



Gesundheitspolitisches Programm aus Sicht der Versichertengemeinschaft

JETZT in unsere Gesundheit investieren!

Juli 2020

ÖGK-Obmann Andreas Huss, MBA

JETZT in unsere Gesundheit investieren

Frischer Wind in der ÖGK: Fokus auf Anliegen der Versicherten

Mit 1. Juli 2020 übernimmt die Arbeitnehmerkurie für ein halbes Jahr den Vorsitz in der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). Der Gesundheitsexperte und bisherige stv. Obmann Andreas Huss ist bis Jahresende ÖGK-Obmann. Anlässlich dieses Funktionswechsels legt die Arbeitnehmerkurie ein Programm zum Ausbau des österreichischen Gesundheitswesens vor, das zentrale Ziele bis 2025 festlegt.

Nach Diskussionen rund um Logos, Designs und Beraterverträge stehen damit nun die Anliegen der Versicherten im Mittelpunkt.

Das 7-Punkte-Programm bis 2025

1. Hausärztliche Versorgung verbessern und langfristig sichern
2. Österreichweite Impfprogramme verbessern
3. Kassenfinanzierte Therapien ausbauen
4. Gesundheits-Hotline 1450 ausbauen
5. Strukturierte Betreuung für chronisch Kranke
6. Darmkrebs-Screening einführen
7. Gesundheit – vor allem für Kinder!

„Wir brauchen zuerst die bestmögliche hausärztliche Versorgung. Dafür müssen wir die Rahmenbedin-

gungen von der Ausbildung bis zu den Honoraren verbessern. Andere Gesundheitsberufe wie die Pflege müssen die Hausärzte dabei unterstützen. Hier spielt auch ein Ausbau der Gesundheits-Hotline 1450 eine wesentliche Rolle – zur bestmöglichen zielgerichteten Versorgung der PatientInnen ebenso wie zur Entlastung der ÄrztInnen“, führt Huss aus.

„In meiner Obmannschaft geht es darum, die Versicherten bestmöglich zu versorgen – von verbesserten Therapien über österreichweite Impf- und Vorsorgeprogramme bis hin zu einer optimalen Gesundheitsförderung in Betrieben und Schulen. Die Kindergesundheit ist mir hier ein besonderes Anliegen, dem ich großes Augenmerk widmen werde“, so Huss weiter.

Für jene, die chronisch krank sind, müsse es darüber hinaus strukturierte Betreuungsprogramme geben, die mithelfen, den Gesundheitszustand der PatientInnen möglichst lange auf hohem Niveau zu halten. „In diesem Zusammenhang ist auch eine laufende Überprüfung bei Mehrfach-Medikationen enorm wichtig“, so Huss.

„Alle vorgeschlagenen Maßnahmen kosten Geld. Wenn wir uns aber überlegen, wieviel Geld wir uns mit einer gesünderen Bevölkerung sparen können, um wieviel die Lebensqualität der Menschen steigen kann, dann müssen wir jetzt investieren.

Die Ernte werden wir in zehn Jahren einfahren“, sagt Huss. Der ÖGK wurde durch die Maßnahmen der früheren türkis-blauen Regierung viel Geld entzogen, durch die Pandemie fehlen dazu große Teile der Beitragszahlungen. Die Forderung der Arbeitnehmerkurie ist kurz und klar: Die Bundesregierung muss der ÖGK die entzogenen Mittel zurückgeben und die entgangenen Beiträge – wie auch in anderen Bereichen – ersetzen.

„Die Pandemie hat eines klar gezeigt: Im Gesundheitssystem zu sparen, zahlt sich nicht aus! Investieren wir in die Gesundheit Österreichs – Jetzt!“, so Huss.

Andreas Huss startet seine Obmannschaft mit einer Tour durch Österreich: „Mir ist es wichtig, mit allen Beteiligten in den Regionen, der Ärzteschaft, den Gesundheitspolitikern, den Beschäftigten und den FunktionärInnen in der ÖGK zu sprechen, um die Herausforderungen in den Bezirken kennenzulernen und für die Umsetzung unserer Maßnahmen zu werben.“

Zur Person

Andreas Huss, MBA, (56) übernimmt mit 1. Juli 2020 für sechs Monate die Funktion des Obmannes in der ÖGK. Der Salzburger war seit 2013 Obmann der Salzburger Gebietskrankenkasse, und seit der Zusammenlegung stellvertretender ÖGK-Obmann und Obmann der Arbeitnehmerkurie.

Gesundheitspolitisches Programm

aus Sicht der Versichertengemeinschaft

Einleitung

Die Arbeitnehmerkurie legt für die erste Periode des Verwaltungsrats der neuen ÖGK ihre Zielsetzungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems vor. In sieben zentralen Handlungsfeldern geht es um Verbesserungen für die Versicherten. Österreich hat ein gutes Gesundheitssystem. Es wird aber nur gut bleiben, wenn es laufend weiterentwickelt wird. Die drastischen finanziellen Kürzungen für die ÖGK durch die Maßnahmen der letzten Regierung müssen daher zurückgenommen werden. Eine stabile finanzielle Grundlage ist notwendig, um Reformen im Gesundheitssystem und notwendige Maßnahmen umsetzen zu können.

Fundierte Analysen zur Struktur, zur Finanzierung und zu den Problemen des österreichischen Gesundheitswesens liegen dank vieler Experten vor. Grundlegende Reformen benötigen die Zusammenarbeit aller Akteure – von Bund, Ländern, Sozialversicherung. Mit der Einführung der gemeinsamen Zielsteuerung im Gesundheitswesen durch die Gesundheitsreform von 2012 wurde ein erster Schritt gesetzt. Die ArbeitnehmerInnen in der österreichischen Sozialversicherung wollen diese Zusammenarbeit ausbauen und streben konstruktive Gespräche über gemeinsame Planungen und Finanzierungen im Gesundheitswesen an.

Unabhängig von dieser grundsätzlichen Reformorientierung definiert die Arbeitnehmerkurie sieben Handlungsfelder, in denen Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens bis 2025 vorgestellt werden. Im Jahr 2025 endet die erste Periode des Verwaltungsrates der neuen Österreichischen Gesundheitskasse. Die ÖGK wird sich dann auch daran messen lassen müssen, ob sie abseits der organisatorischen Zusammenlegung auch inhaltliche Weiterentwicklungen auf den Weg gebracht hat. Weiters muss das Prinzip der Selbstverwaltung als Beteiligungsmodell weiterentwickelt werden.

Die Arbeitnehmerkurie legt mit diesem Papier sieben Handlungsfelder mit konkreten Maßnahmen vor, die bis 2025 umgesetzt werden sollen.

Handlungsfelder:

1. Ärztliche und unterstützende Versorgung
2. Versorgung mit Medikamenten, Impfungen und Heilbehelfen
3. Therapeutische Versorgung durch die diplomierten Gesundheitsberufe
4. Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen
5. Versorgung in Spitälern
6. Gesundheitsförderung und Prävention
7. Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Grundsätzliche Ziele für die Versichertengemeinschaft

- + **Alle Versicherten** haben einen barrierefreien, niederschweligen **Zugang zu den Leistungen der sozialen Krankenversicherung, auf höchstem 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** bei den Vertragspartnern 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 unterstützt.

1. Ärztliche und unterstützende Versorgung

1. Ärztliche und unterstützende Versorgung

Die Allgemeinmedizin und die Primärversorgung ist die Königsdisziplin in der gesamten ärztlichen Versorgung. Der Familienarzt kennt im Idealfall die ganze Familie, deren sozio-ökonomisches Umfeld, die Arbeits- und Lebenssituationen der Menschen. Aber die hausärztliche Versorgung ist in der Krise: Nachwuchsmangel, unbesetzte Stellen, überlastete Ärzte, ungenügende Versorgung für Patienten und Abwanderung in den Wahlartzbereich. 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 den Allgemeinmediziner 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 solche und ähnliche Zusammenarbeitsformen getragen, weil sie eine Rundum-Versorgung ver-

bunden mit langen Öffnungszeiten gewährleisten. Außerdem zeigt die Coronakrise Notwendigkeiten beim Ordinationsmanagement und der Telemedizin auf.

Handlungsfelder bis 2025:

1. Nachwuchs sichern und eigene Ausbildungsschiene für Hausärzte aufbauen

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 Hausärzten fängt in der Ausbildung an: Von der rigiden Zulassung zum Medizinstudium über die fehlende Ausbildung zu einem „Facharzt für Primärversorgung“ bis zu früh einsetzenden Spezialisierungen, die die Wahl einer Facharztausbildung fördern.

Wir wollen deshalb den Hausärzte-Nachwuchs sichern und eine zusätzliche, neue Ausbildung zum Allgemeinmediziner 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 zusätzliche 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 Hausärzte in unterversorgten Regionen, zu arbeiten. In Deutschland ist dieses Modell schon erfolgreich im Laufen und der Andrang seitens der StudentInnen groß. Wir laden den Gesundheits- und den Bildungsminister ein, sich dieses Konzept aus Deutschland gemeinsam mit uns genauer anzusehen und für Österreich zu adaptieren.

1. Ärztliche und unterstützende Versorgung

2. Mehr Teamwork und bessere Arbeitsbedingungen fördern

Nur wenn die Arbeitsbedingungen passen, werden sich junge MedizinerInnen auf die Übernahme von Hausarztstellen einlassen. Hier ist vieles zu verbessern, was in der Kompetenz der ÖGK liegt. Um für die heutige neue Ärztegeneration attraktive Arbeitsbedingungen anbieten zu können, müssen die Möglichkeiten der vertraglichen Zusammenarbeitsformen, die von der ÖGK standardmäßig in allen Bundesländern angeboten werden, ausgebaut werden. Es gibt jetzt schon in den Bundesländern unterschiedliche gute Formen, die jetzt in allen Regionen mit geringen Hürden auch am Wochenende zugänglich gemacht werden sollen. Beispiele bestehender Zusammenarbeits-Möglichkeiten in den Bundesländern sind: Gruppenpraxen-Verträge, Jobsharing-Modelle (z.B. saisonales Jobsharing), Möglichkeit von geteilten Stellen, Primärversorgungs-Netzwerke und Zentren. Diese Maßnahmen sind auch ein Angebot an die WahlärztInnen, in das öffentliche System einzusteigen und versorgungswirksamer zu werden.

Hier soll es 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 Ärzte ist neben dem Austausch mit anderen Ärzten die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und damit eine moderne Arbeitsteilung. Die vielzitierten Primärversorgungseinrichtungen müssen durch verbesserte Rahmenbedingungen attraktiver werden. Dies betrifft die Honorierung ebenso wie die Einbindungsmöglichkeiten von Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Physiotherapie, Diätologie und anderen. Diese Zusammenarbeitsformen bringen für die Versicherten verbesserte Öffnungszeiten und eine qualitativ hochwertige Versorgung – und das sind die Hauptwünsche der Versicherten.

3. Telemedizin ausbauen und Ordinationsmanagement daran anpassen

Wir wollen eine qualitativ hochwertige Telemedizin als Teil der coronabedingten Maßnahmen in der Versorgung verankern. Unsere Versicherten haben in den letzten Monaten die telemedizinischen Möglichkeiten sehr gut angenommen, die in der Coronakrise 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. 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 Arzt-Patienten-Kommunikation, zeitliche Trennung von Patientengruppen, Voranmeldung, Terminvergabe und Wartezeitenmanagement inkl. der dazugehörigen technischen Ausstattung). So wollen wir die E-Medikation, das E-Rezept, die teletherapeutische Behandlung und Beratung sowie die telefonische 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.

4. Moderne pauschalere Honorierung einführen und Qualitätssystem fixieren

Die Bezahlung ist immer ein wichtiger Punkt für die Attraktivität einer Stelle. Derzeit gibt es neun unterschiedliche Ärzteverträge. In der Co-

ronakrise haben wir gesehen, dass die Abhängigkeit der ÄrztInnen in den Ordinationen von der Menge der PatientInnen sehr groß ist. Diese Abhängigkeit von der Mengenausweitung der PatientInnen hat auch in den Normalzeiten negative Auswirkungen für unsere Versicherten.

Wir wollen durch eine Modernisierung der Honorierung der selbständigen Vertragspartner 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 pauschalierten Honorierungsmodellen würde dazu beitragen, dass mehr Zeit für den Patienten zur Verfügung steht, der 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 sollen gemeinsam mit den ÄrztInnen entwickelt werden und in Form eines neuen Gesamtvertrags umgesetzt werden. Begleitend dazu ist ein wirksames und unabhängiges Qualitätsmonitoring zu schaffen.

Parallel dazu ist eine Aufwertung der gehobenen Pflege und ein verstärkter Einsatz anderer Gesundheitsberufe umzusetzen. 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.

Die Corona-Zeit hat gezeigt, dass manche Abläufe in den Kassenordinationen angepasst werden mussten, was von unseren Vertragspartnern konstruktiv angegangen wurde. Um diese Qualitätsanpassungen langfristig für die Versicherten zu sichern, zu festigen und auszubauen, 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 Patientenmanagement, 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 Managementprogrammen (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 über Einschreibemodelle nachgedacht werden, in denen sich der Patient verpflichtet, für einen bestimmten Zeitraum (mind. 6 Monate) bei jedem medizinischen Problem den Allgemeinmediziner aufzusuchen und die Versorgungsebene (Facharzt, Spitalsambulanz...) nur auf Empfehlung des Allgemeinmediziners zu wechseln. Das bringt auch für die PatientInnen mehr Versorgungsqualität und eine effizientere Behandlung. Natürlich muss es in jeder Versorgungsebene dann wieder Wahlfreiheit für den Patienten geben.

5. Fokussierung auf Ausbau der Primärversorgung und hausärztlichen Versorgung

Die Modernisierung der Primärversorgung in der regionalen hausärztlichen Versorgung muss weiter ausgerollt werden, auch wenn sich durch die Kassenfusion viele Projektumsetzungen stark verzögert haben. Primärversorgungseinheiten und –Netzwerke in allen Bundesländern schaffen innovative Zusam-

menarbeitsformen aller Gesundheitsberufe, die als Sachleistung für die Versicherten zugänglich ist. 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 hin-

sichtlich der neuen Vertragspartner, die sich in die Pionierrolle begeben. Fragen der Finanzierung müssen gemeinsam mit den Bundesländern gelöst werden, wie das in der 15a-Ver einbarung festgeschrieben ist.

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

Derzeit ist es für ÄrztInnen möglich, nur mit einzelnen Krankenkassen einen Einzelvertrag abzuschließen. Meist 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.



2. Versorgung mit Medikamenten, Impfungen und Heilbehelfen

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.

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

Eine zu begrüßende Rückführung der Produktion von Medikamenten und Wirkstoffen nach Europa darf sich aber nicht auf den Medikamentenpreis auswirken, sondern ist durch entsprechende Wirtschafts- und Forschungsförderungsprogramme sicherzustellen.

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

Grauxporte und -importe müssen zumindest für Medikamente, für die es am österreichischen Markt Liefer-schwierigkeiten gibt, verboten werden.

Handlungsfelder bis 2025:

1. Impfprogramme österreichweit gemeinsam organisieren und finanzieren

Impfungen sind keine gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung, sondern eine staatlich zu organisierende Maßnahme. 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 zwar kostspielig, aber dringend nötig.

Wir wollen Gespräche mit Bund und Ländern im Rahmen der nächsten 15a-Verhandlungen einleiten, um zentrale Impfprogramme v.a. für Risikogruppen öffentlich und gemeinsam zu finanzieren.

Kurzfristig fordert die Arbeitnehmerkurie 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. Drei Bundesländer (OÖ, K,

S) haben Modelle, bei denen die Impfung über die ÖGK für definierte Risikogruppen mit einem Selbstbehalt finanziert wird.

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

Durch die zumindest 10 unterschiedlichen öffentlichen Einkäufer und Bezahler von Medikamenten (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 SV, wieder ausgleichen muss.

Als gemeinsamer und großer Einkäufer 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 genetische, Erkrankung 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 Kostengründen von der Spitalsversorgung in die niedergelassene Versorgung und umgekehrt verschoben werden. In Zukunft könnten diese Entscheidungen dann ausschließlich nach medizinischen und wissenschaftlichen Kriterien erfolgen.

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

Bei Medikamenten gilt oft: „Weniger ist mehr“, besonders, wenn man regelmäßig mehr als 5 Medikamente nebeneinander einnimmt. Die Wechselwirkungen sind nur wenig erforscht und die Zahl der Krankenhauseinlieferungen wegen Medikamentenproblemen nimmt beständig zu. Im aktuellen Monitoringbericht der Zielsteuerung wurde ersichtlich, dass zuletzt wieder mehr Menschen (218 je 1000 Versicherte ab 70 Jahren) besonders viele Medikamente 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 bekannten Wechselwirkungen regelmäßig überprüft und angepasst wird, dann kann viel mehr Lebensqualität besonders für unsere älteren Versicherten ab 70 Jahren erreicht werden. Mit einer fi-

xen Installierung einer regelmäßigen Medikamentenanpassung in den Pflegeheimen durch Einbindung von spezialisierten PharmazeutInnen und Pflegekräften können auch hier viel Leid, viele Spitalweisungen und Todesfälle auf Grund von Medikamentenunfällen verhindert werden.

Wir wollen 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.

4. E-Rezept als „Coronagewinn“ beibehalten

Versicherte und Ärzte haben sich in den letzten Monaten an die vereinfachte Abgabe von Medikamenten mittels E-Rezept gewöhnt. Besonders Risikogruppen und chronisch Kranke haben davon profitiert, weil sie die Dauermedikation nachfassen konnten, ohne sich in den Ordinationen einem unnötigen Infektionsrisiko auszusetzen. Diese Reduktion der Kontakthäufigkeit ist auch in den kommenden Infektionszeiten z.B. mit Influenza erstrebenswert und verhindert unnötige Erkrankungen von gefährdeten Versicherten. Wir wollen deshalb für die Versicherten eine Beibehaltung der kontaktlosen Medikamentenabgabe und einen nahtlosen Übergang zwischen

E-Medikation und E-Rezept inklusive aller Vorteile.

5. Gemeinsame Abgabe von Heilbehelfen organisieren und Kostenbeteiligungen senken

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 oft 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 Akteuren in Gespräche treten, 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 er-

3. Therapeutische Versorgung durch diplomierte Gesundheitsberufe

folgen, 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. Im Unterschied zu ärztlicher Behandlung ist der Zugang zu kassenfinanzierten Therapien – egal, ob Psychotherapie, Physiotherapie, Logopädie oder Ergotherapie – oft schwierig und je nach Bundesland trotz Kassensfusion sehr unterschiedlich geregelt. Für die Versicherten ist die psychotherapeutische Versorgung auf Kassenkosten in jedem Bundesland unterschiedlich stark ausgebaut und in manchen Bundesländern gibt es lange Wartezeiten und geringe kassenfinanzierte Versorgungskontingente. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den anderen therapeutischen Behandlungen. Auch bei Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie gestaltet sich der Zugang für die ÖGK-Versicherten zu den Leistungen sehr unterschiedlich, je nachdem, in welchem Bundesland sie leben.

Integrierte Versorgungsmodelle sind die Zukunft. Dabei helfen außerhalb der Spitäler, beispielsweise in der Versorgung psychisch kranker Menschen, alle Berufsgruppen (Allgemeinmediziner, Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten und Pflegekräfte) zusammen, um PatientInnen optimal zu betreuen und Spitalsaufenthalte zu minimieren.

Handlungsfelder bis 2025:

1. Psychotherapie auf Kassenkosten ausbauen und Zugang vereinfachen

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 den Versicherten 4 von 5 Psychotherapien

auf Kassenkosten zugutekommen und 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 österreichisches Best-Practice-Modell beweist, dass mit den aktuellen Vertragspartner-Lösungen gute Modelle umsetzbar sind. Beim Salzburger Modell, das beispielgebend für einen Ausbau auf österreichischer Ebene ist, liegt schon heute die Sachleistungsquote bei rund 70 % und ca. 1,23 % der Anspruchsberechtigten werden auf Kassenkosten versorgt. Hier ist realisiert, dass 4 von 5 Therapiestunden als Psychotherapie auf Krankenschein bei den Versicherten ankommen.

Für einen verbesserten Zugang zu den Therapeuten sollen außerdem in ganz Österreich Clearingstellen als kundenorientierte Andockmöglichkeit für die PatientInnen geschaffen werden. Mit der Förderung von Clearingstellen, die es bereits in Oberösterreich und Niederösterreich gibt, wird es für die PatientInnen leichter, den richtigen Psychotherapeuten für die eigenen Bedürfnisse zu finden. Da es bei der Psychotherapie um ein besonderes Vertrauensverhältnis geht, muss neben der Verfügbarkeit auch die Spezialisierung des Therapeuten zum Krankheitsbild passen. Werden das Salzburger Modell (mit

einfacherem Antragssystem) und die Clearingstellen österreichweit ausgerollt, ergibt das 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 Verbesserung der psychosozialen Versorgung der Menschen ist es 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. Außerdem brauchen wir gerade für Kinder und Jugendliche ein flächendeckendes Netz an Kinder- und JugendpsychiaterInnen. AllgemeinmedizinerInnen mit Psy-Diplom (Psychotherapieausbildung für Ärzte) ergänzen das Angebot bereits jetzt.

Ergänzt muss das Angebot mit dem Ausbau von Präventionsmaßnahmen, aber auch mit verbesserten Rehabilitationsmaßnahmen werden.

2. Flächendeckende Sachleistung bei therapeutischen Leistungen ausbauen

Unsere Versicherten haben das Problem, dass der Zugang zu den Therapieleistungen in den Bundesländern sehr unterschiedlich ist. Auch in einer Anfrage der FSG 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.



4. Chronische Erkrankungen

4. Chronische Erkrankungen

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 Patienten. 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 Chroniker 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.

Handlungsfelder bis 2025:

1. Chronische Erkrankungen: Strukturierte Betreuungsprogramme und spezialisierte Behandlungszentren aufbauen

Das seit 2007 existierende, aber für Allgemeinmediziner und Inter-

nisten nicht verpflichtende Disease Management Programm Diabetes („Therapie Aktiv“) soll ein verpflichtender Bestandteil der Gesamtverträge werden. Ziel ist eine Vertragslösung, die diese optimale Behandlung für Diabetiker verbindlich für alle ÄrztInnen macht. Zusätzlich sollen internationale Vorzeigemodelle wie die Diabeteszentren in Dänemark (Steno Klinik) als Modell herangezogen werden, um vergleichbare Angebote in Österreich aufzubauen. In diesen dänischen Diabetes-Zentren werden neu diagnostizierte PatientInnen untersucht, eingestellt und geschult. Unterstützend für die weiterbehandelnden Hausärzte 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 Experten entwickelte Entwürfe in Österreich vor. Diese müssen durch die ÖGK in Form von Ärzteverträgen 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 der Krankenversicherung 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 in Abstimmung mit behandelnden ÄrztInnen die Betreuung und Versorgung selbstständig übernehmen kann. Dazu gehören auch regelmäßige aufsuchende Pflegevisiten. Zudem muss auch die Wundversorgung für Chroniker österreichweit auf einheitliche Beine gestellt werden.

2. Demenz: Herausforderung für Gesundheits- und Sozialsystem angehen

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 dementiellen Erkrankung, bis 2030 wird die Zahl der Erkrankten auf 175.000 steigen, das entspricht einer Zunahme von rund 25 %. Bis

5. Versorgung Spitäler

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 Demenz-Strategie geeignete Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen in allen Landesstellen der ÖGK aufgebaut werden.

5. 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 facharztl-

chen 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 Ärzten über den Gesundheitszustand und die optimale Versorgung von PatientInnen ist verbesserungswürdig. Der medizinische Fortschritt bringt außerdem die Möglichkeit, viele Operationen mit Kurzaufenthalten 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 Spitalaufenthalte um einen Tag verkürzt werden als auch doppelte Kosten bei der Befunderstellung vermieden werden.

Handlungsfelder bis 2025:

1. Bessere Vernetzung der facharztl. Versorgung

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 Gerateinvestitionen liegen brach und die Versicherten sind aufgrund 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 facharztl. 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 erhalten und weniger herumgeschickt werden.

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

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

2. Tagesklinik ausbauen, Ressourcen auf Stationen schonen

Gerade jetzt, wo wir sehen, wie wichtig freie Krankenhausressour-

cen 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 von der einen Million Operationen, die jährlich in Österreich vorgenommen werden, knapp über 20 % tagesklinisch erledigt. Da geht noch mehr.

Wenn durch den Ausbau der tagesklinischen 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.

3. Transparente Wartezeitenlisten bei allen öffentlich finanzierten Spitälern verbessern

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 Kranken-

haus-Arztes 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 muss die voraussichtliche Wartezeit sowie die Menge der Patienten und Privatpatienten angegeben werden. Obwohl es die Regelung schon sehr lange gibt, ist die Umsetzung nur teilweise befriedigend.

Wir fordern, dass die Umsetzung der Wartelisten in ganz Österreich verbessert wird, um unseren Versicherten eine gut informierte Auswahl des Krankenhauses zu ermöglichen und den gleichen Zugang zu gewährleisten. Eine Bevorzugung von Privatpatienten wollen wir mit allen Mitteln bekämpfen. Das Portal www.kliniksuche.at soll ausgebaut und besser bekannt gemacht werden.

4. Private Krankenanstalten

Auch wenn die derzeitige Diskussion um deren Finanzierung private Krankenanstalten in Verruf gebracht hat, haben sie 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 Pri-

vatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF). Dieser ist aber so auszugestalten, dass einerseits die Finanzierung, aber auch die Entscheidungsstrukturen nach den tatsächlichen Finanzierungsstromen und PatientInnenzahlen ausgerichtet sind. Das heißt, jeder KV-Träger bezahlt für seine Versicherten und die SV, die 100 Prozent des PRIKRAF finanziert, erhält die Entscheidungshoheit in der PRIKRAF-Kommission. Qualitattsicherung muss auch für die Privatspitäler gelten. Wenn also auf Grund von Komplikationen oder Behandlungsproblemen Menschen aus Privatspitalern in öffentliche Spitäler überstellt werden müssen, sind die Kosten dafür vom PRIKRAF auszugleichen.

5. Beseitigung von Schnittstellenproblemen bei der medizinischen Hauskrankenpflege

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 Finan-

6. Gesundheitsförderung und Prävention

zierungsverantwortung führt auch zu einer restriktiven Gewährungspraxis. Dadurch wird das eigentliche Ziel – die Entlastung der teureren Krankenhausbetreuung – zum Nachteil aller nicht erreicht.

6. Gesundheitsförderung und Prävention

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 leicht gemacht, 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 aber in einigen Bereichen Verantwortung übernehmen und damit einen Beitrag zu mehr gesunden Lebensjahren in Österreich leisten.

Handlungsfelder bis 2025:

1. Gesundheit von Anfang an: Frühe Hilfen als international erprobtes Konzept in ganz Österreich bedarfsgerecht umsetzen

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. Derzeit sind nur 64 Bezirke

umfasst (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.

Die Frühen Hilfen müssen daher in ganz Österreich bedarfsdeckend ausgebaut werden. Nötig sind österreichweit rund 20 Millionen Euro jährlich. Die Finanzierung muss partnerschaftlich von Bund, Ländern und Sozialversicherung übernommen werden. Die langfristige Finanzierung muss in den nächsten Finanzausgleichsverhandlungen festgelegt werden. Die ÖGK wird die entsprechenden Anträge in der Bundeszielsteuerungskommission einbringen, um einen bedarfsgerechten Ausbau der Frühen Hilfen in ganz Österreich bis 2025 zu erreichen.

2. Gesundheit am Arbeitsplatz fördern: Bevorzugung von gesundheitsfördernden Betrieben bei Ausschreibungen

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 (Stichwörter sind z.B. Lärm, Heben/Tragen von Lasten, Sitzmöbel, Licht, Belüftung), um Organisation und Kommunikation (Stichwörter sind

z.B. Stress, Überblick & Information, Einflussmöglichkeiten, Transparenz) und um die Förderung gesundheitsförderlichen Verhaltens (Rauchen, Ernährung, Bewegung).

Viele Betriebe machen sehr viel, um für die und mit den MitarbeiterInnen ein gesundheitsförderndes Arbeitsumfeld zu gestalten. 1502 Betriebe haben in den letzten zehn Jahren dafür das Gütesiegel für betriebliche Gesundheitsförderung erhalten. Diese Betriebe müssen unterstützt werden. Eine zentrale Maßnahme ist es, sie bei Ausschreibungen bevorzugen zu dürfen gegenüber Unternehmen, 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.

3. Gesundheit & Bewegung: Bewegungsprogramme für Rücken sowie für das Herz-Kreislauf-System als Angebot der Krankenversicherung

Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparats sind die zweithäufigsten Ursachen sowohl bei den Krankenstandstagen als auch bei den Neuzugängen zu Invaliditätspension und Rehabilitationsgeld. In vielen Fällen sind diese Erkrankungen die Folge von Bewegungsmangel oder einseitigen Belastungen.

Auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Stoffwechselerkrankungen 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.

Es geht nicht nur um Appelle, sich mehr zu bewegen, sondern es braucht auch 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. Herz-Kreislauf-Präventionsgruppen und Rückenfit-Kurse sollen auch als Leistungsangebot der ÖGK aufgebaut werden. Sie sollen nicht als Dauerprogramm in Anspruch genommen werden können, sondern als Beitrag zur eigenen Lebensstil-Umstellung in einem definierten Umfang zur Verfügung stehen. Zusätzlich sol-

len kostengünstige Angebote des Gesundheitssports gemeinsam mit Einrichtungen aus dem Bewegungsbereich aufgebaut werden.

4. Gesundheitsförderung der ÖGK – in ganz Österreich

Die Gebietskrankenkassen haben ein breites Angebot an Gesundheitsförderung aufgebaut: Zum einen die schulische und betriebliche Gesundheitsförderung, die in den Lebenswelten der Menschen ansetzt. Zum anderen gibt es zahlreiche Beratungsangebote in den Bereichen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheitsförderung für Zielgruppen vom Baby bis zu SeniorInnen. Jedes Bundesland hat gute Initiativen – oft in Zusammenarbeit mit den Ländern. Bewährte Maßnahmen sollen deshalb allen ÖsterreicherInnen zur Verfügung gestellt werden, also in allen Bundesländern angeboten werden. Gesundheitsförderung muss innerhalb der ÖGK einen zentralen Stellenwert erhalten.

6. 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 Aus-

stieg ausgeweitet werden und die Teilnahme – speziell am langwierigen Alkoholzug – 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.

Handlungsfelder bis 2025

1. **Vorsorge-Untersuchung: Übernahme des Vorarlberger Koloskopie-Programms in ganz Österreich**

Die Wissenschaft ist sich bei der Wirksamkeit weniger Krebs-Vorsorgemaßnahmen so sicher wie bei der Vorsorgekoloskopie. Einmal im Leben oder ab 50 Jahren 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 die, die sowieso gehen. Ein solches Qualitätsprogramm 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.

2. **Diabetes: Flächendeckende Präventions- und Schulungsprogramme**

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

Prädiabetes bezeichnet ein erhöhtes Risiko, Diabetes zu bekommen, aufgrund einer Kombination aus familiären Neigungen und Lebensstil. Präventionsangebote mit einem Mix aus Information, Schulung und Motivation zur Lebensstilmodifikation müssen aufgebaut werden, um Risikogruppen rechtzeitig – PRÄVENTIV – erreichen zu können.

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.

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

3. **Alkohol: Angebote zur ambulanten Alkohol-Reha in ganz Österreich**

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 Erkrankungen sind sie häufig noch in Familie und Arbeitswelt eingebunden – weswegen eine 6-monatige stationäre Reha nicht in Anspruch genommen wird. Alkoholranke nehmen diese 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 PV, Land und ÖGK „Alkohol. Leben können“ in Wien.

In Österreich gibt es geschätzte 700.000 Menschen, die an Alkoholsucht leiden. Vielen von ihnen könnten 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 Wiener Projekt „Alkohol. Leben können“ dienen.

4. **Gesunde Kinderzähne: Zahnpass für unter 10-Jährige einführen**

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 „Zahn-Passes“ 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 Vertragszahnärzten 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.

5. **Adipositas: Therapien für übergewichtige Kinder anbieten**

Die Anzahl der stark übergewichtigen Kinder steigt laut allen Untersuchungen stetig an. 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.

7. Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Ziel ist die flächendeckende Betreuung übergewichtiger/adipöser Kinder und Jugendlicher im Alter von 4 bis 18 Jahren sowie deren 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, in wenigstens zwei Pilot-Bundesländern solche Programme niederschwellig, wohnortnah und bedarfsorientiert anzubieten.

7. 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. Millionen wurden für Beraterhonorare und Logos ausgegeben und lange, unübersichtliche Entscheidungswege geschaffen. Es wurde eine Patientenmilliarde 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 um-

liegenden 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. In einer Gesundheitskrise sollte das eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Hier braucht es die Übernahme der Einnahmefälle, die durch die Coronakrise verursacht wurden. Die größten negativen Auswirkungen auf das Beitragsaufkommen zeigen die höhere Arbeitslosigkeit, drohende Insolvenzen, die Aussetzung der Beitragsprüfung und höhere Leistungsaufwendungen.

Handlungsfelder bis 2025:

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 Unfallversicherung zu Lasten der Krankenversicherung finanziert, indem der Pauschbetrag (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 die Auszahlung der GSBG Mittel in der ursprünglichen Höhe.

2. Ersatz der Fusionskosten durch die Bundesregierung

Die von der Bundesregierung in Auftrag gegebene Fusion der 9 Gebietskrankenkassen und 2 Betriebskrankenkassen in die ÖGK verursacht durchaus hohe, heute noch nicht final abschätzbare, Kosten. Geld das nicht für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung steht. Zumindest die direkt feststellbaren Kosten müssen von der Regierung ersetzt werden. Die Versicherten haben die Fusion nicht bestellt, die Kosten müssen daher ersetzt werden.

3. 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 Krankenversicherungsbeitra-

ges 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 Ausstattung der Krankenversicherungen. Auch bei dieser Regelung ist die ÖGK schlechter gestellt. Diese Ungleichbehandlung muss im Sinne einer harmonisierten Krankenversicherung aufhören.

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

4. Risikostrukturausgleich zwischen den KV-Trägern schaffen

Die ÖGK (damals noch GKK) hatte im Jahr 2019 ca. 2050 Euro Einnahmen je Anspruchsberechtigtem und damit um ca. 500 Euro pro Kopf weniger Geld für die Krankenversicherung zur Verfügung wie beispielsweise die BVAEB mit 2550 Euro Einnahmen je Anspruchsberechtigtem. In den beiden Krankenversicherungen werden unterschiedliche Risiken versichert, das ist keine Besonderheit. Eine Besonderheit im Vergleich zu anderen Ländern in direkter Umgebung ist, dass es hierfür keinen fixen 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, AsylwerberInnen und vielleicht bald auch die Häftlinge. Dadurch ist das Beitragsaufkommen je Anspruchsberechtigtem beispielsweise weit unter dem Niveau der Beamtenversicherung. In allen umliegenden Ländern werden mit einem Ausgleichstopf die unterschiedlichen versicherten Risiken bei den Versicherungen ausgeglichen. Gerade jetzt in der Corona-Zeit werden die Unterschiede ganz offensichtlich. Die Arbeitslosenzahlen gehen in die Höhe und damit die Beitragseinnahmen bei der ÖGK hinunter, die Beamten in der BVAEB bleiben alle im Job und die Beiträge fließen 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

Beitragsfelder nach Risiko der Versicherten auf die einzelnen Träger verteilt werden. So wird die Basis für die angekündigte Leistungsharmonisierung über alle Versicherten bei den unterschiedlichen Krankenversicherungsträgern geschaffen. Gerade die Coronakrise hat einmal mehr bewiesen, dass Strukturunterschiede ausgeglichen werden müssen.

5. 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 massiv zurückgegangen ist und dadurch erstmals die Beitragseinnahmen bei steigenden Kosten sinken. Die Schwächen dieses Systems, das auf expandierenden Löhnen und Erwerbsverhältnissen aufbaut, werden 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.

6. Gesundheitsfinanzierungs-sicherheitspaket 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. Allein im Jahr 2020 rechnet die ÖGK deshalb mit Mindereinnahmen von 600 Mio. bis zu einer Milliarde Euro. 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 in der Gesundheitskrise für die gesamte Dauer ihrer Auswirkungen ein Gesundheitsfinanzierungssicherheitspaket. Das Paket soll die Übernahme der coronabedingten Einnahmeherausfälle aus dem Steuertopf enthalten. Nur so kann die Versorgung für die Versicherten auf dem bisherigen hohen Niveau weiter bereitgestellt und weiterentwickelt werden.



Beteiligung der Versicherten

Beteiligung der Versicherten Handlungsfelder bis 2025:

Das Modell der österreichischen Krankenversicherung und somit der Gesundheitsversorgung war immer als breites Versichertenbeteiligungsmo- dell konzipiert. Diese Idee ist daher wieder intensiver zu verfolgen. Auch wenn die ÖGK nun ein bundesweiter Träger ist, müssen die Beitragszahler und Vertragspartner in den Regionen in die Entscheidungen einbezogen werden. Die Aufgabe der Landesstellen bzw. deren Repräsentanten muss es daher sein, die ÖGK in den Regionen zu repräsentieren und den regelmäßigen Kontakt mit Versicherten und Vertragspartnern 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.

1. Image der Selbstverwaltung als Beteiligungsmodell 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 Akteuren, die sich als Mitglieder des Landesstellenausschusses wiederfinden.

2. Regionale Selbstverwaltung /Landesstellenausschüsse stärken

Derzeit sind die Landesstellenausschüsse als Nachfolger der Gremien

der Gebietskrankenkassen stark geschwächt und entmachtet. 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 möglichst 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 Landesebene eine zusätzliche Kontrollfunktion im Sinne der Versicherten wahrnehmen können. Im gemeinsamen Austausch sollen die Möglichkeiten der Landesstellenausschüsse sukzessive ausgebaut werden. So sollen nach bundesweiten Rahmenrichtlinien 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.



Beteiligung der Versicherten

3. Ombudsstellen als wichtigen Teil der Selbstverwaltung aufbauen

Probleme für die Versicherten im Einzelfall zu lösen, beweist die versichertenennahe aktive Rolle der gewerkschaftlichen AkteurlInnen 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 Anregungsmanagement aufbauen, das für ein wirksames, gesundheitspolitisches Auftreten die notwendigen Einzelfälle liefert.

4. 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, Versichertenrat oder Ähnliches, soll in eigenen Workshops erarbeitet wer-

den und die Beteiligung und Einbeziehung unterschiedlicher Versichertengruppen von Jugendlichen/Lehrlingen über Arbeitende, Kranke/Selbsthilfegruppen bis zu PensionistInnen gewährleisten.

5. Selbsthilfe besser einbinden

Die Grundidee der Selbsthilfe besteht darin, dass Betroffene ExpertInnen in eigener Sache sind. Dadurch ist sie mit der Selbstverwaltungsidee 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 aus Sicht der Versichertengemeinschaft

Kontakt & Rückfragen:
Andreas Huss, MBA
ÖGK-Obmann

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