

Anfrage

**der Abgeordneten Gerald Loacker, Kollegin und Kollegen
an die Bundesministerin für Gesundheit**

betreffend Ausgestaltung der neuen Gesundheitshotline

Die kürzlich vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger vorgestellte, neue Gesundheitshotline füllt eine Lücke im österreichischen Gesundheitssystem, die schon vor Jahren hätte geschlossen werden können. Gesundheitliche Probleme stellen Menschen generell vor die Frage nach der richtigen Behandlung zu Hause und der Notwendigkeit eines Arzt- oder sogar Ambulanzbesuchs. Die einzige Möglichkeit kompetenter Beratung liegt derzeit ausschließlich bei den niedergelassenen Hausärzten, was in Folge überfüllte Arztpraxen, lange Wartezeiten, zu wenig Zeit für individuelle Beratung sowie auch erhebliche Kosten verursacht. Ansonsten wurden die betroffenen Personen mit der Entscheidung über die richtige Behandlung weitgehend allein gelassen. Unentdeckte Notfälle einerseits und unnötige Spitalsbesuche andererseits waren die Folge. In Schweden, Großbritannien, der Schweiz, den Niederlanden, in Dänemark und einigen weiteren Staaten ist daher eine erste Gesundheitsberatung aus der Entfernung seit Jahren Standard und zeigt positive Wirkung.

Die österreichische Variante wird nun endlich gestartet und soll im Jahr 2019 den Vollausbau erreichen. Da für den Aufbau des Services nur wenig Infrastruktur nötig ist, stellt sich die Frage, weshalb die österreichische Bevölkerung weitere drei bis vier Jahre auf eine flächendeckende Gesundheitsberatung verzichten muss. Ebenso stellt sich die Frage, wie die Kosten in Millionenhöhe zu begründen sind. Bedenklich stimmt, dass die österreichische Gesundheitshotline sich offensichtlich nicht die Erfahrungen europäischer Nachbarstaaten zunutze macht: Während in der Schweiz und in Schweden eine langjährige Berufserfahrung für die Arbeit in der Gesundheitsberatung notwendig ist (z.B. sieben Jahre), ist dies in Österreich nicht vorgesehen.

Zu diesen und weiteren Fragen bezüglich der Umsetzung stellen sich auch noch weitere Fragen bezüglich der langfristigen Nachhaltigkeit des Systems. Die Verlagerung der Lebensgewohnheiten der Menschen, hin zu einer vermehrten Nutzung moderner Technologien wie dem Telefon, ist seit mittlerweile zwei Jahrzehnten vom Internet noch übertroffen worden, das seit mehreren Jahren zu geringen Kosten Ende-zu-Ende verschlüsselte Videogespräche über beliebige Distanzen ermöglicht und die Datenübertragung massiv erleichtert hat. Das österreichische Gesundheitswesen startet nun erstmals 2016 mit einem Pilotprojekt um die erste der beiden Technologien, das Telefon, für die professionelle Gesundheitsberatung zu nutzen. Es ist fraglich, ob dieses Projekt eine nachhaltige Investition darstellt, da es sich nicht am seit Jahren aktuellen Stand der technischen Möglichkeiten und Lebensgewohnheiten orientiert. Für die derzeit unter 25-Jährigen ist nicht eine Telefonnummer die erste Anlaufstelle für Serviceleistungen, sondern eine Applikation auf dem Smartphone, ein soziales Medium oder eine Website. Viele moderne Kommunikationsmittel verfügen nicht mehr über eine Telefonnummer im klassischen Sinne, während nahezu alle Kommunikationsgeräte mittels Internet vernetzt sind. Die Sinnhaftigkeit einer reinen

Telefonberatung mit akustischer Datenerfassung und ohne Möglichkeit einer Bildübertragung steht somit grundsätzlich in Frage.

Aus diesem Grund stellen die unterfertigten Abgeordneten nachstehende

Anfrage:

1. Mit welchen einmaligen Errichtungskosten ist bis zum österreichweiten Regelbetrieb insgesamt zu rechnen, die während des späteren Regelbetriebs nicht mehr anfallen werden?
2. Wie gliedern sich diese einmaligen Errichtungskosten? (Technische Ausstattung, Räumlichkeiten, technischer Personalaufwand, Administration, etc.)
3. In welchen Jahren werden diese Errichtungskosten in welcher Höhe anfallen?
4. Welche laufenden jährlichen Gesamtkosten werden sich in der Pilotphase und im darauf folgenden Regelbetrieb voraussichtlich ergeben? (getrennt nach Jahren 2016-2026)
5. Wie gliedern sich diese laufenden jährlichen Gesamtkosten? (Personal, Infrastruktur, Administration, etc.)
6. Welche laufenden Personalkosten ergeben sich allein für das Erstkontakt-Personal, das die Aufnahme der Daten vornimmt? Wie viele Stellen sind hierfür im Vollausbau österreichweit bzw. in der Pilotphase vorgesehen?
7. Weshalb wurde eine solche Gesundheitshotline nicht, wie in vielen anderen europäischen Staaten, bereits vor Jahren durch das BMG angestrengt, obwohl die Qualitätssteigerung der Versorgung und Kosteneinsparungen für das Gesundheitssystem offensichtlich sind?
8. Weshalb sieht das System keine Integration moderner Technologien vor, obwohl dadurch Personalressourcen, Zeitaufwand und Übermittlungsfehler weitgehend vermieden werden könnten? (z.B. Smartphone-Apps zur Datenerfassung, etc.)
9. Der seit 2014 bestehende VoIP-Standard im Festnetz ermöglicht eine sichere Verschlüsselung der Telefonverbindung. Wird diese Möglichkeit bei der Gesundheitshotline genutzt und die Telefonate mittels Verschlüsselung vor dem Abhören geschützt? Wenn nein, warum nicht? Welche Maßnahmen setzt das BMG, um die Sicherheit der Daten bei der Erfassung und Speicherung zu gewährleisten?
10. Welche bestehenden Hotlines oder Notrufnummern werden mit der neuen Nummer zusammengefasst oder integriert? (getrennt nach Bundesländern)
11. Wie wird eine ständige Erreichbarkeit der Notrufzentralen sichergestellt, wenn über die gleichen Anschlüsse allgemeine Gesundheitsberatung erfolgt?
12. Kann das BMG ausschließen, dass sich durch die neue Gesundheitshotline keine Beeinträchtigung der Erreichbarkeit der Notrufe (auch nicht in Sondersituationen) ergibt?
13. Weshalb ist eine dreijährige Pilotphase notwendig?
14. Wie viele Standorte sind im Vollausbau vorgesehen? In welchen Bundesländern liegen diese Standorte?

15. Weshalb werden unterschiedliche Standorte eingerichtet, obwohl ein zentraler Standort kostensparender wäre?
16. Wie wird die Pilotphase in den Bundesländern Wien, Vorarlberg und Niederösterreich von den restlichen Bundesländern abgegrenzt? Werden Anrufer_innen aus anderen Bundesländern technisch geblockt? Wenn nein, wie wird eine massive Überbelastung der Hotline vermieden?
17. Der Beratungsservice der Gesundheitshotline wird vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger als "unabhängig" bezeichnet. Inwiefern sind die handelnden Beratungspersonen unabhängig von Weisungen der Träger der Beratungshotline? Werden seitens der Sozialversicherung Richtlinien vorgegeben, nach welchen Kriterien und Abläufen die Beratung zu erfolgen hat?
18. In welcher Weise sind Patient_innen rechtlich für den Fall einer Falschberatung abgesichert? Werden Aufzeichnungen der geführten Gespräche erstellt und sind diese auf Wunsch der Patient_innen abrufbar? Entspricht die Beratung am Telefon rechtlich gleichwertig einer Beratung vor Ort?
19. In welcher Weise sind die Beratungspersonen rechtlich abgesichert? Werden Aufzeichnungen der geführten Gespräche erstellt und sind diese auf Wunsch der Beratungspersonen abrufbar? Können Beratungspersonen im Falle einer Falschberatung persönlich in Haftung genommen werden?
20. Wie lange werden aufgezeichnete Gespräche gespeichert? Wie werden diese Aufzeichnungen vor unberechtigtem Zugriff geschützt?
21. Welches Verfahren ist im Falle von Beschwerden, Falschberatungen oder Ähnlichem vorgesehen?
22. Laut Hauptverband der Sozialversicherungsträger ist für die Nutzung des Services keine e-card, jedoch eine österreichische Sozialversicherungsnummer nötig. Wie können Personen ohne österreichische Sozialversicherungsnummer das Service nutzen? (z.B. ausländische Studierende mit Auslandsversicherung, Asylwerber_innen, etc.)
23. Wie wird die Einbindung der Gesundheitshotline in das ELGA-System bewerkstelligt?
24. Welche Maßnahmen sind vorgesehen, um eventuelle Sprachbarrieren zu vermeiden? Kann für die fünf am häufigsten gesprochenen Sprachen in Österreich (Deutsch, Türkisch, Serbisch, Kroatisch, Englisch) jederzeit zumindest eine Beratungsperson, die dieser Sprache fließend mächtig ist, aufgeboten werden? Welches Sprachniveau nach europäischem Referenzrahmen ist hierfür für die Beratungspersonen als Minimum vorgeschrieben?
25. Weshalb ist für das Beratungspersonal keine mehrjährige Berufserfahrung vorgeschrieben, wie es zum Beispiel in Schweden und der Schweiz üblich ist?
26. Welche Personengruppen sollen zur Anwerbung als Beratungspersonal gezielt angesprochen werden?
27. Welche Datenschutz-Standards erfüllt das Pseudonymisierungs-Verfahren? Mit welchem technischen Verfahren wird die Verknüpfung des Pseudonyms mit den tatsächlichen Daten des Anrufers verhindert?
28. Kann eine Bekanntgabe der Sozialversicherungsnummer durch den/die Anrufer_in verweigert werden, ohne dass ihm die Beratungsleistung verwehrt wird?

Wird der/die Anrufer_in auf diese Möglichkeit hingewiesen, um die Sicherheit seiner/ihrer Daten zu erhöhen?

29. Weshalb werden die gewonnenen Daten nicht vollständig anonymisiert? Welche Institution ist letztendlich für die Datensicherheit gegenüber den Anrufer_innen verantwortlich und zur Rechenschaft zu ziehen? Unterscheiden sich diese Regelungen nach Standorten? Inwiefern ist die IT SV hier direkt verantwortlich und in ihrer Form als Gesellschaft mit begrenzter Haftung in dieser Funktion tragbar?

W. Seidl
(SZMERK)


(LOACUER)


(J. J.)


(VAURIK)


(Prof)

