

Gesundheitsziel 10 – Gesundheitsreformgesetz 2013

Folgen aus rechtlicher Sicht

Günter Flemmich

MRT 2014

„Die Geister die ich rief, werd´ ich nun nicht mehr los !!“

Der Zauberlehrling, J.W.Goethe

oder

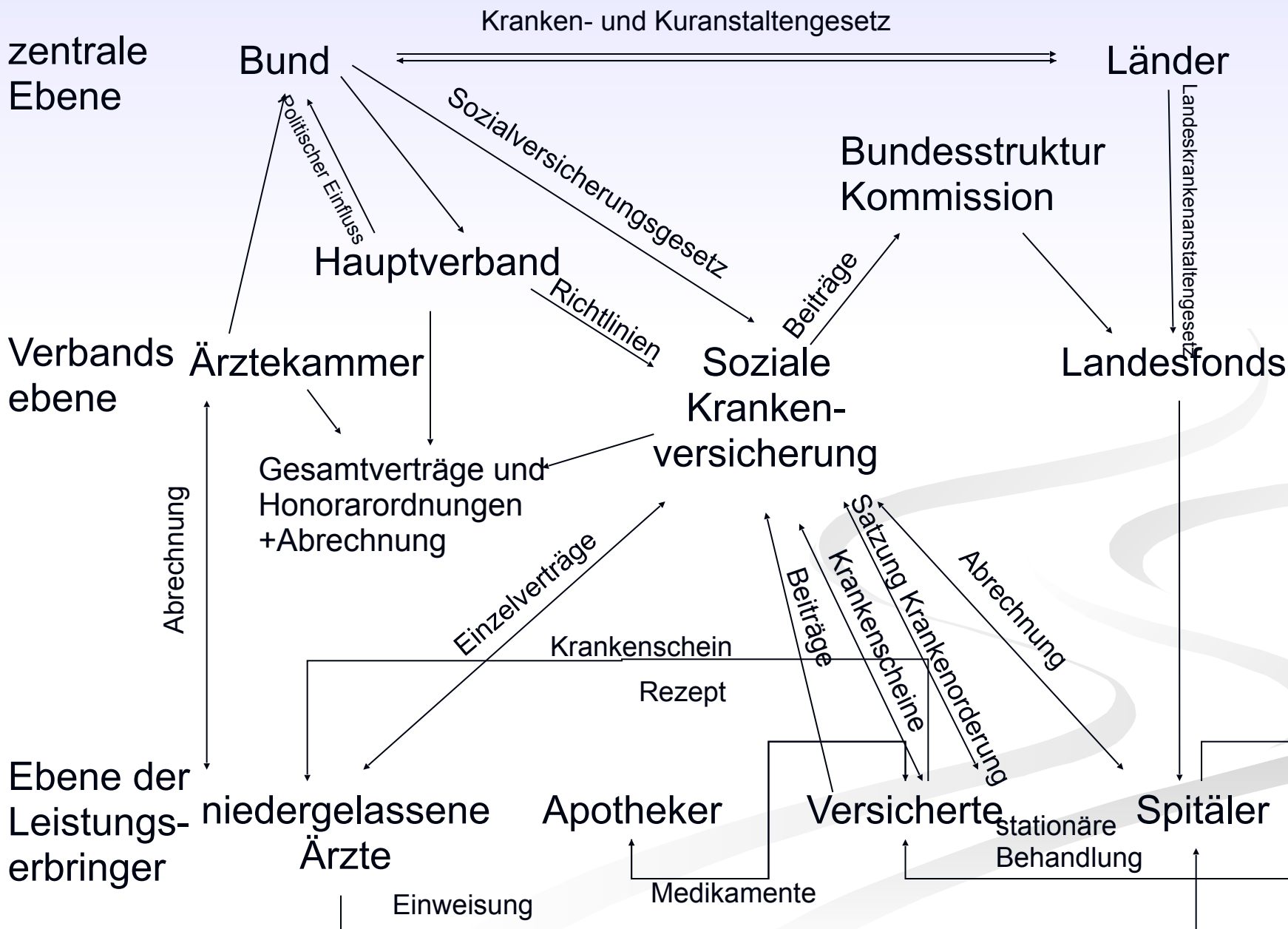
„Wie kann es bloß sein, dass sich in ihrem Kopf so viele
gute Gedanken

mit soviel Tollheiten mischen?“

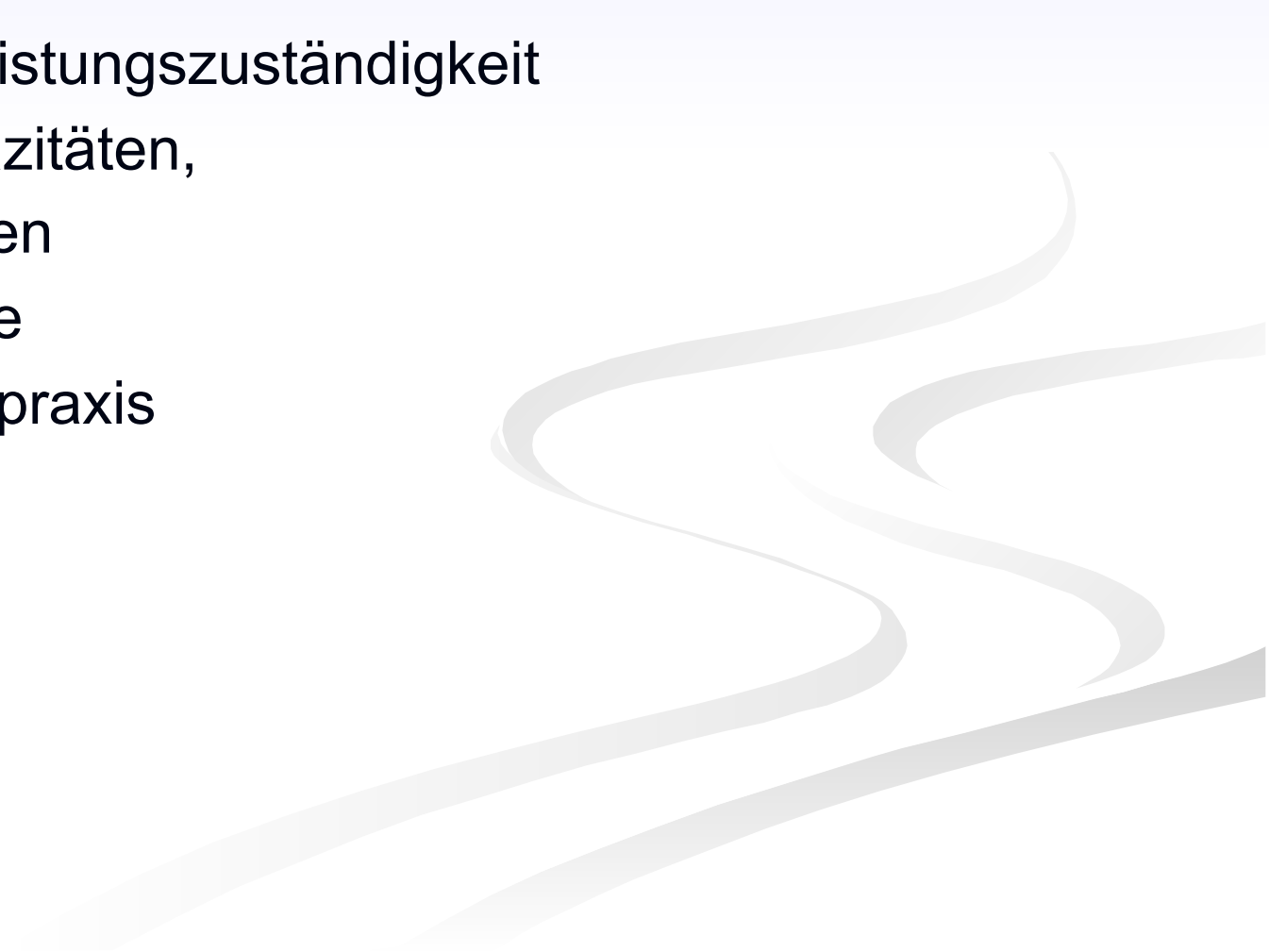
„Weiß der Teufel, die fallen mir halt plötzlich ein!“

Ramons Neffe, Denis Diderot

Vereinfachte Darstellung des österreichischen Gesundheitswesens



Schnittstellenprobleme

- Informationsineffizienzen
 - Mangelnde Leistungszuständigkeit
 - fehlende Kapazitäten,
 - Überkapazitäten
 - falsche Anreize
 - Weiterleitungspraxis
- 
- The background of the slide features several thick, light gray wavy lines that flow from the bottom left towards the top right, creating a sense of movement and depth.

Gesundheitsziel 10

- ❖ Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle

Gesundheitszielsteuerungs – Gesetz

Schwerpunkte

§ 3.

- selbständige Ambulanzen
- neue Versorgungsmodelle
- Primärversorgung
- Zielsteuerungsverträge

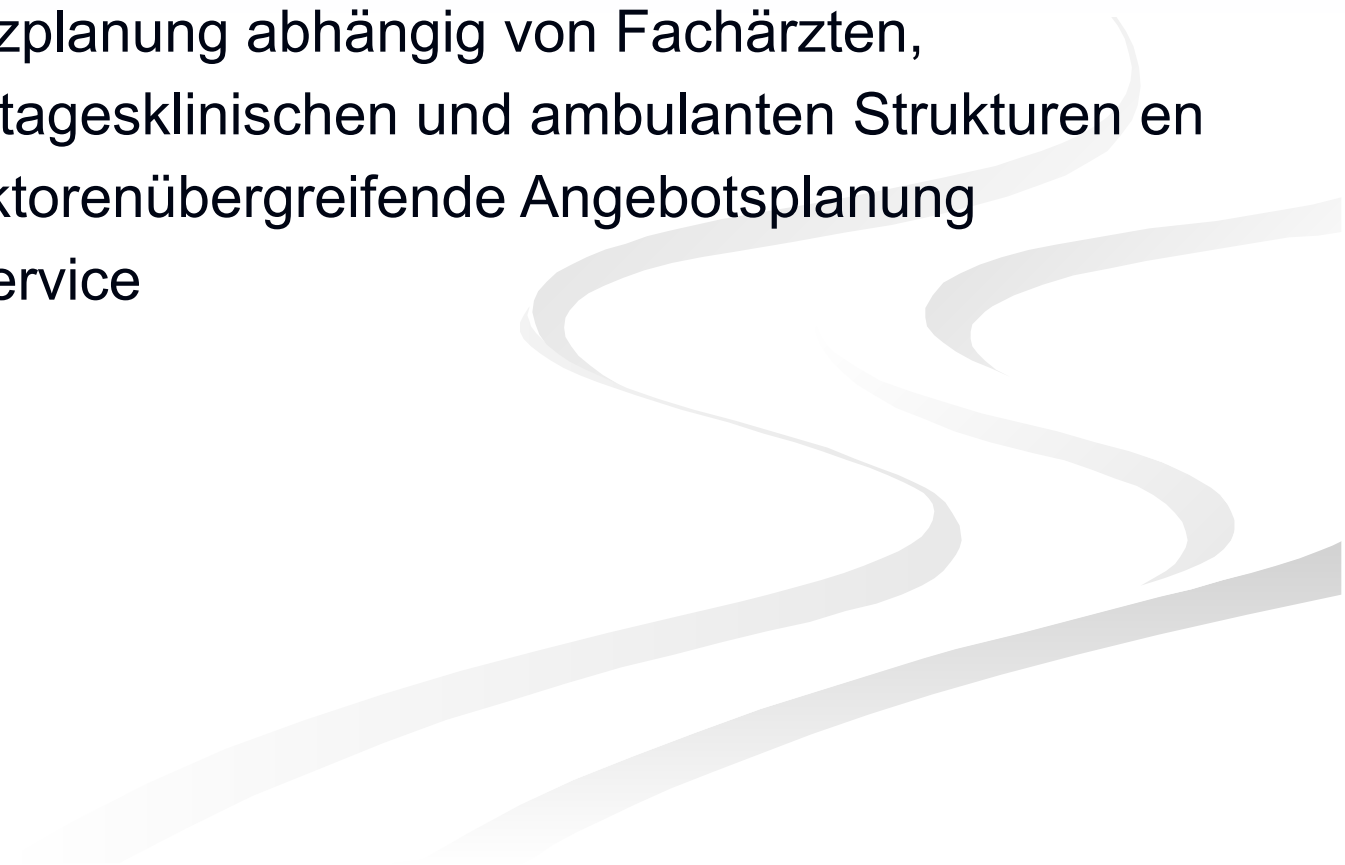
Handlungsfelder

§ 5. (3)

- best points of service”
- stationärer Bereich
- Primärversorgung
- Standards für ausgewählte Krankheitsbilder
- Disease Management bei chronischen Erkrankungen,
- Qualitätsmanagement
- Finanzierungs- und Honorierungssysteme

§ 6. (1) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

§ 12. (1)

- Entlastung der Stationen
 - Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich
 - Kapazitätsanpassungen
 - Spitalsambulanzplanung abhängig von Fachärzten,
 - Zielleistung bei tagesklinischen und ambulanten Strukturen en
 - verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung
 - best points of service
- 

Versorgungssteuerungsbereich

§ 13.

- **keine** Mehrfachbefundungen
- gemeinsame Medikamentenkommission:
- elektronische Gesundheitsakte
- einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation

Finanzzielsteuerung

§ 16.

- Ausgabendämpfungspfad.
- Maßnahmenpaket für Ausgabendämpfungseffekte

Österreichischer Strukturplan für Gesundheit

13.1. Abs 4

- keine quantitativen Personalkriterien für medizinische Leistungen

Zielsteuerung

Ziel:

- Kurationsbedarf vermeiden oder verzögern
- Versorgungsdichte dem Patientenbedarf anpassen
- Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Leistungen verbessern
- Behebung von Organisations- und Kommunikationsdefiziten
- Behandlungsqualität verbessern
- BIP-Mittelfristprognose (+3,6%) für Gesundheitsausgaben
- Dämpfung des Ausgabenwachstums-Ausgabenobergrenzen

Bundes-Zielsteuerungskommission

- Einstimmigkeitsprinzip
- *Beratung und Empfehlung des B-ZV*
- *Koordination der Aufgaben aus dem B-ZV*
- *Jahresarbeitsprogramme*
- **Sanktionsmechanismus**
- *Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismus,*
- *Erprobung von Finanzierungsmodellen*
- **Weiterentwicklung von Vergütungssystemen**
- **Angelegenheiten der Qualität**
- **Angelegenheiten ÖSG**

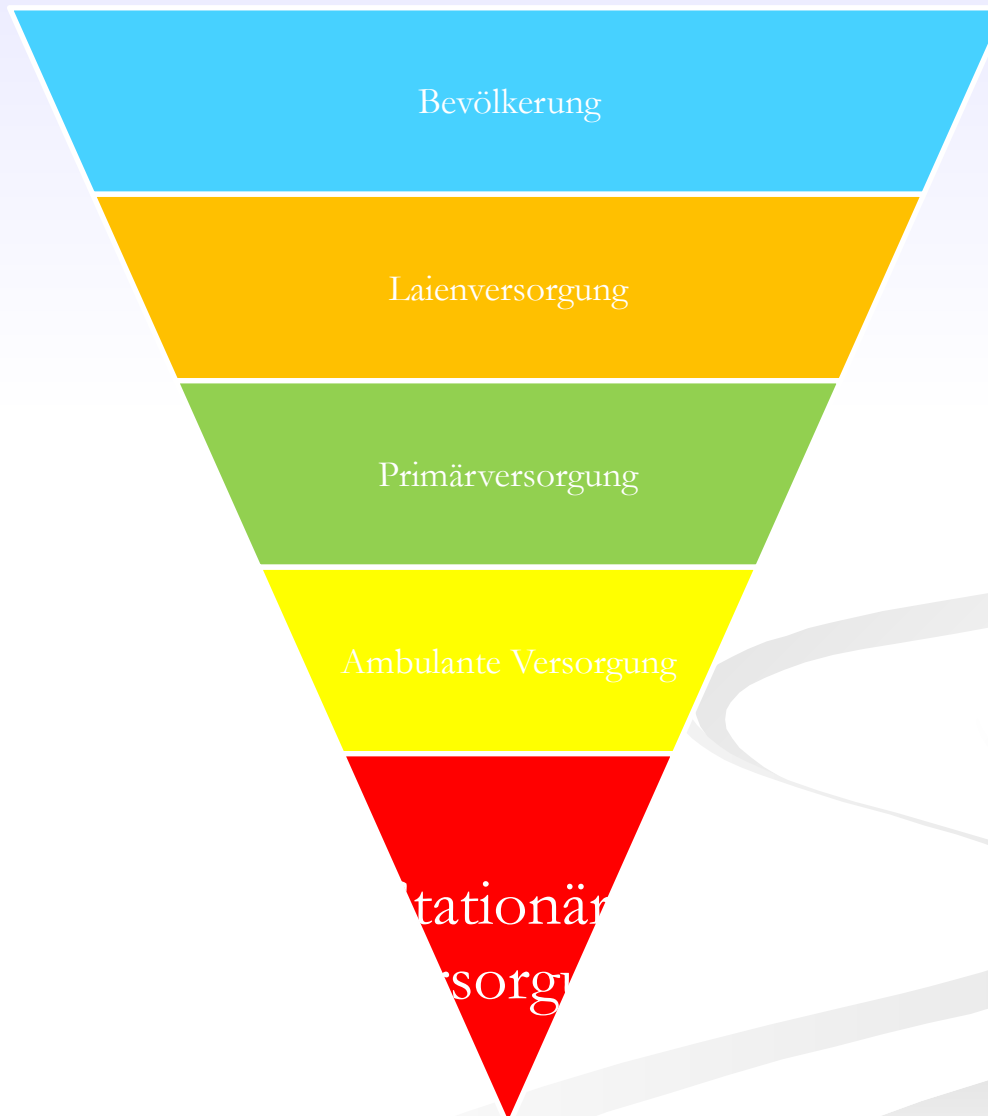
Landes- Zielsteuerungskommission

- *Einvernehmen zwischen Kurie des Landes und Kurie der SV,*
- *Vetorecht des Bundes bei rechtswidrigen Beschlüssen*


Aufgaben (Auswahl)

- *Beratung und Empfehlung des L-ZV*
- *Koordination und Festlegung aller Aufgaben aus dem L-ZV*
- *Jahresarbeitsprogrammen*
- **Monitoring**
- *Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen*
- *Finanzierungsmodelle*
- **RSG (= Regionaler Strukturplan Gesundheit)**
- **Gesundheitsförderungsfonds**

Versorgungsstufenmodell:



Versorgungsaufträge:

- Gesundheitsförderung
 - Notfallversorgung
 - Akute Erkrankungen
 - Chronische Erkrankungen
 - Rehabilitation
 - Hospizversorgung
 - Palliativversorgung
 - Gesundheitskompetenz stärken
- 
- The background of the slide features several thick, light gray, wavy lines that flow from the bottom left towards the right side, creating a sense of movement and depth.

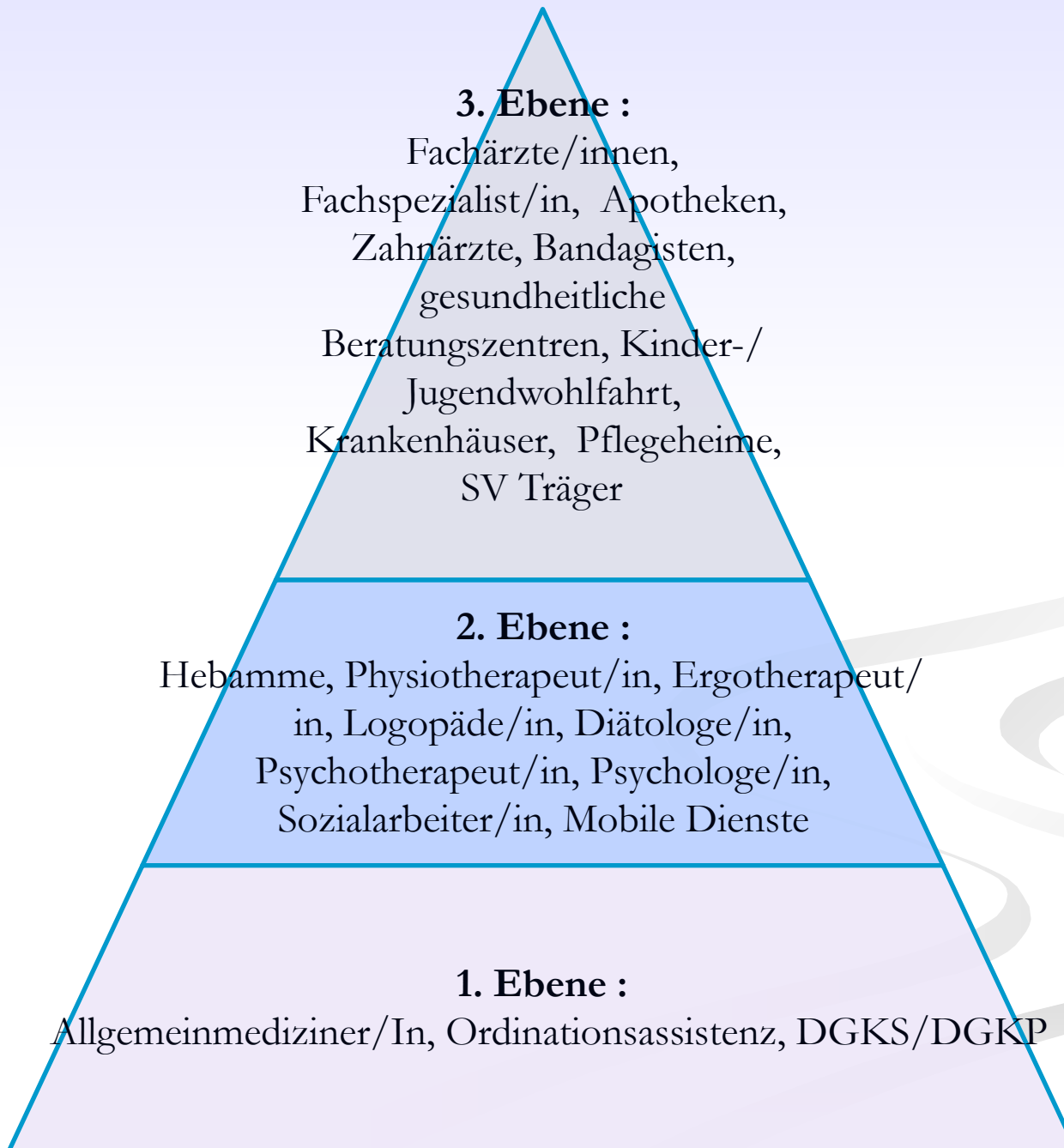
Primärversorgung:

Merkmale:

- Erstzugang in das Gesundheitssystem
- Umfassendes Leistungs- und Behandlungsangebot
- Koordinierung der Behandlungsprozesse
- Kontinuierliche Behandlungen (persönlich, zeitlich, fachlich)
- Arbeitsteilige Kooperation der Gesundheitsberufe

Ziele:

- zugängliche Gesundheitsversorgung
- Lotsenfunktion
- Versorgung durch verschiedene Gesundheitsberufe
- Entlastung von Spitälern
- vernetzte Strukturen mit Information
- hohe Versorgungsqualität
- leistungsfähige Organisationsmodelle



Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - NEU

- Auflösung der Tätigkeitsbereiche
- Beschreibung des Kompetenzbereiches
- Maßnahmen der med. Diagnostik und Therapie
- Maßnahmen im Notfall
- Weiterentwicklung beruflicher Handlungskompetenz
- Keine zwingende schriftliche ärztliche Anordnung
- **aber** Organisationsverantwortung
- Dokumentationsverpflichtung
- Durchführungsverantwortung statt ä. Anordnungsverantwortung
- Kompetenzen im multiprofessionellem Versorgungsteam

- Generalistische Ausbildung im tertiären Bereich
- Auslaufen der Sekundarausbildung
- GuK Schulen für Pflegeassistentenausbildung § 82
- Übertragung pflegerischer Maßnahmen an Pflegeassistentenz
- Regelmäßige Aufsichtsintervalle
- Keine Auflistung einzelner Pflegemaßnahmen
- Intensität der Aufsicht einzelfallbezogen § 84/5 in § 83/6
- Begleitende in regelmäßigen Intervallen auszuübende Kontrolle
- Rückfrage statt Hausbesuch anordnender Personen
- Kontrollintervalle entsprechend schriftlichem Pflegeplan
- Wer, wann, welche Tätigkeit, wie und mit welchen Mitteln macht

- Zusatzqualifikationen für komplexe Aufgaben: VO bis 500 Std.
- Weiterbildung für Pflegeassistenz läuft aus
- Pflegefachassistenz mit Berufsreifeprüfung
- Gleichhaltung bei Lehr- u. Führungsaufgaben wird zu Akkreditierung
- generalistische Grundausbildung folgt Psychiatr. u. Kinder u. Jugend
- Berufsvorbehalte werden durch Strukturqualitätskriterien ersetzt
- Kompetenzerweiterung durch VO
- Privatuniversitäten
- Flexible Berufsregeln für Zielsteuerung und Gesundheitsreform

„Wenn ich eine Maschine verwende, bekomme ich ein Maschinenherz!“

Laotse

RECHTSFOLGEN - Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen

- Rechtsanspruch auf notwendige medizinische Hilfe wird ressourcenabhängig
- Verpflichtung einer Aufnahme im KH bei medizinisch begründeter Unabweisbarkeit
- Bevölkerungsabhängige Mindestressourcen wandeln sich in ökonomisch bedingte Höchstressourcen
- Interdisziplinäre Versorgungsmodelle ersetzen medizinische Dienstleistungen
- Primärversorgung substituiert die Spitalsbehandlung reduziert die Vorhaltekosten und kassiert den Rechtsanspruch
- Zielsteuerungsverträge sollen den Kostenanstieg reduzieren
- Hinwendung der öffentlichen Gesundheitsversorgung in private Versorgungsformen
- Veränderung Gehobener Dienst - Pflegeassistenz
- Reduktion des Gehobenen Dienstes auf 10 % Einsparung
- Pflegeassistenz 1600 bis max. 2500 Std. statt 4600 Std Ausbildung
- Dequalifizierung, Patientengefährdung, Reduktion der Aufsicht

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

