kontinuierlich verringert werden, um das Infektionsrisiko zu minimieren.

6.3. Private Krankenanstalten

Auf einen Blick: Gerechtere Finanzierung des PRIKRAF.

Auch wenn die Finanzierung privater Krankenanstalten kritisch zu sehen ist, haben diese dennoch ihre Berechtigung. Wenn dort medizinische Leistungen erbracht werden, die denen in öffentlichen Spitälern gleichgestellt sind, haben auch diese Spitäler Anspruch auf Leistungen aus der Sozialversicherung über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF). Dieser ist aber so auszugestalten, dass einerseits die Finanzierung, aber auch die Entscheidungsstrukturen nach den tatsächlichen Finanzierungsströmen und Patient-Innenzahlen ausgerichtet sind. Das heißt, jeder KV-Träger bezahlt für seine Versicherten und die Sozialversicherung, die 100 Prozent des PRIKRAF finanziert, erhält die **Entscheidungshoheit in der PRIKRAF-Kommission.**

Wenn sich diese **Änderungen** in der aktuellen Konstellation **nicht umsetzen** lassen, dann soll eine **generelle Abschaffung der Fondslösung des PRIKRAF** angedacht werden. Als Alternative bietet sich an, dass die Krankenversicherungsträger wieder Einzelverträge mit Privatkliniken machen, die es bereits vor der Schaffung des PRIKRAF gegeben hat. In diesen Verträgen sollten dann auch Kapazitäten für Nicht-Zusatzversicherte geschaffen werden, um in Spezialbereichen Wartezeiten für die Versicherten zu senken.

Qualitätssicherung muss auch in Privatspitälern immer weiter verbessert werden. Wenn auf Grund von Komplikationen oder Behandlungsproblemen Menschen aus Privatspitälern in öffentliche Spitäler überstellt werden müssen, sind die Kosten dafür vom PRIKRAF auszugleichen.

Auch die Einzelfallfinanzierung für PRIKRAF-Leistungen muss überarbeitet werden. Derzeit werden die vorhandenen PRIKRAF-Mittel (rund 164 Mio. Euro pro Jahr) auf alle erbrachten Leistungen über ein Punktesystem verteilt. Wenn nun weniger Leistungen erbracht werden, wird die Einzelleistung höher bewertet und sie ist mehr wert. Somit profitieren die Spitäler von weniger

erbrachten Leistungen. Das kann in einem so eingeschränkt wirksamen Bereich nicht akzeptiert werden. Die Leistungshonorierung muss daher auf Fixbeträge umgestellt werden. Wenn durch weniger erbrachte Leistungen Geld übrigbleibt, muss es auf das nächste Jahr umgebucht werden und die Einzahlungen der Zahler müssen sich reduzieren.

6.4. Schnittstellenprobleme bei der medizinischen Hauskrankenpflege beseitigen

Die Hauskrankenpflege als Sachleistung ist österreichweit, unabhängig, aus welchem Grund der pflegerische und medizinische Unterstützungsbedarf besteht, sicherzustellen. Hauskrankenpflege ist für die Versicherten durchgehend – unabhängig von der Finanzierungsverantwortung im Hintergrund – zu gewähren, solange der Bedarf besteht. Um dies zu ermöglichen, soll die Hauskrankenpflege aus einem Topf finanziert werden, in den die Sozialversicherung und das jeweilige Bundesland einzahlen. Die derzeit vorliegende zweifache Finanzierungsverantwortung führt auch zu einer restriktiven Gewährungspraxis. Dadurch wird das eigentliche Ziel – die Entlastung der teureren Krankenhausbetreuung – zum Nachteil aller nicht erreicht.

7. Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health

Wo Gesundheitskasse draufsteht, muss Gesundheitskasse drin sein!

Die ÖGK soll sich zu einem großen gesundheitsförderlichen Akteur weiterentwickeln, denn wo Gesundheitskasse draufsteht, muss Gesundheitskasse drin sein. Von den derzeit 1,4 % der Gesamtausgaben, die für Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt werden, soll bis 2030 auf 5 % der Ausgaben aufgestockt werden.

Gesundheitsförderung

Österreich liegt bei den gesunden Lebensjahren deutlich hinter anderen europäischen Ländern. Auch wenn die Ursachen dafür nicht wirklich geklärt sind, gezielte Maßnahmen in der Gesundheitsförderung sind ein wichtiger Beitrag, damit Menschen ihr Leben länger in Gesundheit verbringen können. Dazu trägt natürlich das eigene Verhalten entscheidend bei. Aber: Vieles in unserem Leben können wir uns oft nicht aussuchen.

Die Familie und die Lebensverhältnisse, in die wir geboren werden, entscheiden mit über unsere Gesundheit: Haben die Eltern genug persönliche Ressourcen, um sich um ihr Kind gut zu kümmern? Gibt es genug finanzielle Ressourcen, um ihr Kind bei Problemen unterstützen zu können?

Die tägliche Lern- oder Arbeitsumgebung hat Einfluss auf unser Wohlbefinden: Erlebe ich meine Arbeit oder meinen Lerntag als hektisch, stressig und fremdbestimmt – oder ist er so gestaltet, dass ich mich wohlfühlen kann?

Die allgemeine Umwelt, in der wir leben, gestaltet unsere Entscheidungen mit: Sind Grünflächen nahe, in denen ich mich bewegen kann? Gibt es für mich geeignete und leistbare Sportangebote? Wird es mir leichtgemacht, hochwertige Lebensmittel zu mir zu nehmen? Kann ich mich ohne Auto gut fortbewegen?

Gesundheit entsteht in allen Lebenswelten und ist eine Aufgabe der gesamten Politik. Die ÖGK und die Sozialversicherung können in einigen Bereichen Verantwortung übernehmen und damit einen Beitrag zu mehr gesunden Lebensjahren in Österreich leisten. Die ArbeitnehmervertreterInnen in der ÖGK treten dafür ein, dass Gesundheitsförderung und Prävention sowie die gesellschaftsbezogenen Public Health-Sichtweisen gestärkt werden. In den Politikbereichen, in denen Gesundheit mitgestaltet wird, soll mit gesetzlichen Mitteln diese Verantwortung stärker in den Fokus gerückt werden.

Die ArbeitnehmervertreterInnen in der ÖGK unterstützen den breiten gesellschaftlichen und wissen-

schaftlichen Konsens, dass Gesundheitsförderung und Prävention ausgebaut werden sollen. Um für die Versicherten den besten Gesundheitsnutzen bei zusätzlich eingesetzten Mitteln zu erreichen, soll sich die ÖGK an der wissenschaftlichen Diskussion beteiligen und die Entwicklung mitgestalten. Mit der eigenen seit Jahrzehnten aufgebauten Expertise soll der (wissenschaftliche) Diskurs in der Gesundheitsförderung und Prävention aktiv und kontinuierlich geführt und wissenschaftliche Erkenntnisse gut in die Praxis transferiert werden. Der Austausch mit forschenden und praktisch tätigen Institutionen soll einen Schub erhalten.

Handlungsfelder bis 2025

7.1. Gesundheit von Anfang an: Finanzierungsbeschlüsse umsetzen

Auf einen Blick: Finanzierung für Frühe Hilfen für belastete junge Familien sicherstellen.

Frühe Hilfen sind ein international erprobtes und evidenz-basiertes Konzept, um Familien, die sich bei der Geburt eines Kindes in einer psychisch oder sozial schwierigen Situation befinden, beizustehen. Späteren auch gesundheitlichen Problemen von Müttern und Kindern kann so wirkungsvoll vorgebeugt werden. 64 Bezirke sind derzeit von den Frühen Hilfen umfasst

7. Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention

(die knapp die Hälfte aller Geburten in Österreich abdecken); 30 Bezirke haben noch kein Angebot an Frühen Hilfen. Auch in den Bezirken mit Frühe-Hilfen-Angebot kann der Bedarf derzeit nicht gedeckt werden. Der bedarfsgerechte Ausbau der Frühen Hilfen wird derzeit gerade über EU-Fördermittel durchgeführt. Diese Mittel werden aber nur die Jahre 2022 und 2023 abdecken. Für den Zeitraum ab 2024 liegt zwar ein Grundsatzbeschluss der Bundeszielsteuerungs-Kommission (B-ZK) zur Finanzierung einer flächendeckenden Versorgung vor, die Beschlüsse zur Umsetzung sind aber nach wie vor ausständig. Nötig sind österreichweit rund 20 Millionen Euro jährlich. Die Finanzierung muss – wie in der B-ZK bereits befürwortet – von Bund, Ländern und Sozialversicherung partnerschaftlich übernommen werden. Die langfristige Finanzierung muss endlich umgesetzt werden. Die ÖGK wird die entsprechenden Anträge in der Bundeszielsteuerungskommission einbringen, um den bedarfsgerechten Ausbau der Frühen Hilfen in ganz Österreich ab 2024 sicherzustellen.

7.2. Health in All Policies: Gesundheit in allen Politikfeldern denken

Unsere Gesellschaft hat eine Tendenz entwickelt, große – auch gesundheitliche – Fragestellungen nicht dort zu lösen, wo sie entstehen, sondern sie stattdessen zu „medikalisieren“, das heißt, mit den sehr

teuren Mitteln des Gesundheitssystems zu reparieren.

Anstatt strengere Regeln für die Nahrungsmittelindustrie zu beschließen, werden teure Ernährungskampagnen gestartet. Anstatt die Rahmenbedingungen für gesunde Bewegung zum Beispiel in der Schule zu gestalten, sollen Bewegungsprogramme das erledigen. Anstatt Maßnahmen gegen Vereinsamung im Alter zu setzen, werden Psychopharmaka gegen Depression verschrieben. Die Menschen werden so mit den Problemen, die gesellschaftlich angegangen werden müssten, immer mehr allein gelassen und für die Auswirkungen verantwortlich gemacht. Das kann so nicht weitergehen.

All diese Beispiele zeigen: Mehr Gesundheit für die Menschen beginnt dort, wo wir Regelungen für gesunde Lebensbedingungen schaffen können. Die ArbeitnehmerInnen-Vertretung in der ÖGK tritt als Anwältin für die Versicherten auf und fordert die Gesundheitsperspektive in allen politisch relevanten Themen ein: bei den Arbeitsbedingungen, im Ernährungsbereich, in der Bewegung, im Verkehr, bei den lebenswürdigen Wohnräumen und in der psychischen Gesundheit. Denn: Gesunde Lebensbedingungen sind besser, als Gesundheitsschäden zu reparieren.

Um die relevanten Aspekte mit Nachdruck thematisieren zu können,

setzen wir uns für verpflichtende Gesundheitsfolgenabschätzungen bei Gesetzesbeschlüssen und verpflichtende Berücksichtigung auch im Bereich des öffentlichen Förderwesens, z.B. in der Landwirtschaftsförderung, ein. Darüber hinaus sollten insbesondere in den Normen des Bildungsbereichs, Arbeits- und Sozialrechts, Lebensmittelrechts und Veterinärwesens Zielbestimmungen für gesundheitsförderliche Gesetzgebung etabliert werden.

7.3. Gesundheit am Arbeitsplatz: gesundheitsfördernde Betriebe bei Ausschreibungen bevorzugen

Auf einen Blick: Betriebe mit BGF-Gütesiegel bei Ausschreibungen bevorzugen.

Die meisten Menschen im Erwerbsalter verbringen einen Großteil ihres Tages am Arbeitsplatz. Die Gestaltung dieses Arbeitsplatzes ist deshalb zentral für die langfristige Gesundheit. Es geht um Ergonomie (Stichworte sind z.B. Lärm, Heben/Tragen von Lasten, Sitzmöbel, Licht, Belüftung), um Organisation und Kommunikation (Stichworte sind z.B. Stress, Überblick & Information, Einflussmöglichkeiten, Transparenz, Führungskultur) und um die Förderung gesundheitsförderlichen Verhaltens (Rauchen, Ernährung, Bewegung).

Viele Betriebe sind sehr engagiert, um für die und mit den MitarbeiterInnen ein gesundheitsförderndes

Arbeitsumfeld zu gestalten. 1771 Betriebe haben in den letzten zehn Jahren dafür das Gütesiegel für betriebliche Gesundheitsförderung erhalten. Diese Betriebe müssen unterstützt werden. Eine Forderung ist, sie bei Ausschreibungen gegenüber Unternehmen bevorzugt zu dürfen, die nichts für die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen tun. Die entsprechenden rechtlichen Regelungen müssen angepasst werden, um das zu ermöglichen. Die ÖGK wird mit diesem Anliegen an den Gesetzgeber herantreten.

7.4. Gesundheit in der Schule: Gesundheitskompetenzen mit konkreten Beispielen ausbauen

Auf einen Blick: Steigerung der Gesundheitskompetenz in Schulen.

Ein wichtiger Ort für die Umsetzung von Strategien zur Gesundheitsför-

derung ist insbesondere die Schule, da hier auf alle Bevölkerungsschichten ohne Unterschied zugegangen und Informationen breit zugänglich gemacht werden können.

Als eine der größten Herausforderungen für den Gesundheitsbereich in den nächsten Jahren gilt die Thematik „Antimikrobielle Resistenzen (AMR)“. Resistenzen führen dazu, dass Antibiotika unwirksam werden, Infektionen im Körper bleiben und die Gefahr der Verbreitung auf andere Personen steigt. Langfristige Konsequenzen sind längere Krankheits- und Behandlungsdauern, die Ausbreitung resistenter Mikroorganismen bis hin zu vermeidbaren Todesfällen. Insgesamt sind damit jedenfalls auch höhere Gesundheitskosten verbunden.

Die Entstehung von Resistenzen wird insbesondere durch den fehlerhaften Einsatz und übermäßigen

Gebrauch von Antibiotika beschleunigt. Österreich nimmt hier im internationalen Vergleich eine relativ gute Position ein und es gibt auch einen entsprechenden Nationalen Aktionsplan. Damit dies auch so bleibt, müssen weitere Maßnahmen ergriffen werden, um präventiv die Ausbreitung antimikrobieller Resistenzen zu verhindern.

Um die Gesundheitskompetenz in diesem Bereich zu steigern, ist es sinnvoll, bereits in den Schulen anzusetzen, damit das Wissen über Antibiotika und Resistenzen niederschwellig und bereits in einem frühen Alter zugänglich gemacht werden kann. Es handelt sich hierbei um ein „Best practice“-Beispiel, wie die Schule als Ort für die Umsetzung von Public Health bzw. gesundheitsfördernden Maßnahmen insbesondere im Bereich der Gesundheitskompetenz eingesetzt werden kann.

JETZT in unsere Gesundheit investieren!



7. Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention

Prävention

Prävention zielt einerseits auf die Früherkennung von Krankheiten, um sie besser behandeln zu können. Andererseits ist es eine Aufgabe der Prävention, Menschen beim Umgang mit ihrer Krankheit zu unterstützen, um eine möglichst gute Lebensqualität zu erreichen.

In Österreich gibt es rund 2,5 Millionen chronisch Kranke. Sie finden außerhalb der Arztpraxen relativ wenig strukturierte Angebote zu ihrer Unterstützung vor. Schulungsprogramme mit regelmäßigen Auffrischungsangeboten sind internationaler Standard bei der Betreuung von Erkrankungen wie z.B. Diabetes, Hypertonie oder Asthma.

Ansatzpunkte der Prävention sind damit Früherkennungsprogramme sowie Beratungs- und Schulungsangebote. Der Gesundheitskompetenz kommt in diesem Kontext besondere Bedeutung zu: Je mehr Menschen über ihre Krankheit und vor allem über alle Möglichkeiten zur Verbesserung Bescheid wissen, umso positiver entwickelt sich ihre Lebenssituation.

Österreich liegt nach wie vor bei der Anzahl der RaucherInnen im oberen Bereich der Vergleichsstaaten. Auch beim Alkoholkonsum sind wir im Spitzenfeld dabei. In beiden Bereichen müssen Angebote zum Ausstieg ausgeweitet werden und die

Teilnahme – speziell am langwierigen Alkoholentzug – erleichtert werden.

Nachholbedarf hat Österreich auch bei der Kindergesundheit – das zeigen die Zahlen der GÖG. Kinder nehmen an Gewicht zu – mit allen Folgen, physischer wie psychischer Natur. Bei der Zahngesundheit verfestigt sich die Situation, dass rund ein Viertel der Kinder wirklich schlechte Zähne hat. Bewegungsmangel und falsche Ernährung führen zu immer mehr übergewichtigen Kindern. Auch hier sind dringend Angebote notwendig, um Kinder und ihre Familien bei Lebensstiländerungen zu unterstützen. Es muss insbesondere auch das Umfeld der Kinder und Jugendlichen gestärkt werden, z.B. durch gesundheitsorientierte Elternbildung und Nutzung der Schule als niederschweligen gesundheitsfördernden Lebensraum.

Handlungsfelder bis 2025

7.5. Bewegung = Prävention: Bewegungsprogramme bei chronischen Erkrankungen aufbauen

Auf einen Blick: Verringerung von Volkskrankheiten durch Förderung von Bewegung.

Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparats sind die zweithäufigsten Ursachen sowohl bei den Krankenstandstagen als auch bei den Neuzugängen zu Invaliditäts-

pension und Rehabilitationsgeld. In vielen Fällen sind diese Erkrankungen die Folge von einseitigen Belastungen oder Bewegungsmangel.

Auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Stoffwechselerkrankungen (Stichwort: Diabetes) wirkt Bewegung präventiv. Wir wissen aus den österreichischen Gesundheitsberichten, dass nur 40 Prozent der ÖsterreicherInnen nach eigenen Angaben die minimalen Bewegungsempfehlungen von entweder 3 Stunden Alltagsbewegung oder 75 Minuten Sport pro Woche einhalten. Auch eine dritte große Gruppe der Volkskrankheiten – leichtere psychische Erkrankungen – können evidenzbasiert mit gezielten Bewegungsprogrammen behandelt werden.

In allen drei Bereichen – Bewegungsapparat, Herz-Kreislauf/Stoffwechsel und Psyche – belegen zahlreiche Studien die Wirksamkeit von Bewegungsprogrammen. Der Vorteil für die Betroffenen ist, dass ohne oder mit weniger Medikamenten die Schmerzen und Leiden gebessert werden. Der Vorteil für das solidarische Gesundheitssystem ist, dass präventive therapeutische Bewegungsprogramme deutlich günstiger sind als individuelle medizinische Therapien.

Es geht aber nicht um Appelle, sich mehr zu bewegen, sondern es braucht Angebote. Zwar gibt es eine

Fülle von Angeboten am Markt. Diese weisen aber zwei Probleme auf: Sehr viele Trainingsangebote wenden sich eher an sportliche Menschen und schrecken klassische Bewegungsmuffel ab. Und: Sie kosten im allgemeinen Geld.

Aufgabe einer Krankenversicherung ist es auch, Menschen beim Gesundbleiben zu unterstützen. Kostenlose Bewegungsangebote als Begleitung zu einer Lebensstil-Umstellung gehören daher z.B. in Deutschland zu den Standard-Leistungen der Krankenversicherungen. Rückenfit-Kurse und andere Präventionsprogramme für Zivilisationserkrankungen sollen als Leistungsangebot der ÖGK aufgebaut werden. Sie sollen nicht als Dauerprogramm in Anspruch genommen werden können, sondern als Beitrag zur eigenen Verhaltensänderung in einem definierten Umfang zur Verfügung stehen.

7.6. Vorsorge-Untersuchung: Vorarlberger Koloskopie-Programm in ganz Österreich übernehmen

Die Wissenschaft ist sich bei der Wirksamkeit von Krebs-Vorsorgemaßnahmen selten so sicher wie bei der Vorsorgekoloskopie. Ab dem 50. Lebensjahr alle 10 Jahre eine Koloskopie kann viel Leid in der zweiten Lebenshälfte verhindern. Ein standardisiertes Programm mit fixen Einladungen schafft Sicherheit für alle, nicht nur für die, die sowieso gehen. Ein solches Qualitätspro-

gramm verhindert zu häufige oder sinnlose Untersuchungen, die mit Risiken verbunden sind. Vorarlberg hat seit Jahren ein sehr erfolgreiches Modell. Dieses soll österreichweit ausgerollt werden, um die Anzahl an Dickdarmkrebs-Erkrankungen zu verringern.

7.7. Metabolisches Syndrom: Flächendeckende Präventions- und Schulungsprogramme anbieten

Auf einen Blick: Gesundheitskompetenz von Menschen mit Diabetes, Bluthochdruck, Prädiabetes & Co ausbauen und Prävention stärken.

Diabetes gilt als tickende Zeitbombe für die Gesundheitssysteme der Industrieländer. Durch einen sitzenden Lebensstil mit zu viel hochkalorischer Nahrung wächst die Anzahl der DiabetikerInnen.

Für bereits erkrankte DiabetikerInnen ist eine hohe Gesundheitskompetenz besonders wichtig – das zeigen internationale Studien. Wer sich mit der Krankheit gut auskennt, bleibt länger stabil und Folgeschäden wie Erblindung, Schlaganfall, Nierenversagen oder Fußamputationen können vermieden werden. Der Ausbruch von Diabetes kommt aber nicht über Nacht. Ihm gehen lange Zeiträume erhöhter Blutzucker- und meist auch Blutfettwerte voran. Präventionsprogramme zur Verhaltensänderung nach internationalen

Standards können Menschen helfen, ihr Verhalten so zu verändern, dass sie nicht erkranken.

Speziell bei Diabetes ist es wichtig, den Umgang mit der eigenen Erkrankung zu erlernen, dazu gibt es evaluierte internationale Konzepte. Ein flächendeckendes Schulungsangebot, das sich an diesen erprobten Modellen orientiert, muss wohnortnah für alle Diabetes-PatientInnen aufgebaut werden.

Prädiabetes bezeichnet ein erhöhtes Risiko, Diabetes zu bekommen, aufgrund einer Kombination aus familiären Neigungen und Lebensstil. Ohne gesunde Menschen zu Kranken machen zu wollen, möchten wir stärker auf später krankmachende Faktoren eingehen. Übergewicht, hohe Blutdruckwerte und hohe Blutzuckerwerte (prä-Diabetes) sind noch keine Krankheiten an sich. Wir wissen aber, dass sie später zu jenen Krankheiten werden, die das Gesundheitssystem und die Lebensqualität der betroffenen Menschen stark negativ beeinflussen.

Daher ist es sinnvoll, diese Zielgruppe an Menschen so frühzeitig abzuholen, dass die Krankheiten durch Lebensstilveränderungen gar nicht oder erst viel später ausbrechen. Gerade die genannten Erkrankungsrisiken lassen sich durch mehr Bewegung und bessere Ernährung in Verbindung mit Alkohol- und Tabakpräventionsmaßnahmen meist

7. Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention

gänzlich ohne Medikamente beseitigen. Die ÖGK muss daher flächendeckende Programme für Menschen mit metabolischem Syndrom ausarbeiten und anbieten.

7.8. Alkohol: Angebote zur ambulanten Alkohol-Reha in ganz Österreich ausrollen

Alkohol-Reha ist in vielen Bundesländern nur stationär und nicht wohnortnah möglich. Damit werden Menschen erst in einem sehr späten Stadium ihrer Alkoholsucht erreicht. In früheren Stadien der Erkrankung sind sie häufig noch in Familie und Arbeitswelt eingebunden – weswegen eine 6-monatige stationäre Reha nicht in Anspruch genommen wird. Alkoholranke nehmen die stationäre Reha oft erst in einem späteren Stadium in Anspruch, wenn sie aus ihren sozialen Netzen bereits herausgefallen sind. Die Abbruchraten der Reha sind dann deutlich höher als bei Alkoholkranken in früheren Stadien – dies zeigen z.B. die Erfahrungen des Kooperationsprojekts von Pensionsversicherungsanstalt, Land und ÖGK „Alkohol. Leben können“ in Wien.

Die ÖsterreicherInnen haben laut aktuellem OECD-Bericht gemeinsam mit Tschechien und Litauen den höchsten Alkoholkonsum pro EinwohnerIn. 15 Prozent der ÖsterreicherInnen konsumieren Alkohol in einem problematischen Ausmaß, davon sind fünf Prozent alkoholkrank. Vielen von ihnen könnte

besser geholfen werden, wenn es wohnortnah ambulante Angebote gäbe. In den Bundesländern, in denen es keine Angebote zur ambulanten Alkohol-Reha gibt, müssen diese in den nächsten Jahren aufgebaut werden. Als Modell kann das äußerst erfolgreiche und vom IHS evaluierte Wiener Projekt „Alkohol. Leben können“ dienen. Laut Evaluation ist es gelungen, 72 Prozent der Patientinnen und Patienten in der Erwerbstätigkeit zu halten bzw. wieder in die Erwerbstätigkeit zu bringen (14 Prozent). Das ist häufiger als bei anderen Programmen. Ein wichtiger Faktor ist, dass die PatientInnen durch die verstärkte ambulante Therapie nicht aus dem Berufs- und Lebensalltag herausgerissen werden. Das Projekt „Alkohol. Leben können“ soll für die Versicherten in allen Bundesländern zur Verfügung stehen. Es muss dafür auf die Gegebenheiten in den einzelnen Bundesländern angepasst werden. Zuletzt haben sich aufgrund der verschärften Situation auch alle Sucht- und DrogenkoordinatorInnen der Länder dafür ausgesprochen. Voraussetzung für die Ausrollung des Projektes „Alkohol. Leben können“ in ganz Österreich ist eine gesicherte Mitfinanzierung durch die Pensionsversicherungsanstalt (PVA).

7.9. Gesunde Kinderzähne: Zahnpass für unter 10-Jährige einführen

Auf einen Blick: Durch Einführung eines Zahnpasses, der

auch Mundhygiene umfasst, soll Karies bei Kindern verringert werden.

Rund die **Hälfte der österreichischen Kinder hat Karies**, viele von ihnen allerdings nur in geringem Ausmaß. Aber rund ein Fünftel aller sechsjährigen Kinder in Österreich hat schwer kariöse bzw. geschädigte oder fehlende Zähne. Viele dieser Kinder kommen aus finanziell schwachen Familien. Deshalb soll im Rahmen eines „Zahnpasses“ für Kinder unter 10 Jahren eine Kombination aus professioneller Mundhygiene, Versiegelungen und Mundhygiene-Beratung auf Kosten der Krankenversicherung bezogen werden können. Diese Kinder können sowohl bei VertragszahnärztInnen als auch in den eigenen Zahngesundheitszentren der ÖGK behandelt werden. Rund 60.000 vier- bis zehnjährige Kinder (= ca. 15 % der Altersgruppe) wären von diesen Maßnahmen umfasst, die zu gesünderen zweiten Zähnen führen.

7.10. Adipositas: Gruppenangebote für übergewichtige Kinder anbieten

Auf einen Blick: Fokus auf Vermeidung von Adipositas bei Kindern legen durch rechtzeitige Angebote zum Abnehmen.

Nach dem österreichischen Ernährungsbericht 2017 sind bereits 21-30 % der 8- bis 9-Jährigen übergewichtig oder adipös. Insgesamt werden

rund ein Fünftel der Mädchen und ein Viertel der Buben als übergewichtig eingeschätzt. **Adipositas im Kindesalter** hat gravierende Auswirkungen, betroffene Kinder leiden im Erwachsenenalter häufiger unter gesundheitlichen Problemen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2 oder Gelenksabnutzungen. Auch sind übergewichtige Kinder häufiger psychisch belastet, was mit einer Reihe an negativen Effekten für die Entwicklung der Kinder einhergeht.

Da der Lebensstil bereits in der frühen Kindheit entscheidend geprägt wird, müssen präventive Maßnahmen so früh wie möglich ansetzen. Neben der **gezielten Aufklärung** bereits in der Schwangerschaft und Stillzeit sind ganzheitliche Programme mit einem multidisziplinären Team aus MedizinerInnen, PsychologInnen, DiätologInnen und SportwissenschaftlerInnen notwendig, um diese Kinder und deren Eltern zu betreuen.

Ziel ist die **flächendeckende Betreuung übergewichtiger/adipöser Kinder und Jugendlicher** im Alter von 4 bis 18 Jahren sowie de-

ren Eltern. Mit Hilfe von sozial-pädagogischen Gruppen soll eine nachhaltige Umstellung des Lebensstils und der Ernährungsgewohnheiten gefördert und unterstützt werden. Die Krankenversicherung muss beginnen, diese Angebote in ganz Österreich aufzubauen. Ziel bis 2025 ist es, solche Programme niederschwellig, wohnortnah und bedarfsorientiert anzubieten.

7.11. Psychische Prävention: übermäßige Belastungen mit Beratungsangeboten abfangen

Auf einen Blick: Beratung und Betreuung für Menschen mit Belastungen durch PsychologInnen ausbauen.

Unsere psychische Gesundheit ist, durch die Coronakrise, aber auch durch eine geänderte Arbeitswelt und andere Faktoren, oft belastet. Auch wenn viele Menschen dadurch nicht psychisch krank sind, braucht es für diese Menschen ein breites Angebot an präventiver Unterstützung, sodass die Belastung nicht zu einer Krankheit führt.

Daher sind wir mit dem Gesund-

heitsminister in Gesprächen, um die Betreuung durch PsychologInnen als Pflichtleistung der Krankenversicherung in das ASVG zu schreiben. Dadurch sollen Menschen, die unter psychischen Belastungen leiden, einen Anspruch auf kostenlose Beratungsgespräche mit PsychologInnen erhalten.

Auch Menschen, die in besonderen Belastungssituationen sind, wie pflegende Angehörige, Angehörige von Demenzkranken oder von psychisch kranken Menschen sollen diese Leistungen in Anspruch nehmen können.

Diese Beratung soll, wenn notwendig, in eine umfassendere Betreuung in Kooperation mit dem Case Management eingebettet werden, denn in den allermeisten Fällen weisen psychische Belastungen ein Bündel an Ursachen auf.

Das allgemeine Public Health Prinzip, wonach die Lebens- und Rahmenbedingungen so gestaltet sein sollen, dass die Gesundheit gefördert wird und Krankheit erst gar nicht entsteht, gilt besonders im Bereich der psychischen Gesundheit.

8. Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Mit dem SV-OG wurde eine unterfinanzierte ÖGK geschaffen und uns als Selbstverwaltung ein schwerer Rucksack umgehängt. Der Krankenversicherung werden bis 2024 insgesamt 744 Mio. Euro entzogen. Es wurde eine PatientInnenmilliarde und eine Leistungsharmonisierung über alle Träger angekündigt. Beides wurde bisher nicht eingelöst, es wurden noch nicht einmal die Grundlagen in Form eines Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherungen aufgestellt. Der Risikoausgleich zwischen den Trägern ist mittlerweile in allen umliegenden Ländern Standard. Zuletzt hat sich mit der Coronakrise die ungleiche Verteilung weiter verstärkt. Hier ist der Bund gefragt, die Rahmenbedingungen für eine langfristig gut abgesicherte Finanzierung der Krankenversicherung zu gewährleisten und auch die reine Finanzierung aus dem Faktor Arbeit zu hinterfragen.

Handlungsfelder bis 2025

8.1. Entzogene Mittel für die Krankenversicherung müssen rückerstattet werden

Der Krankenversicherung werden bis 2024 insgesamt rund 744 Mio. Euro entzogen. Darin enthalten sind weniger GSBG-Mittel im Ausmaß von 174 Mio. Euro, mehr Zahlungen an die Privatkrankenhäuser im Ausmaß von 65 Mio. Euro. Zusätzlich wird die Beitragssatzsenkung der Unfall-

versicherung zu Lasten der Krankenversicherung finanziert, indem der Pauschbetrag (§319a, rund 500 Mio. Euro) ausgesetzt wird. Darüber hinaus gibt es höhere Belastungen beim Pflegekostenzuschuss und den Fondsrestmitteln §447h.

Um die Finanzierbarkeit der ÖGK sicherzustellen, müssen die entzogenen Mittel rückerstattet werden. So fordern wir die Rückabwicklung der Aufstockung für die Privatkliniken. Der PRIKRAF-Fonds wurde um 14,7 Mio. Euro jährlich aufgestockt, was mit der Aufnahme der Privatklinik Währing argumentiert wurde. Weiters fordern wir die Auszahlung der GSBG-Mittel in der ursprünglichen Höhe.

8.2. Hebesätze für PensionistInnen auf dem höchsten Niveau harmonisieren

Bei den Krankenversicherungsbeiträgen der PensionistInnen wird ein fiktiver Dienstgeber angenommen. Dieser fiktive Dienstgeber zahlt einen Teil des Krankenversicherungsbeitrages der PensionistInnen und wird als Hebesatz bezeichnet und gesetzlich geregelt. Dieser Anteil ist aber bei den Krankenversicherungsträgern nicht gleich geregelt. Der Hebesatz für den fiktiven Dienstgeberanteil der Krankenversicherungsbeiträge bei den PensionistInnen ist bei den Trägern sehr unterschiedlich gesetzlich geregelt und führt zu einer unterschiedlich guten finanziellen Aus-

stattung der Krankenversicherungen. Auch bei dieser Regelung ist die ÖGK schlechter gestellt. Diese Ungleichbehandlung muss im Sinne einer harmonisierten Krankenversorgung aufgehoben werden.

Der Gesetzgeber soll die Hebesätze angleichen und auf dem höchsten Niveau harmonisieren.

8.3. Risikostrukturausgleich zwischen den KV-Trägern schaffen

Die ÖGK hat im Jahr ca. 2.140 Euro Einnahmen je Anspruchsberechtigtem/r (Stand 2020) und damit um ca. 440 Euro pro Kopf weniger Geld für die Krankenversicherung zur Verfügung als beispielsweise die BVAEB mit 2.580 Euro Einnahmen je Anspruchsberechtigtem/r. In den beiden Krankenversicherungen werden unterschiedliche Risiken versichert, das ist keine Besonderheit. Die beispielsweise in der BVAEB zusätzlich bezahlten Selbstbehalte machen pro Versicherten lediglich 52 Euro pro Jahr an Mehreinnahmen aus. Eine Besonderheit im Vergleich zu anderen Ländern in direkter Umgebung ist, dass es hierfür keinen Risikoausgleich zur Gleichstellung der Versicherten gibt, in dem die strukturellen Ungleichheiten abgedeckt werden.

Derzeit sind bei der ÖGK viele Gruppen versichert, die nur geringe Beiträge leisten können - Arbeitslose,

WenigverdienerInnen und AsylwerberInnen. Dadurch ist das Beitragsaufkommen je Anspruchsberechtigtem/r beispielsweise weit unter dem Niveau der Beamtenversicherung. In allen umliegenden Ländern werden mit einem Ausgleichstopf die unterschiedlichen versicherten Risiken bei den Versicherungen ausgeglichen. In der Corona-Zeit wurden diese Unterschiede ganz offensichtlich. Die Arbeitslosenzahlen gingen in die Höhe und damit die Beitragseinnahmen bei der ÖGK hinunter, die Beamten in der BVAEB blieben alle im Job und die Beiträge flossen wie zuvor. Während in der ÖGK Beitrags-Stundungen, Arbeitslosigkeit und der Ausfall der Beitragsprüfung zu erheblichen Beitragsausfällen geführt haben, gingen diese Probleme an der BVAEB spurlos vorüber. Diese Nachteile müssen ausgeglichen werden. Es kann nicht sein, dass die Berufsstände aus den 1930er-Jahren in den Jahren 2020 bis 2025 immer noch zu einer unterschiedlichen Behandlung der Versicherten führen.

Wie in den umliegenden Ländern soll ein Risikostrukturausgleich geschaffen werden, durch den die Beitragsgelder nach Risiko der Versicherten auf die einzelnen Träger verteilt werden. So wird die Basis für die angekündigte Leistungsharmonisierung über alle Versicherten bei den unterschiedlichen Kranken-

versicherungsträgern geschaffen. Gerade die Coronakrise hat einmal mehr bewiesen, dass Strukturunterschiede ausgeglichen werden müssen.

8.4. Faktor Kapital in die Finanzierungsgrundlage der Krankenversicherung einbauen

In einer Zeit der Digitalisierung und Automatisierung muss die derzeit komplett von Arbeitseinkommen berechnete Beitragsbasis der Gesundheitsfinanzierung auf breitere Beine gestellt werden. Zu dieser mittelfristigen Notwendigkeit kommt die aktuelle Corona-Situation, die den Leidensdruck beachtlich erhöht, da die Zahl der Erwerbstätigen zwischenzeitlich massiv zurückgegangen ist und dadurch erstmals die Beitragseinnahmen bei steigenden Kosten sanken. Die Schwächen dieses Systems, das auf expandierenden Löhnen und Erwerbsverhältnissen aufbaut, wurden offensichtlich.

Wir fordern eine nachhaltige finanzielle Absicherung der Krankenversicherung durch eine Verbreiterung der Finanzierungsgrundlagen. Neben der bisherigen rein arbeitsbezogenen Finanzierung soll zur nachhaltigen finanziellen Absicherung der Krankenversicherung der Faktor Kapital einbezogen werden.

8.5. Gesundheitsfinanzierungssicherheitspaket vom Bund einfordern

Während der Coronakrise gab und gibt es eine Reihe an negativen Auswirkungen auf das Beitragsaufkommen der Sozialversicherung als Ganzes und auf die ÖGK im Speziellen. Die höhere Arbeitslosigkeit, drohende Insolvenzen und die Aussetzung der Beitragsprüfung treffen in der Krankenversicherung vor allem die ÖGK und weniger beispielsweise die BVAEB. Diese Mindereinnahmen passieren im Umfeld einer akuten Gesundheitskrise mit unklarem Ausgang. Gerade in dieser Situation sollte in die Gesundheitsversorgung investiert werden, damit eventuelle weitere Krankheitswellen gut bewältigt werden können.

Wir fordern daher ein Gesundheitsfinanzierungssicherheitspaket. Das Paket soll die Übernahme von neuen Leistungen wie bspw. Erwachsenen-Impfprogramm, neue Vorsorgeleistungen und innovative Therapien finanzieren. Nur so kann die Versorgung für die Versicherten auf dem bisherigen hohen Niveau weiter bereitgestellt und weiterentwickelt werden.

Beteiligung der Versicherten



Das Modell der österreichischen Krankenversicherung und somit der Gesundheitsversorgung war immer als breites Versichertenbeteiligungsmodell konzipiert. Diese Idee ist daher wieder intensiver zu verfolgen.

Auch wenn die ÖGK nun ein bundesweiter Träger ist, müssen die BeitragszahlerInnen und VertragspartnerInnen in den Regionen in die Entscheidungen einbezogen werden. Die Aufgabe der Landesstellen bzw. deren RepräsentantInnen muss es daher sein, die ÖGK in den Regionen zu repräsentieren und den regelmäßigen Kontakt mit Versicherten und VertragspartnerInnen zu halten. Dies kann mit Dialogveranstaltungen genauso erfolgen wie mit persönlichen und schriftlichen Informationen. Gesundheitsversorgung kann nicht von einer Zentrale auf das gesamte Bundesgebiet übertragen werden, sondern muss aus den Regionen entwickelt werden.

Der Erfolg der ÖGK wird sich nur dann einstellen, wenn die Menschen in den Regionen gemäß ihrer oft unterschiedlichen Bedürfnisse in die

Entscheidungen der Führung in der Selbstverwaltung eingebunden sind und diese in ihrem Sinne mitbeeinflussen können.

Handlungsfelder bis 2025

Image der Selbstverwaltung als Versichertenbeteiligungsmodell ausbauen

In der Selbstverwaltung ist die moderne progressive Forderung „Betroffene zu Beteiligten machen“ strukturell realisiert. Die Köpfe und Gesichter dieser Beteiligung sind die Landesstellenausschuss-Mitglieder in ganz Österreich. Ziel ist hier ein Versichertenservice, der als breites Bürgerbeteiligungsmodell der betroffenen Menschen konzipiert ist, öffentlichkeitswirksam tätig ist und Probleme sowie Bedürfnisse der Versicherten aufnimmt und aufzeigt. Dadurch soll das Image der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung als Beteiligungsmodell nach und nach weiter gestärkt werden. Die Idee ist, die Selbstverwaltung als das zu positionieren, was sie in Wirklichkeit ist, ein Bottom-Up-System mit politischen AkteurInnen, die sich

als Mitglieder des Landesstellenausschusses wiederfinden.

Regionale Selbstverwaltung / Landesstellenausschüsse stärken

Derzeit sind die Landesstellenausschüsse als Nachfolgerinnen der Gremien der Gebietskrankenkassen stark geschwächt und entmachteter. Das ist eine direkte Folge der türkis-blauen Kassenfusion, die genau diese Entmachtung auf Landesebene bezweckt und erreicht hat. Damit die Selbstverwaltung auf Landesebene wieder möglichst stark für die Interessen der Versicherten auftreten kann, wollen wir die Kompetenzen ausbauen. Als ersten Schritt wollen wir die Landesstellenausschüsse stärken, indem sie die Möglichkeit bekommen, eigene thematische Ausschüsse zu bilden. So sollen beispielsweise „Beitrags- und Regressausschüsse“ auf Landesstellenebene eine zusätzliche Kontrollfunktion im Sinne der Versicherten wahrnehmen können. Im gemeinsamen Austausch sollen die Möglichkeiten der Landesstellenausschüsse sukzessive ausgebaut werden. So sollen nach bundesweiten Rahmen-

Beteiligung der Versicherten

richtlinien regional notwendige Entscheidungen wieder verstärkt selbst getroffen werden, dies, um Entscheidungswege zu verkürzen und regionale Notwendigkeiten besser berücksichtigen zu können. Dazu benötigt die regionale Selbstverwaltung auch die entsprechenden Ressourcen.

Ombudsstellen als wichtigen Teil der Selbstverwaltung aufbauen

Probleme für die Versicherten im Einzelfall zu lösen, beweist die versichertennahe aktive Rolle der gewerkschaftlichen AkteurInnen in der Selbstverwaltung, stärkt das Verständnis für die gelebten Abläufe und fokussiert den Blick für Probleme der Versicherten. Mit dem Überblick über die Beschwerden und Anregungen der Versicherten können Problemfelder in der Verwaltung identifiziert werden. Gerade jetzt nach der Fusion und der anstehenden Neuordnung der Prozesse kann die Selbstverwaltung hier eine

äußerst wichtige Kontrollfunktion, besonders auf regionaler Ebene, einnehmen und bei Bedarf gezielt steuernd einwirken.

Wir wollen ein Beschwerde- und Anreizmanagement aufbauen, das für ein wirksames, gesundheitspolitisches Auftreten die notwendigen Einzelfälle liefert.

Beteiligungsmöglichkeiten für Versicherte ausbauen

Für die Versicherten ist die Selbstverwaltung oft nicht besonders gut greifbar oder erkennbar. Um das zu ändern, soll gemeinsam eine „Selbstverwaltung zum Angreifen“ entwickelt und umgesetzt werden. Damit sollen niederschwellige Beteiligungsmöglichkeiten der Versicherten an der Selbstverwaltung auf- und ausgebaut werden. Wie diese Modelle genau aussehen und ausgestaltet sind, beispielsweise als Versichertenparlament, Versicherten-

rat oder Ähnliches, soll in eigenen Workshops erarbeitet werden und die Beteiligung und Einbeziehung unterschiedlicher Versichertengruppen von Jugendlichen/Lehrlingen über Arbeitende, Kranke/Selbsthilfegruppen bis zu PensionistInnen gewährleisten.

Selbsthilfe besser einbinden

Die Grundidee der Selbsthilfe besteht darin, dass Betroffene ExpertInnen in eigener Sache sind. Dadurch ist sie mit der Selbstverwaltungs-idee grundsätzlich sehr nahe verwandt.

Der direkte Zugang zu Versicherten, die eine häufige Nutzung der Krankenversicherungsleistungen aufweisen, soll für die Selbstverwaltung intensiv genutzt werden. Die Perspektiven der Heavy User sind für die Weiterentwicklung der Leistungen von großem Wert.





Gesundheitspolitisches Programm

Unser Auftrag für die Versichertengemeinschaft

Rückfragen

Andreas Huss, MBA

ÖGK-Obmann

+43 664 614 55 34
andreas.huss@oegk.at

www.oegk.at

