

POSITIONSPAPIER

GESUNDHEIT UND PFLEGE

UNSERE HALTUNG

Gesundheitsförderung und Prävention muss einer der Prioritäten in einem nachhaltigen Gesundheitssystem sein. Dies gilt vor allem für Kinder und Jugendliche, als auch im Tertiärbereich im hohen Alter. Wir bekennen uns zum Solidarprinzip im Gesundheitswesen und zur Vermeidung einer Zweiklassenmedizin. Die dafür notwendigen Ressourcen müssen jedoch besser aufgeteilt werden. Die in Österreich parallel bestehenden Gesundheitssysteme (stationärer und niedergelassener Bereich) können erst durch eine Finanzierung aus einer Hand effizient zusammengeführt und den Bedürfnissen der Patient_innen und dem jeweiligen demographischen Krankheitsaufkommen angepasst werden.

DIE HERAUSFORDERUNG

Gesundheitssystem ineffizient und teuer

Das Wiener Gesundheitssystem bietet der Bevölkerung Zugang zu qualitativ hochwertiger Leistung mit flächendeckender Versorgung, die höchste Dichte an Akutbetten und Fachärzt_innen (inkl. Wahlärzt_innen) pro Einwohner_in. Dieses System ist jedoch kostenintensiver als es sein müsste (und daher schlechter als es sein könnte). Im EU-Städte-Vergleich zählt es zu den teuersten Gesundheitssystemen. Eine der Hauptursachen dafür liegt im schlechten Einsatz der Mittel bedingt durch den hohen Anteil der stationären Betreuung im Spitalsbereich.

Neben der stationären Betreuung (Spitäler) ist der niedergelassene Bereich in Wien (und ganz Österreich) zum Teil als paralleles Gesundheitssystem zu sehen.

Falsche finanzielle Anreize in Spitälern nicht im Sinne der Patient_innen

Durch mangelnde gemeinsame Planung, Finanzierung und Steuerung kommt es zu Leistungsverschiebungen zwischen ambulantem und stationärem Bereich, die zu erheblichen Mehrkosten führen und nicht immer patient_innenfreundlich sind.

Im stationären Bereich ist seit Einführung des LKF-Systems 1997 (leistungsorientiertes Krankenhausfinanzierungssystem beruhend auf Fallpauschalen) die Aufnahmequote in Akutbetten deutlich angestiegen (stark über dem EU-Durchschnitt) bei gleichzeitig verminderter Verweildauer (da nur Fallpauschale abgerechnet wird und nicht der Betreuungsaufwand). So wird das Entgelt durch die LKF-Punkte maximiert. Diese Fehlanreize im System sind unter anderem für die hohen Kosten im stationären Bereich verantwortlich.

Trotz hoher Versorgungsdichte relativ wenig Lebensjahre in voller Gesundheit

Wien hat sehr viele Akutbetten und niedergelassene Ärzt_innen (Summe der Ärzt_innen mit und ohne Krankenkassenvertrag). Trotz dieses hohen Ressourceneinsatzes ist der Gesundheitszustand der Wiener Bevölkerung verbesserungswürdig. Dies ist durch die unterdurchschnittliche Lebenserwartung in Bezug auf gesunde Lebensjahre im EU Vergleich belegt. Zu den wesentlichen Problemgruppen zählen vor allem Kinder und Jugendliche (Österreich ist im Bereich Gesundheit und Risikoverhalten von Kindern Schlusslicht), Ältere (geriatrische Probleme) und chronisch Kranke. Im Bereich der Akutversorgung sind wir im Gegensatz dazu sehr gut gestellt.

Erstversorgungszentren (Primary Health Care Zentren) fehlen

Eine Umschichtung der Akutbetten in andere Versorgungseinheiten bedarf einer Schaffung von tagesklinischen Einrichtungen und Erstversorgungseinrichtungen (z.B. Gemeinschaftspraxen bzw. Ärzt_innenzentren mit erweiterten Öffnungszeiten, die über die Randzeiten (Wochenende, Abend) hinausgehen.

Rolle der Hausärzt_innen sollte gestärkt werden

Eine zentrale Rolle in der Betreuung der Bevölkerung sollten die Hausärzt_innen spielen, die in Kenntnis der Krankengeschichte ihrer Patient_innen diese an weitere Stellen verweisen (z.B. Fachärzt_innen). Grundsätzlich gibt es in Wien viele Angebote, die von der Bevölkerung allerdings nur sehr sporadisch genutzt werden. Neben einer koordinierten Informationsoffensive kommt hier den Hausärzt_innen eine zentrale „Bildungsrolle“ zu.

Demographische Entwicklung erfordert mehr Prävention und Pflege

Für Wien besteht aufgrund der demographischen Entwicklung dringender Handlungsbedarf. Der große Anteil älterer Menschen und die wachsende Bevölkerung (mit vielen zugewanderten Menschen, deren Gesundheitsgewohnheiten sehr unterschiedlich sind) stellen das Gesundheitssystem vor sehr große Anforderungen.

Das jetzige System wird diesen nicht gerecht.

Der Fokus der Gesundheitspolitik sollte neben Prävention daher auch auf die Zunahme chronischer Erkrankungen, Multimorbidität sowie Demenzerkrankungen gelegt werden. Dies bedingt mittel- und langfristig einen erhöhten Bedarf an Betreuung und Pflege und bei zunehmendem Ressourcenbedarf eine entsprechende finanzielle Absicherung einer integrierten Versorgung (gemeinsame Finanzierung von Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege). Hierbei sollte dem Wunsch der meisten Menschen Rechnung getragen werden, auch die Zeiten einer Erkrankung/ Pflege in gewohnter Umgebung (für die meisten ist das zu Hause) verbringen zu können.

Aufgrund dieser Herausforderungen muss sich die Gesundheitspolitik der Stadt Wien in Richtung Prävention auf allen Ebenen (von Gesundheitsförderung bis zur Tertiärprävention) und in allen Bereichen (Kindergarten, Schule, Beruf, Freizeit, etc.) entwickeln. Um für die Patient_innen wieder eine optimale Versorgung zu gewährleisten, sollte die in Wien besonders ausgeprägte Spitalslastigkeit unseres Gesundheitswesens zu Gunsten der günstigeren und, in vielen Belangen versorgungswissenschaftlich belegt, besseren Einrichtungen des niedergelassenen Bereiches verlagert werden.

UNSERE VISION

Es ist gelungen, die Verlagerung der Versorgung aus dem Spitalsbereich in Gesundheitszentren (Erstversorgungszentren/Primary Health Care) mit Integration von Spezialisten (z.B. Therapiezentren, Fachärzt_innenzentren, etc.) umzusetzen und parallel dazu Spitalsbetten zu reduzieren. Dadurch wird für die Menschen dieser Stadt eine individuelle, bedarfsgerechte und medizinisch hochwertige Versorgung im Rahmen unseres Solidarsystems gewährleistet und Unter- bzw. Überversorgung reduziert.

In enger Kooperation mit Schulen, Unternehmen, Vereinen etc. ist es gelungen, die Ideen von Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken und das Interesse der Bevölkerung an mehr Eigenverantwortung an der eigenen Gesundheit und jener der Mitmenschen zu wecken.

Die meisten Menschen können ihren letzten Lebensabschnitt auch bei erhöhter Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit in einer angenehmen, umsorgenden Umgebung verbringen. Die medizinische Versorgung im Bereich der Geriatrie und Palliation auch am Ende des Lebens ist mit hochwertiger medizinischer, als auch menschlicher Betreuung eine Selbstverständlichkeit.

Menschen sind über die Möglichkeiten von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmacht informiert. Damit wird dem medizinischen Personal eine gute Orientierung in kritischen Situationen ermöglicht.

LEITLINIEN UND MASSNAHMEN

Gesundheitsförderung und Prävention

Die Forcierung und Ausweitung von Public Health Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention könnte zum Teil zu einer Vermeidung bzw. Verzögerung der Pflegebedürftigkeit beitragen. Hierzu kann auf drei Ebenen angesetzt werden: Ebene des Individuums, der Familie/Gemeinde und der Bevölkerung insgesamt:

- Dringender Entwurf einer Gesamtstrategie für die Tertiärprävention geriatrischer Patienten sowie Vereinheitlichung der Einstufungen und klare Verantwortungsbereiche (Gefahr der Zersplitterung der Zuständigkeiten bei geriatrischer Rehabilitation zwischen PVA und Ländern)
- Stärkung der Apotheken im Rahmen ihrer Versorgungsfunktion besonders im Bereich der Prävention
- Gesundheitsförderung und Prävention deutlich ausbauen (inkl. positiver Anreize bei Erreichen von vereinbarten Gesundheitszielen)
- Fach „Gesundheit“ unter Einbeziehen von themenspezifischen Fachexperten für Präventionsthemen im Schulunterricht
- Eigenverantwortung in Fragen eines gesundheitsförderlichen Lebensstils durch Gesundheitspass mit jährlicher Gesundenuntersuchung und erarbeiteten Zielvorgaben stärken
- Förderung von Kinder- und Jugendgesundheit (Programme in Schulen, Vereine, etc.); Klärung von Aufgaben, Kompetenzen und Haftungsfragen von Schulärzt_innen, Schulpsycholog_innen, Schulsozialarbeiter_innen sowie ANP (advanced nurse practitioner)
- Anreize für Unternehmen schaffen, um gesundheitsfördernde Maßnahmen in ihrer Organisation durchzuführen
- Wiener Fördergesetz: Evaluierung und Transparenz der Förderungen durch Förderrichtlinien für WIG-Projekte (Wiener Gesundheitsförderung) bzw. für die ausführenden Selbsthilfegruppen

Masterplan Gesundheit in Wien - nicht ohne Psychiatrie!

Um das solidarische Gesundheitssystem langfristig zu erhalten müssen evidenzbasierte Konzepte unter Einbindung hochqualifizierter und unabhängiger Experten vom Fach gemeinsam mit der Politik erarbeitet werden.

Struktur:

- Ausbau des tagesklinischen Bereiches und Qualitätssicherung bei gleichzeitiger Reduktion des rein stationären Bereichs
- Ausbau der sowohl räumlich optimalen, als auch mit medizinischer Kompetenz versehenen Schwerpunkte in der medizinischen Versorgung auch im Bereich der Psychiatrie
- In Anlehnung an andere Städte in Österreich und internationale Großstädte nach Abschaffung der PIB (psychiatrisches Intensivbett - Netzbetten): Schaffung dringend notwendiger Alternativen (z.B. halbgeschlossene oder geschlossene Bereiche, weiche Zimmer)
- Überdenken der Umsetzung der Psychiatriereform aus den 70iger Jahren, die sich an den Problemen der 50-60iger Jahre orientiert hin zu zukunftsorientierten, praxisbezogenen und pragmatischen Ansätzen: ganzheitliche und interdisziplinäre Betrachtung der Erkrankungen und Spezialisierungen innerhalb der Psychiatrien
- Suchtschwerpunkt: Ausbau der Präventionsarbeit, sowie kurz- und langfristige Betreuungsangebote im Bereich der Substitution und Entzugstherapie (integratives System)
- Ausbau und Unterstützung diverser sozialer und psychosozialer Dienste mit wohnortnaher Betreuung von Menschen mit akuten und chronischen Problemen: Krisenintervention (sowohl Triageoption als auch telefonische Akutbetreuung), Ausbau der Interventionsmöglichkeiten bei Suchtproblematik (akut und chronisch) inklusive Langzeitbetreuung, betreutes Wohnen und Wohngemeinschaften
- Schwerpunkt bei Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ausbau der Prävention und Früherkennung, Etablierung von Zentren mit niederschwelligem Zugang zur Erstvorstellung in Kooperation mit ausgebautem niedergelassenen Bereich, Forcierung der kinderpsychotherapeutischen Betreuung
- Schaffung und Finanzierung einer bedarfsgerechten Kinderrehabilitation

Organisatorisch:

- Transparenz und fachliche Qualifikation sowie faire Chancen für das jeweils unterrepräsentierte Geschlecht statt politischer Besetzungen
- dringendes Überdenken des Status des AKH in seiner Doppelrolle (MedUni, AKH)
- Transparenz und fachliche Kompetenz bei Planung und Umsetzung von Bauprojekten: Kontrolle und Konsequenzen ermöglichen und einfordern sowie Erstellung eines gemeinsam erarbeiteten Gesamtkonzeptes
- Eigeninteresse an wirtschaftlicher Therapie fördern durch anteilige Selbstbehalte, ähnlich zum Modell der SVA der gewerblichen Wirtschaft, aber mit sozial gestaffelter Deckelung

Ausbildung und Kompetenzverteilung:

- rascheste Umsetzung der internationalen Kompetenz- und Verantwortungsverteilung zwischen Pflege und Ärzt_innen mit Adaptierung der notwendigen Ressourcen
- Reduktion der Verwaltungsarbeit und Dokumentationsflut
- Rasche Adaptierung der IT nach Effizienzkriterien
- Ausbildungsoffensive für neue Kompetenzen im Bereich der Pflege und Pflegehelfer
- Gehaltsreform und Ausbildungsoffensive für alle angestellten Ärzt_innen in den KAV-Spitälern
- angemessene Finanzierung der KPJ-Ausbildung (klinisch praktisches Jahr) und Ko-Finanzierung der Jungärzt_innenausbildung in Lehrpraxen

Primary Health Care in Wien

- Dezentrale Gesundheits- und Sozialzentren in einer Region (Aufteilung des Stadtgebietes in PHC-Versorgungsregionen) und Ausbau der wohnortnahen Grundversorgung; Hausärzt_innen als erste Ansprechpartner und zentrale Betreuer aufwerten (Primary Health Care Modell)
- Hausärzt_innenmodell: Unterstützung der Ausbildungsreform mit Praxisbezug sowie entsprechender Bezahlung und flexible Möglichkeiten der Ordinationsorganisation
- Etablierung von Community Nurse - Netzwerken in Rahmen von Primary Health Care Modellen je nach Bedarf; Kompetenz- und Verantwortungserweiterung des Pflegepersonals
- rasche Umsetzung der Gesundheitsreform 2012 und der konkreten Maßnahmen des Zielsteuerungsvertrages und Weiterentwicklung mit Zielorientierung
- Wissenschaftliche Begleitung der im Bereich PHC geplanten Pilotprojekte und Evaluation der gesetzten Maßnahmen durch den Stadtrechnungshof Wien
- Spitalszuweisung nur über Haus-/Fachärzt_innen bzw. Ärzt_innennotdienst/ Rettungsfahrten bei gleichzeitigem bzw. vorherigem Ausbau der ambulanten Gesundheitszentren und des Ärzt_innennotdiensts (rasche Umsetzung des Gesetzes)
- Präklinische Betreuungskonzepte wie Notärzt_innen in Erstversorgungszentren beschäftigen
- Notärzt_innengestütztes Paramedicsystem mit verbesserter Ausbildung und Kompetenz der Sanitäter und Personalschlüssel entsprechend evidenzbasierter Guidelines

- Ausbau des Ärzt_innenfunkdienstes (Anzahl der Telefondienste, der Fahrzeuge, Triageärzt_innen)
- Unterscheidung Rettungsdienst (gemeinnützig!) und Krankentransporte (Wettbewerb!) zur Kostenersparnis
- Gleichgewicht zwischen Patientenrechten und Patientenpflichten
- Entlastung des medizinischen und pflegerischen Personals im Bereich der administrativen Tätigkeiten (sinnvolle Reduktion der Dokumentation, Sekretär_innen etc.)
- rascheste Umsetzung der geltende Arbeitszeitregelungen im medizinischen Bereich
- Gehaltsreform des medizinischen Personals vor allem in Hinblick auf drohenden Personalangel in Spitälern in naher Zukunft und Überdenken der Zulagenregelungen
- Leistungen entsprechend internationaler Standards und definierter Ziele festlegen und evaluieren, laufende Qualitätssicherung und Qualitätskontrollen, Fehlermanagement
- Klärung und vertragliche Festlegung best point of service in Bezug auf medizinische Versorgung von Patienten bundesländerübergreifend (bis zu dem Zeitpunkt, an dem es nur noch eine Krankenkasse gibt)

Pflege

Finanzierung:

- Vereinheitlichung der Verwaltung und Transparenz des Förderwesens
- Die Vergabe der Leistungskontingente ist transparent darzustellen, die Entscheidungskriterien der Vergabe an einzelne Organisationen sind für die Öffentlichkeit nachvollziehbar und verständlich aufzubereiten
- Transparente Darstellung der Abstimmung im Planungsbereich zwischen der Gesundheits- und Sozialplanung der Stadt Wien und dem Fonds Soziales Wien um Doppelgleisigkeiten und Ineffizienzen zu vermeiden

Vermehrte häusliche Pflege statt stationäre:

- Förderung und Begleitung der fachlich unterstützten privaten/familiären/nachbarschaftlichen Pflege mit bedarfsgerechter Finanzierung und entsprechender Unterstützung und Kontrolle (Übergangspflege, betreutes Wohnen, Mehrgenerationenhäuser etc.)
- Förderung von psychosozialer Betreuung (Besuchs-, Begleitdienste, etc.) mit geringem Verwaltungsaufwand im Bereich der Pflege und Altenbetreuung, vermehrtes Miteinbinden von karitativen Vereinen und Freiwilligen (z.B. im Rahmen eines sozialen Jahres)

- Der weitere Ausbau von sozialer Betreuung (Besuchs- und Begleiddienste), um die Kommunikation und die soziale Interaktion zu fördern wird forciert. Ansätze im Rahmen der Grätzel-/Sozialraumbetreuung werden unterstützt (Konzepte dazu im Kapitel Soziales)
- Einführung eines geriatrischen Assessments bei älteren Patient_innen, um effektive präventivmedizinische Ansätze sowie rasche und effiziente Pflegebedarfseinstufungen in die Wege leiten zu können
- Ausbau der Rehabilitation als Prävention vor Invaliditätspension und Pflegebedürftigkeit (nachhaltige Programme mit kontinuierlicher bedarfsorientierter Betreuung im ambulanten Bereich) sowie Evaluierung und Konsequenzen bei Zielverfehlung
- rasche Entwicklung eines nationalen Demenzplans
- verbesserte Versorgung mit Hausärzt_innen und Einsatz von assistierenden Technologien
- In Pflegeheimen dringend notwendige verbesserte Pflegepersonalsituation mit entsprechendem Kompetenzausbau und ärztlicher Versorgung