

Was Seniorinnen und Senioren von Staat und ÖVP erwarten

Das konkrete Reformprogramm des Seniorenbundes

Jetzt längst fällige Struktur-Reformen anpacken – nützen wir den ÖVP-Neustart und die wahlfreie Zeit 2011 und 2012, im Besonderen in den Bereichen Verwaltung, Bildung, Gesundheit, Pflege und Pensionen. Dabei sind die Bedürfnisse aller Generationen des Landes zu berücksichtigen.

Pensionsreformen

1. **Neue Lebensverdienstkurve:** Noch in diesem Jahr müssen die Verhandlungen zu einem neuen Besoldungsrecht im öffentlichen Dienst erfolgen. Wenn nämlich in den kommenden Jahren die großen Pensionierungswellen im öffentlichen Dienst eintreten, sollten für die Nachkommenden schon die neuen Regeln gelten: Mehr Geld zu Beginn, während der Phase der Existenz- und Familiengründung. Danach ein flacherer Steigerungsverlauf. Vor allem: Keine automatische Vorrückung aufgrund des (Dienst-)Alters, sondern lediglich wenn sich die Funktion / Position ändert. Erst wenn der öffentliche Dienst – wie in Vorarlberg erfolgreich umgesetzt – umgestellt ist, wird auch die Privatwirtschaft folgen!
2. **Abschaffung aller Pensions-Privilegien im staatsnahen Bereich:** Sämtliche Sonderregelungen sind in verfassungskonformer Weise abzuschaffen. Die zahlreichen Ausnahmen sind den steuerzahlenden Menschen längst nicht mehr zuzumuten.
3. **Beendigung der Praxis von „Zwangspensionierungen“ in staatsnahen Unternehmen aber auch im privaten Unternehmen, wo nicht selten Betriebsvereinbarungen zur Zwangspensionierung führen: Im ersten Schritt Umkehr der Beweislast; Künftig soll nicht der / die Gekündigte beweisen, dass die Pensionierung entgegen des Diskriminierungsverbotes aufgrund des Alters erfolgte, sondern der ehemalige Arbeitgeber soll beweisen, dass nicht aufgrund des Alters gekündigt wurde. Zusätzlich sind (bes. in der Privatwirtschaft) entsprechende Betriebsvereinbarungen (bes. bezügl. der Regelungen für Frauen) noch in diesem Jahr entsprechend des EUGH-Urteils zu korrigieren.**
4. **Schließen aller Frühpensionsschlupflöcher:** Das heißt auch verfassungskonformes möglichst rasches **Auslaufen der Langzeitversichertenregelung** – die Maßnahmen zum Jahreswechsel reichen noch nicht aus! Durchführung: Anhebung des Eintrittsalters um 6 Monate pro Jahr. Keine Anrechnung jeglicher Ersatzzeiten (Beitragszeiten wie zB Mutterschutz, Kindererziehungszeiten etc. bleiben selbstverständlich erhalten). Umsetzung schrittweise ab 1.1.2012.
5. **„ASVG für Alle“ bis 2025:** Die bereits begonnene Harmonisierung der Pensionen muss schneller als bisher geplant erfolgen. Zum einen in jenen Bundesländern, die bis heute die alte 15a-Vereinbarung nicht erfüllen, zum anderen auf allen Ebenen (Bund, Länder, Gemeinden) eine Verkürzung der einzelnen Übergangszeiträume.
6. **Vereinfachung der Pensionsberechnung** für besseren Überblick – die

Betroffenen müssen leicht erkennen können, wie teuer ihnen selbst der frühere Pensionsantritt kommt.

7. **Reform der „Pensionskommission“:** 1. Kammer ausschließlich mit anerkannten Expert/innen besetzt. 2. Kammer sind die Sozialpartner, die zu den Experten-Entwürfen ihre Stellungnahmen abgeben, bzw aufgrund der Experten-Berechnungen konkrete Umsetzungsschritte erarbeiten.

Länger Arbeiten

1. **Einführung des „Seniorenbund-Belohnungsmodells“:** 12% mehr Pension für jedes nach 60/65 länger gearbeitete Jahr. Nach **Berechnungen des Sozialministeriums** bringt diese Variante mehr Geld für die Betroffenen (mehr Lebenseinkommen als bei bisherigen Boni und sogar mehr Lebenseinkommen als bei Pensionsbezug plus gleichzeitigem Vollzeiteinkommen!).
2. **„Senior-Pools beim AMS“:** Jede Person, die selbst der Meinung ist, ihren Job nicht bis zum gesetzlichen Pensionsantrittsalter ausüben zu können (sei es aus gesundheitlichen oder anderen Gründen), soll sich an diese Spezialeinrichtung des AMS wenden können. Nach professioneller Stärken-Schwächen-Analyse wird ein Jobprofil für die „Neue Rolle“ im späteren Erwerbsleben gesucht, dazu passend eine konkrete Stelle gefunden. Gemeinsam mit dem künftigen Arbeitgeber werden in der Folge Ausbildungs- bzw Umschulungspläne und ein konkreter Zeitplan erarbeitet. Dieses System setzt bewusst nicht erst bei Arbeitslosigkeit ein, kann auch von Personen die sich in einem aufrechten Arbeitsverhältnis befinden in Anspruch genommen werden.
3. **„Senior-Pools im Öffentlichen Dienst“:** Schaffung einer Internetplattform, wo sich im Ruhestand befindliche Beamte für (kurzfristige) Einsätze anmelden können. Ziel ist die Abdeckung vor allem kurzfristigen Bedarfs (Urlaubs- oder Karenzvertretungen, aber auch projektbezogen für die Zeit des Projektes). Bezahlt würde der Einsatz mit einem Durchschnittssatz (gesetzliche Neuregelung der dtzg. Sätze).
4. **Ausbau der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz:** Dazu gibt es bereits sehr gute Projekte (fit2work, proFITNESS) die nun flächendeckend auszubauen sind – dazu muss man das Rad nicht neu erfinden.

Kaufkraftsicherung der Pensionen

Leistung muss sich in jedem Alter lohnen! Es darf nicht ausschließlich die tagesaktuelle Leistung in Betracht gezogen werden. Auch jene Leistungen, die über Jahrzehnte hinweg für unsere Gesellschaft und unser Land erbracht wurden, sind wertzuschätzen. Und alle Regelungen, die Leistungserbringung im fortgeschrittenen Alter hemmen oder gar verhindern sind zu beseitigen. Daraus ergibt sich:

1. **Wiedereinführung des Alleinverdienerabsetzbetrages für Pensionisten** - die hauptbetroffenen Frauen haben uns die geburtenstärksten Jahrgänge der 2. Republik geschenkt und können heute ihre Einkommenssituation nicht mehr selbst ändern! Diese erbrachten Familienleistungen müssen auch heute noch anerkannt werden.
2. **Garantierte jährliche Teuerungsabgeltung der Pensionen** und bei gutem

Wirtschaftswachstum auch einen Anteil an der realen Wertschöpfung der Volkswirtschaft

3. **Keine weitere Deckelung der Pensionsanpassungen**, diese waren lediglich als kurzfristiger Solidarbeitrag gedacht. Dies zumindest **für alle Pensionen (Pensionsteile) bis zur Höhe von 75% der jeweiligen ASVG-Höchstbeitragsgrundlage** (Anmerkung: das sind alle gesetzlichen Pensionen + Beamtenpensionen, die abzüglich der Pensionssicherungsbeiträge auf Niveau der ASVG-Höchstpension kommen – das heißt genau jene, die über Jahrzehnte hinweg die meisten Beitragszahlungen geleistet haben!).
4. **Neuregelung des Pensionskassengesetzes** – nach 3 Jahren Stillstand in der so genannten „Reformkommission“ ist es endlich Zeit, zu einem Abschluss zu finden, der die Verluste der Bezugsberechtigten zumindest teilweise ausgleicht! Die Verluste der Betroffenen sind zum überwiegenden Teil politisch verursacht!

Dazu liegen die Seniorenrats-Forderungen längst vor: Einführung des **Pauschalmodells** (einmalige Vorab-Besteuerung des per Stichtag vorhandenen Kapitals zu einem Durchschnittssteuersatz, danach steuerfreie Auszahlung der Renten, **Befreiung von der Pflicht zur Schwankungsrückstellung** so lange, bis Verluste ausgeglichen sind und gleichberechtigte Vertreter der Pensionskassenberechtigten in allen Gremien der Pensionskassen.
5. **Abschaffung der Zuverdienstgrenzen** bei unfreiwilliger vorzeitiger Pensionierung (**im ersten Schritt zumindest Anhebung auf vorhergehendes Aktiv-Einkommen**) – auch dieses Geld geht wieder voll in den Wirtschafts- und Steuer-Kreislauf zum Vorteil der Budgets!

Pflege

1. Pflege muss **aus der Sozialhilfelogik herausgelöst** werden, Schnittstellen mit dem Gesundheitssystem sind zu verbessern, langfristig muss Pflege gleichwertiger Teil der sozialen Sicherheit sein. **Finanzierung** hat **aus Steuermitteln und „aus einer Hand“** zu erfolgen.
2. die raschest mögliche Umsetzung der **Rechnungshof-Empfehlungen hinsichtlich der Strukturen und Qualitätskriterien** bei den Pflegegeld-Einstufungen,
3. eine **jährliche automatische Anpassung des Pflegegeldes** an die steigenden Pflegekosten,
4. die **Beschleunigung und Vereinheitlichung des Pflegegeld-Verfahrens** (letztere wurde soeben beschlossen) ist rasch durchzuführen
5. sowie **Umsetzung des derzeitigen Pilotprojekts der gemeinsamen Pflegegeld-Einstufung durch Ärzte UND Pflegefachkräfte bzw. BetreuerInnen** ins Dauerrecht. Nur Ärzte können die medizinische Beurteilung vornehmen UND nur jene, die persönlich die Pflege und Betreuung leisten, kennen die reale, alltägliche Situation der betroffenen Menschen im Detail.
6. **Keine Umstellung des Pflegegeldes auf Gutscheine für Sachleistungen**. Das werden wir mit allen Mitteln bekämpfen!
7. **Erhebung zuverlässigen Datenmaterials**: Keine gute Planung ohne richtige

Zahlen! Dazu sind vor allem die zuletzt veröffentlichten Überlegungen der Akademie der Wissenschaften heranzuziehen (nicht Steigerung der Lebenserwartung dient zur Berechnung, sondern die Veränderung im Verhältnis gesunder Menschen vs. Menschen mit Unterstützungsbedarf). Dazu zB Errichtung einer Kommission, vergleichbar mit der „Kommission zur langfristigen Pensionssicherung“.

8. Sicherstellung des Bedarfs an Pflege(fach)kräften:

Überarbeitung der Pflege-Ausbildungen. Klärung der Frage, ob „Lehrberuf Pflegehelfer/in“ denkbar / umsetzbar. Sicherstellung der Möglichkeit von berufsbegleitenden Weiterbildungen – Durchlässigkeit der Curricula (von der Pflegehelferin zur Pflegefachkraft zur Pflegewissenschaft). Sicherstellung der Pflegewissenschaften.

Zertifizierung für Laienpfleger und stärkere Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Beispiel: **Urlaub von der Pflege** muss dzt vorab von den Betroffenen bezahlt werden, Kostenersatz kann erst später rückgefordert werden, dessen Gewährung ist dabei ungewiss. Hier ist anzudenken, den Antrag und die Zusage zum Kostenersatz schon im Vorfeld regeln zu können, die Kosten dann gleich zu übernehmen). Der Seniorenbund unterstützt hier auch die Forderung der Interessenvertretung pflegender Angehöriger im Roten Kreuz nach „**einem pflegefreien Tag pro Monat für pflegende Angehörige**“ – dh einer garantierten, unkompliziert zu organisierenden und ausfinanzierten Ersatzpflege für zumindest diesen einen Tag.

Bessere Bezahlung der Pflegekräfte. Wie in allen Bereichen, in denen hauptsächlich Frauen tätig sind, ist auch im Pflegebereich die Bezahlung eher unterdurchschnittlich. Hier sind neue Modelle vorzusehen und deren Finanzierung ist zu regeln.

Imagearbeit für Bedeutung der Pflegeleistungen.

9. Sicherstellung bundeseinheitlicher Leistungen:

Vereinheitlichung der unterschiedlichen Pflegeregelungen für ganz Österreich durch Festlegungen von Mindeststandards.

Einheitliche Regelung der Zuzahlungspflichten von Pflegebedürftigen:
Das heißt:

Wegfall des Zugriffes auf das Eigenheim und die Wohnung im Pflege- und Betreuungsfall

Wegfall des Regresses auf die Kinder und Kindeskinde bei Heimunterbringung (wurde 2008 endlich abgeschafft – soll per 01.08.11 zB in der Stmk wieder eingeführt werden – inakzeptabel!)

Österreichweite Anhebung des Schonvermögens auf einheitl. 10.000 Euro (dzt höchst unterschiedlich geregelt!)

Sicherstellung einer in allen Bundesländern **garantierten flächendeckenden Versorgung mit Einrichtungen für Tagespflege, mobile Pflege, Kurzzeit-Pflege, Wohneinrichtungen mit integrierten Pflege- und oder Betreuungsangeboten, Pflegeheimen.** Dabei verbindliche einheitliche Mindeststandards.

Förderung des „**Barrierefrei Umbaus**“ der eigenen Wohnräume und

Förderung des Ausbaus des „**Betreubaren Wohnens**“ – finanziert aus Mitteln der Wohnbauförderung.

10. **Zu den angekündigten Verhandlungen zur Pflegestrukturreform**
Lt. Ankündigung soll bis Ende 2012 eine Pflegestrukturreform fertig gestellt sein. Dieser Bereich ist eine echte Mammutaufgabe. Der Seniorenbund kann hier nicht nachvollziehen, **wie man in nur 19 Monaten eine gute Lösung zustande bringen will, wenn bis heute nicht zur ersten Runde eingeladen wurde.** Zu den Verhandlungen selbst sind die Seniorenbund-Forderungen:

Aufnahme der Verhandlungen zur Pflegestrukturreform noch im Mai 2011. (Ende des Monats wird ein Rohbericht zu den Pflegekosten erwartet).

Einbindung aller beteiligten Gruppen in die Verhandlungen: Neben Bund, Ländern und Gemeinden müssen Sozialpartner, BAG, Ärzte, Pflegewissenschaftler, Pflege- und Gesundheitsberufe, Pflegeanwälte (bzw. Patientenanwälte), und natürlich Behinderten- und Seniorenvertreter eingebunden sein.

Die Verhandlungen müssen parallel abgestimmt zur Gesundheitsreform organisiert werden, um kurzfristig die Schnittstellen zum Gesundheitssystem zu verbessern (Stichwort „zu viele Akut-Betten“ oder auch „austherapiert“) und mittelfristig eine vollständige Einbindung in das Gesundheitssystem zu ermöglichen.

Die Reformen dürfen nicht nur die künftige Finanzierung und Struktur betreffen. Es geht auch um bundeseinheitliche Qualitätsstandards, Planung und Kontrolle. Und es geht auch um eine Reform der Pflegeberufe – wo wir, wie auch Vorarlberg, schon lange die Schaffung eines eigenen Lehrberufes ebenso fordern wie eine zertifizierte Ausbildung für Laienpfleger/innen.

Gesundheit

1. Uneingeschränkter Zugang in jedem Alter – Vereinheitlichung der Systeme

Solidarität ist ein zentraler Grundsatz des menschlichen Zusammenlebens. Sie drückt sich im Zusammengehörigkeitsgefühl von Individuen und Gruppen aus, das sich in gegenseitiger Unterstützung und Hilfe äußert.

Der Solidarität bedürfen an sich alle Altersgruppen der Bevölkerung, vor allem aber jene, die nicht oder nur eingeschränkt im Stande sind, für sich selbst zu sorgen. Dies trifft insbesondere auf Kinder und jene zu, die aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Wenngleich Solidarität dem Wesen nach auf Freiwilligkeit beruht, muss es in einem Sozialstaat auch institutionelle Vorkehrungen zur Sicherstellung der Solidarität geben, will man die Betroffenen nicht zu Almosenempfängern degradieren.

Einen besonderen Ausdruck der Solidarität finden wir generell in der Sozialversicherung und speziell in der Krankenversicherung. Dieses System beruht darauf, dass alle Erwerbstätigen wie auch die Pensionisten einen gesetzlich festgelegten Teil ihres Einkommens (einschließlich des vom Dienstgeber zu bezahlenden Anteils) einzahlen, eine Gegenleistung aber nur im Bedarfsfall (also bei Krankheit) in verschiedener Form (insbesondere in Form der ärztlichen Hilfe und der Prävention), erhalten.

Daraus ergibt sich, dass jene, die gar nicht oder wenig krank sind (in der Regel die Jüngeren) im Verhältnis zu den eingezahlten Beiträgen wenig Gegenleistung erhalten, während jene, die ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen (in der Regel die Älteren) das Krankenversicherungssystem stärker belasten. Da aber in die Krankenversicherung vom Beginn des Erwerbslebens bis zum Tod durchgehend Beiträge einzuzahlen sind, ergibt sich über das ganze Leben gesehen ein durchaus ausgewogenes Verhältnis zwischen Beitrag und Leistung. Als Junger zahlt man im Verhältnis zur Inanspruchnahme eigentlich zu hohe Beiträge, dafür ergibt sich dann der Ausgleich im Alter.

Es ist daher ein grober Verstoß gegen den solidarischen Gedanken in der Krankenversicherung, wenn in der Öffentlichkeit immer wieder gefordert wird, dass die Beiträge der Pensionisten zur Krankenversicherung einseitig erhöht werden sollen, um die im Verhältnis zu den aktiv Erwerbstätigen höheren Ausgaben besser abzudecken. Dabei wird geflissentlich übersehen, dass die Senioren ja auch einmal jung waren und in früheren Jahren viel weniger Leistungen beansprucht haben.

Das Wesen einer sozialen Krankenversicherung besteht eben im Gegensatz zu einer privaten Krankenversicherung, wo der Gesundheitszustand des einzelnen, also sein persönliches Gesundheitsrisiko, für die Höhe des Beitrages entscheidend ist, darin, dass die Gesamtheit der Beitragszahler unabhängig vom persönlichen Gesundheitsrisiko des einzelnen die gleichen Beiträge bezahlt und einer für den anderen solidarisch einsteht.

Einseitige Beitragserhöhungen in der Krankenversicherung zu Lasten der Pensionisten wären daher eine grobe Verletzung des Solidaritätsprinzips und eine Rückkehr zur längst überwunden geglaubten Einteilung der Versicherten in Risikoklassen.

Der Österreichische Seniorenbund tritt für einen uneingeschränkten und gleichen Zugang zum Gesundheitswesen für alle Versicherten - unabhängig vom Alter und Einkommen - ein und unterstützt das Ziel der Sicherstellung der langfristig ausgeglichenen Gebarung sowie die schrittweise Entschuldung der sozialen Krankenversicherungsträger. Durch den Gebarungsüberschuss von rund 280 Millionen Euro im Jahr 2010 wurde ein erster großer Schritt zur Erreichung dieser Ziele gesetzt.

Die Garantie des Leistungsniveaus in der medizinischen Versorgung ohne Altersbeschränkung und die Verbesserungen in der Qualitätsorientierung ist sicherzustellen, wobei die Kosten für die Versicherten stabil bleiben müssen und es zu keinen Beitragserhöhungen oder neuen Selbsthalten kommen darf. Eine Zwei-Klassen-Medizin, wie sie in anderen Ländern leider schon praktiziert wird, muss unter allen Umständen verhindert werden.

Um die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems auch in Zukunft garantieren zu können, und um das Gesundheitssystem generell effizienter zu gestalten regt der Seniorenbund an, zu einer **bundesweiten Vereinheitlichung der Krankenkassen-Standards** zu finden. Die **Sozialversicherungen sollen bundesweit vereinheitlicht** werden – vergleichbar mit den Reformen, die im Pensionsbereich bereits erfolgten, wo durch das Allgemeine Pensions-Gesetz (APG) eine schrittweise Angleichung aller Systeme an das ASVG erfolgt.

Der Österreichische Seniorenbund begrüßt den vom Hauptverband der

österreichischen Sozialversicherungsträger vorgestellte „**Masterplan Gesundheit**“. **Dieser muss nun diskutiert und umgesetzt werden. Kernstück ist die Finanzierung und Steuerung aus einer Hand**

2. **Gesundheit = Prävention + Kuration + Rehabilitation + Pflege + Palliativversorgung!**

Das Gesundheitswesen ist neu und effizient zu organisieren, wobei die Finanzierung aus einer Hand zu erfolgen hat („wer zahlt schafft an“). Die Zusammenarbeit zwischen Krankenanstalten und niedergelassenen Ärzte ist deutlich zu verbessern, eine flächendeckende Versorgungsstruktur mit Geriatriebetten - bei gleichzeitiger Reduktion der Akutbetten - ist umzusetzen.

Einsparungsmöglichkeiten im Heilmittelbereich ohne Verschlechterung der Behandlungsqualität durch den Einsatz von kostengünstigeren wirkstoffgleichen oder wirkstoffähnlichen Arzneispezialitäten (Generika) werden von der älteren Bevölkerung angenommen, wenn dies mit einer entsprechenden Aufklärungsarbeit einhergeht. Im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung sieht der Österreichische Seniorenbund darüber hinaus langfristig erhebliche Einsparungsmöglichkeiten.

Die WHO hatte zudem schon vor Jahrzehnten festgelegt, dass gutes Gesundheitssystem, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege sowie Palliativversorgung als gleichwertige Teile umfasst. Diese Ansicht teilt der Seniorenbund uneingeschränkt. Für das Österreichische Gesundheitssystem, in dem lediglich die Kuration gut sichergestellt ist, würde dies bedeuten:

- Eine deutliche Stärkung der **Prävention** durch eigene Programme, hier auch Programme, mit Fokus auf ältere Menschen.
- **Umsetzung von Präventionsmodellen, wie z.B. „ProFITNESS: Gesunde Mitarbeiter – Gesundes Unternehmen von der WKO.** Zielsetzung ist es ein Dach über alle schon derzeit bestehenden Initiativen und Maßnahmen zu bilden und besonders die Vorteile für kleine und mittlere Betriebe herauszuarbeiten. In dieser Hinsicht sollen vor allem auch Sozialversicherungen, Sportvereine und sonstige Anbieter aktiv mit eingebunden werden.
- Fördermodelle für **Erwachsenenbildung im Präventionsbereich**, z.B. über Neurologische Erkrankungen.
- Die bereits vorhandenen **Gesundheitspässe 60+ und 75+** sind verstärkt in der Öffentlichkeit bekannt zu machen.
- Vermittlung von entsprechenden Inhalten und Handlungskompetenz an älteren funktionalen Analphabet/innen und Personen mit **demenziellen Erkrankungen**.
- Eine effektive Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung ist nur dann möglich, wenn auch geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit Beachtung finden.
- **Rehabilitation** (inkl. ambulante) muss **auch für Senioren zur Pflichtleistung** der Sozialversicherungen werden. Rehabilitation muss grundsätzlich deutlich ausgebaut werden.
- Überhaupt sind die **Maßnahmenkataloge der einzelnen Sozialversicherungen**

zu vereinheitlichen und allen Menschen unabhängig von ihrem Alter gleichermaßen zur Verfügung zu stellen.

- Ein **Herauslösen der Pflege aus den Mindestsicherungssystemen** – denn derzeit muss man in Österreich verarmen, bevor Pflegebedürftigen die dringend benötigte Hilfe gewährt wird.
- Einen **massiven Ausbau der Palliativversorgung** sowie der Hospiz-Angebote.
- **Maßnahmen zur Hebung der Seniorensicherheit**, mit dem Ziel der Reduzierung von Seniorenunfällen sowie Bewusstseinsbildung durch Information der älteren Menschen über die Gefahren des täglichen Lebens dienen nicht nur dem Wohl der älteren Generation sondern ersparen der Allgemeinheit enorme Folge- und Behandlungskosten.

Darüber hinaus:

3. **e-Medikation:** Das Pilotprojekt wurde mit 1.4.2011 in drei Bundesländern gestartet und wird vom Österreichischen Seniorenbund als weiteren Schritt zu mehr Patientensicherheit ausdrücklich unterstützt. Den Österreichischen Seniorenbund tritt dafür ein, dieses wichtige Projekt möglichst bald in ganz Österreich flächendeckend umzusetzen.
4. **ELGA:** Der Österreichische Seniorenbund unterstützt die elektronische Gesundheitsakte (ELGA), in dem mittels Nutzung moderner Kommunikationstechnologien die Gesundheitsdaten der Patientinnen und Patienten dem behandelnden Gesundheitspersonal orts- und zeitunabhängig zur Verfügung gestellt werden können.
Von - oft sogar tödlichen - Medikamenten-Doppelwirkungen oder - Unverträglichkeiten, über Allergien, bis hin zu Patientenverfügungen und ganzen Gesundheitsakten kann in diesem System alles gespeichert werden.
5. **Rechtsanspruch der Pensionisten auf Rehabilitation:** Derzeit haben nur Erwerbstätige bzw. Bezieher einer Invaliditätspension einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation, nicht jedoch Pensionisten. Wir verlangen daher die Einführung eines Rechtsanspruches für Rehabilitation für alle Pensionisten, sowie diesbezüglich eine einheitliche Zuständigkeit.
Durch diese Maßnahmen kann auch die Pflegebedürftigkeit – und dadurch der Bezug von (höherem) Pflegegeld – abgewendet werden. Die Kosten dafür sind eher als gering einzuschätzen, weil höhere Folgekosten (z.B. Pflegegeld) dadurch vermieden werden können.
6. **Foto auf der e-Card:** Nach wie vor gibt es bedauerlicher Weise Missbrauch im Zusammenhang mit der e-Card. Um diesen finanziellen Schaden für das Gesundheitssystem abzuwenden, verlangen wir schon seit Jahren die Anbringung eines Fotos auf der e-Card bzw. ersatzweise die Speicherung eines Fotos im e-Card System.
Zusätzlich würde das Foto auf der e-Card ermöglichen, über einen europaweit gültigen Senioren-Ausweis zu verfügen (gilt analog für die Jugend), was ganz Nebenbei viele Problemstellungen im Bereich der Ermäßigungen unterschiedlicher Unternehmen (zB ÖBB, Wiener Linien, ...) lösen würde!
7. **Wiedereinführung der beitragsfreien Mitversicherung in der Krankenversicherung:** Derzeit muss für die Krankenversicherung des

kinderlosen Ehepartners ein Zusatzbeitrag von 3,4 % durch den Versicherten bezahlt werden. Dies bedeutet gerade für Pensionisten eine erhebliche Belastung. Diese Regelung wurde durch das Budgetbegleitgesetz 2001 eingeführt. In den Erläuterungen wurde von rund 70.000 betroffenen Frauen und Einnahmen in der Höhe von 62 Millionen Euro ausgegangen, wobei aber gleichzeitig festgestellt wurde, dass man über kein exaktes Datenmaterial verfügt.

Die Wiedereinführung der beitragsfreien Mitversicherung für kinderlose Ehepartner würde vor allem auch für Pensionisten eine deutliche finanzielle Entlastung bedeuten. Nach Auskunft des Hauptverbandes betragen die Einnahmen in der gesetzlichen Sozialversicherung für 2008 ca. 13,5 Millionen Euro und betreffen rund 20.000 Frauen, also deutlich weniger als ursprünglich angenommen.

8. Förderung der Betrieblichen Gesundheitsvorsorge

9. Grundlagenforschung, Statistik & Lehre

Grundlagenforschung über die Situation alter Menschen in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen ist unbedingt notwendig. Dazu zählen beispielsweise: Gerontologie (Alternsforschung), Geriatrie, Pflegewissenschaften, pharmazeutische Forschung, Forschung zur Prävention und Gesundheitsförderung, Forschung über die Bedürfnisse der Nutzer von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen und ökonomische Forschung.

10. Die Einrichtung von **Lehrstühlen für Geriatrie, Gerontologie und Pflegewissenschaften** in ganz Österreich wird als besonders dringlich angesehen.

11. **Der Österreichische Seniorenbund begrüßt die Schaffung eines Additivfaches Geriatrie**, da dies doch eine wesentliche Verbesserung der medizinischen Versorgung der älteren Generation gegenüber der derzeitigen Versorgungssituation darstellt als ersten Schritt in die richtige Richtung. Eine dauerhafte optimale geriatrische Versorgung wird aber wohl nur durch ein Sonderfach Geriatrie in sinnvoller Weise zur Zufriedenheit der älteren Generation erreicht werden können. **Der Österreichische Seniorenbund fordert daher als nächsten Schritt die Einführung eines Facharztes für Geriatrie**

12. **Einführen des Facharztes für Allgemeinmedizin & Förderung der entsprechenden Lehrpraxen**

13. **Einrichtung eines flächendeckenden Netzes wohnortnaher, integrierter Abteilungen für Geriatrie**, sowie Tageskliniken in den Landes- und Bezirkskrankenanstalten

14. Errichtung eines interdisziplinären Instituts mit dem **Forschungsschwerpunkt „Ältere Menschen“**

15. **Künftige Ärztinnen und Ärzte sollen bereits in ihrer Ausbildung (Studium) vermehrt mit dieser Problematik vertraut gemacht werden**, d.h. dass die Ausbildungsinhalte in Hinblick Geriatrie zu erweitern und verbessern wären.

16. **Zu den angekündigten Verhandlungen zur Gesundheitsstrukturreform**

Einbindung aller beteiligten Gruppen in die Verhandlungen: Neben Bund, Ländern und Hauptverband der Sozialversicherungsträger müssen Sozialpartner, Ärzte, Apotheker, Pflege- und Gesundheitsberufe, Patientenanwälte, und natürlich Seniorenvertreter eingebunden sein. Pikantes

Detail am Rande: Obwohl Senioren mit 5,1% die höchsten Krankenversicherungsbeiträge stellen und die größte Patientengruppe stellen, haben sie keinen Rechtsanspruch auf Sitz und Stimme im Hauptverband des Hauptverbandes.

Die Verhandlungen müssen parallel abgestimmt zur Pflegereform organisiert werden, um kurzfristig die Schnittstellen zum Pflegesystem zu verbessern (Stichwort „zu viele Akut-Betten“ oder auch „austherapiert“) und mittelfristig eine vollständige Einbindung der Pflege in das Gesundheitssystem zu ermöglichen.

Die Reformen dürfen nicht nur die künftige Finanzierung und Struktur betreffen. Es geht auch um bundeseinheitliche Qualitätsstandards, Planung und Kontrolle. Ziel muss die Finanzierung „aus einer Hand“ sein – zuständig soll hier der Bund sein!

Gesellschaftliche Beteiligung & Anerkennung der Senioren

1. **Nominierung von Seniorenbund-Kandidaten** an wählbaren Stellen auf allen Ebenen.
2. **Volle Einbindung des Sozialpartners Seniorenrat** entsprechend des Bundes-Seniorengesetzes bei allen Entscheidungen
3. **Förderung des freiwilligen Engagements** von Senioren, zB durch die Schaffung von Freiwilligenkoordinatoren und die Einführung einer kostenlosen Unfall- und Haftpflichtversicherung für alle Freiwilligen
4. **Verbot der Diskriminierung aufgrund des Alters** auf allen Ebenen – für Jung und Alt – natürlich auch im Bereich der „Zwangspensionierungen“
5. **Förderung des Lebensbegleitenden Lernens auch im Alter:** Lernen darf nicht ausschließlich im Sinne der beruflichen Produktivitätssteigerung gesehen werden. Auch die Erhöhung der Autoproduktivität (der Erhalt, Neu- bzw Wiedererwerb von Fähigkeiten ermöglicht die Erhaltung der Selbständigkeit und die Förderung der eigenen Gesundheit).
6. **Förderung des „Universal Design“** – bei den Produkten des Alltags ebenso wie bei der Gestaltung des öffentlichen Raumes und der Wohnräume, damit alle Menschen funktionsgerecht, selbstbestimmt und so lange als möglich eigenständig ihr Leben gestalten können
7. **Bestmöglicher Zugang zu den modernen Informationstechnologie**
z.B. muss die Internet-Nutzung für alle leistbar und zugänglich sein, mit entsprechenden Geräten und im laufendem Betrieb!