

Anfrage

der Abgeordneten Fiona Fiedler, Kolleginnen und Kollegen

an den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

betreffend Gesundheitshotline 1450 - Entlastungspotenzial für das Gesundheitssystem

2017 wurde die Gesundheitshotline 1450 als Pilotprojekt in Wien, Niederösterreich und Vorarlberg eingeführt. Durch qualifiziertes Pflegepersonal sollten Patient:innen besser durch das Gesundheitssystem geleitet werden - weniger Rettungseinsätze und Krankenhausbesuche waren das Ziel, indirekt sollte auch die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung dadurch verbessert werden.

Ein ehrenhaftes und wichtiges Ziel, über das man allerdings leider nicht weiß, inwieweit es erreicht wurde. Erste Datenauswertungen in Wien ergaben, dass rund 1.000 von 31.5000 Anrufen mit einer Selbstversorgung abgeschlossen wurden (1). Evaluierungen der Pilotprojekte konnten aufzeigen, dass gerade eine zeitliche Entlastung des Gesundheitssystems möglich ist: Gut 35 Prozent der Anrufe konnten mindestens einen Tag auf Behandlung warten, rund fünf Prozent konnten insgesamt in der Selbstversorgung gelöst werden und auch die Compliance der Anrufer:innen sei hoch (2).

Teilweise schwieriger zu verstehen sind die Abläufe, die zum Erfolg oder auch potenziellen Unterschieden von 1450 beitragen. So wurde in den restlichen Bundesländern erst Ende 2019 mit 1450 gestartet (3), wie so oft gibt es in diesen Bundesländern große Unterschiede. So reicht die Bandbreite der Betreiber vom Roten Kreuz bis zu Tochtergesellschaften im Notfallsbereich - auf welcher Basis diese ausgewählt wurden, wurde medial allerdings nicht kolportiert. Gerade für die Bundesländer mit spätem Start der Hotline war der baldige Ausbruch der Pandemie schwierig, da rasch Personal aufgebaut werden musste. Generell hat die Pandemie 1450 zwar zu mehr Bekanntheit verholfen, einerseits wurde die Nummer als "Coronahotline" bekannt (4), andererseits gab es unter diesem Namen in verschiedenen Bundesländern aber auch andere Telefonnummern als Anlaufstelle.

Klar ist, dass durch den enormen Andrang in der Pandemie davon abgewichen werden musste, dass nur diplomierte Pflegekräfte direkt die Gesundheitsberatung übernehmen. Auch die Diversifizierung des Angebots, etwa über verschiedenste Kooperationen, Medikamentenberatung oder als Terminvereinbarungshotline soll teilweise dazu führen, dass auf mehr Personal und teilweise auch auf externe Callcenterbetreiber zurückgegriffen wird.

Aufgrund der anhaltenden Berichterstattung über Missstände, Mängel und fehlender Patientensteuerung und der guten Zwischenergebnisse wurde 1450 immer mehr zur Lösung für besagte Patientensteuerung und nicht zuletzt deshalb wurde im Finanzausgleich eine Weiterentwicklung der Hotline vereinbart (5). Gerade durch die Verschiebung von Pilotprojekt zu integralem Bestandteil des Gesundheitswesens und weil die Mittelverwendung aus dem Finanzausgleich gemeinsamen Zielen und Richtlinien folgen sollten, sind einige Fragen zur Abwicklung der verschiedenen 1450-Einrichtungen sowie für die einzelnen Maßnahmen zur Weiterentwicklung noch offen.

1. <https://www.fsw.at/n/1-jahr-1450>
2. https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1174/1/1450_Evaluierungsbericht.pdf
3. <https://www.sn.at/salzburg/chronik/hotline-1450-warum-salzbürger-lieber-telefonieren-sollen-statt-ins-spital-zu-fahren-78741070>
4. <https://www.1450.wien/ueber-1450/>
5. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsreform.html>

Die unterfertigten Abgeordneten stellen daher folgende

Anfrage:

1. Welche Vorgaben haben/hatten die Bundesländer für die Auftragsvergabe für den Betrieb von 1450?
2. Wer betreibt in welchem Bundesland 1450?
 - a. Haben diese Betreiber den Auftrag seit der jeweiligen Einführung von 1450 in ihrem Bundesland oder gab es dazwischen Änderungen?
 - i. Falls es Änderungen gab: Bitte um Angabe des Zeitpunkts sowie vorherigen und späterer Betreiber.
3. Gibt es im Zuge der Vereinbarungen zum Finanzausgleich konkrete Summen, die für den Betrieb und die Weiterentwicklung von 1450 vorgesehen sind?
 - a. Falls ja: Wie sind diese auf Bundesländer/SV verteilt?
 - b. Falls nein: Wie wird sicher gestellt, dass die Bundesländer im Zuge der freien Mittelverteilung die vereinbarten Weiterentwicklungen (nach gemeinsamen Standards) durchführen?
 - c. Welche konkreten Aufgaben zum Betrieb/zur Datenverarbeitung von 1450 gibt es für die Sozialversicherungsträger?
 - d. Welche Mittel wurden seitens der SV/SV-IT für diese verwendet? (Bitte um Angabe nach Jahren und Aufwendungsbereich)
4. Ist nachvollziehbar, welche Mittel für den Betrieb von 1450 in welchem Bundesland aufgewendet werden?
 - a. Falls ja: Bitte um Angaben der Kosten und Mitarbeiter:innen pro Jahr und Bundesland.
5. Gibt es Vorgaben, inwiefern die Betreiber von 1450 sich weiterer externer Dienstleister bedienen dürfen?
 - a. Falls ja: Bitte um Bekanntgabe.
 - b. Falls nein: Ist bekannt, ob in einzelnen Bundesländern externe Dienstleister (z.B. Callcenter) beim Betrieb von 1450 unterstützen und wie sich dies auf die Kostenstruktur auswirkt?
 - i. Falls ja: Bitte um Bekanntgabe.
6. Ist bekannt, wie sich das Personal der einzelnen 1450-Hotlines zusammensetzt?

- a. Falls ja: Bitte um Angabe der Personalstrukturen nach Berufsgruppen.
 - b. Falls nein: Wie wird sichergestellt, dass Telefonate mit Patient:innen wie ursprünglich vorgesehen von ausgebildetem Pflegepersonal geführt werden?
7. Ist für das BMSGPK nachvollziehbar, wann genau welche Weiterentwicklungen (wie beispielsweise Kooperationen mit Ärztekundendienst, Impfberatung, Terminvermittlung) von 1450 in einzelnen Bundesländern gesetzt wurden/werden?
 - a. Falls ja: Bitte um Angabe der einzelnen Weiterentwicklungen je Bundesland und Zeitpunkt der Einführung.
8. Ist bekannt, an welchen Weiterentwicklungen von 1450 in den Bundesländern aktuell gearbeitet wird?
 - a. Falls ja: Bitte um Angabe nach Bundesland, geplantem Einführungszeitpunkt und Kostenschätzung.
9. Gibt es im Rahmen der neuen Vereinbarung zum Finanzausgleich für einzelne Weiterentwicklungen konkrete Zielvorgaben?
10. Gibt es allgemeine Vorgaben, welche Patientendaten für welche Form des Kontakts erhoben werden?
 - a. Falls ja: Bitte um Angabe.
 - b. Falls nein: Wie kann eine umfassende Nachverfolgung zur Wirkungserhebung von 1450 sichergestellt werden?
11. Welche Patientendaten werden durch 1450 erfasst?
12. Welche Auswirkungen auf Patientenströme konnten durch 1450 in den bisher festgestellt werden?
13. Wie viele Anrufe wurden in den vergangenen drei Jahren durch 1450 abgewickelt? (Bitte um Angabe nach Monat und Bundesland)
14. Ist nachvollziehbar, wie viele Anrufe die verschiedenen Einsatzbereiche (COVID, Patientenberatung, Terminvermittlung, usw.) betrafen?
 - a. Falls ja: Bitte um Angabe nach Jahr und Bundesland.
15. Wie viele Anrufe wurden in den vergangenen drei Jahren von 144 an 1450 weitergeleitet? (Bitte um Angabe nach Jahr und Bundesland)
16. Wie viele Anrufe wurden in den vergangenen drei Jahren von 1450 an 144 weitergeleitet? (Bitte um Angabe nach Jahr und Bundesland)
17. Wie viele Anrufe wurden in den vergangenen drei Jahren von 141 an 1450 weitergeleitet? (Bitte um Angabe nach Jahr und Bundesland)
18. Wie viele Anrufe wurden in den vergangenen drei Jahren von 1450 an 141 weitergeleitet? (Bitte um Angabe nach Jahr und Bundesland)
19. Welche Maßnahmen konnten zur Entlastung des Gesundheitssystems bisher durch 1450 umgesetzt werden? (Beispielsweise telemedizinische Beratungen, Ausstellungen von e-Rezepten, u.Ä.)
20. Ist nachvollziehbar, wie viele Patient:innen den Empfehlungen von 1450 Folge leisten?

- a. Falls ja: Bitte um Angabe nach Jahr, Bundesland und Kategorie gemäß des Evaluierungsberichtes (Notfalleinsatz, Arztbesuch, Selbstversorgung, usw.)

21. Ist nachvollziehbar, aus welchen Gründen Patient:innen 1450 anrufen?

- a. Falls ja: Bitte um Angabe der häufigsten Symptome und Anrufzahlen.

Friedl
FIEDLER

Handwritten signature/initials, possibly "K. Müller" or similar, written in a large, stylized cursive script.

Brandstök)

Ylhamu
(DORRISAUER)

H. U. L.
(BAMTOSATIER)

