

Nr. 4424/10

II-9999 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen  
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode

1993-03-10

**DRINGLICHE ANFRAGE**

der Abgeordneten Dr. Haider, Fischl  
 an den Bundeskanzler  
 betreffend mangelnde Koordination im österreichischen Gesundheitswesen

Die in den letzten Tagen aufgeflamme Diskussion über das österreichische Gesundheitswesen hat gezeigt, daß sich auch dieser Bereich wegen der mangelnden Lösungskompetenz der koalitionären Bundesregierung in einer Sackgasse befindet.

Bereits im Arbeitsübereinkommen zwischen SPÖ und ÖVP vom 16. Jänner 1987 wurde neben einer Neuordnung der Aufgaben zwischen Bund, Ländern und Gemeinden sowie des Finanzausgleiches insbesondere auch eine Neuordnung des Gesundheitswesens angekündigt. Bundeskanzler Dr. Vranitzky kündigte in seiner Regierungserklärung vom 28. Jänner 1987 diese Neuordnung des Gesundheitswesens ebenfalls an. Kaum ein Monat später, am 24. Februar 1987 übernahm der Regierungschef zudem die gesamten Gesundheitskompetenzen des vormaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz in sein Ressort.

Diese Ankündigungspolitik wurde im Arbeitsübereinkommen der Koalitionsparaden für die derzeit laufende XVIII. GP im Dezember 1990 bekräftigt. Dort heißt es wörtlich zum Kapitel Gesundheit:

**"Oberstes Ziel der Gesundheitspolitik ist die Schaffung jener gesellschaftlichen Grundvoraussetzungen, die es jedem Menschen möglich machen, körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu erreichen."**

Im einzelnen wurden hiezu im Regierungsübereinkommen folgende Punkte vereinbart:

**I. STRUKTURVERBESSERUNG**

(...)

**2. Krankenanstalten**

- Weiterentwicklung und Einführung eines differenzierteren, leistungsbezogenen Modells, das an der Diagnose orientiert alle wesentlichen Faktoren, wie medizinische Spitzenleistungen, unterschiedliche Versorgungsstrukturen etc. berücksichtigt. Dieses Modell dient als Grundlage für eine Neuordnung der Finanzierung der Krankenanstalten, zur Abgeltung der Leistung, zur Lösung des "Fremdpatientenproblems", für Strukturangepaßung und zum Setzen von Standards.
- Erarbeitung eines österreichweiten Gesundheitsplanes gemeinsam mit den Ländern unter Mitwirkung der Sozialversicherungsträger als Grundlage für die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen, der insbesondere einen Krankenanstaltenplan und einen Großgeräteplan als integrierte Bestandteile umfaßt.

- Neue, praktikable Arbeitszeitregelungen für Spitalsbedienstete.

(...)

#### IV. QUALITÄTSSICHERUNG UND QUALITÄTSVERBESSERUNG

##### 1. Medizinerausbildung

- Reform der Medizinerausbildung, insbesondere Intensivierung der praktischen Ausbildung im Studium, sowie Reform der postpromotionellen Ausbildung und Integration neuer Inhalte
- Wesentliche Verstärkung des Sonderfachärzteprogramms für strukturschwache Fächer

##### 2. Pflegepersonal

- Reform der Krankenpflegeausbildung mit dem Ziel der Integration in das berufsbildende Schulwesen und Erweiterung des Zugangs zum Pflegeberuf

##### 3. Ausbildung des medizinisch-technischen Personals

- Reform der Ausbildung des medizinisch-technischen Personals unter Angleichung an den EG-Standard und bedarfsgerechte Ausbildung

##### 4. Patientenrechte

- Systematische Weiterentwicklung der Patientenrechte (Patientenrechtsgesetz)
- Effiziente Unterstützung des Patienten bei der Rechtsdurchsetzung durch Patientenanwaltschaft, Ombudsräte etc.
- Neuordnung des Haftungsrechts

Faktum ist, daß der Großteil dieser Punkte des Regierungsübereinkommens das geblieben ist, was er auch bisher war – reine Absichtserklärungen...

Ebensowenig wurde das seit 1970 (Minderheitsregierung Kreisky I) bestehende Monopol der SPÖ im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens von den jeweils zuständigen Bundesministern Rudolf Häuser, Gerhard Weißenberg, Herbert Salcher, Alfred Dallinger, Ferdinand Lacina und Walter Geppert, Josef Hesoun (Sozialminister) bzw. Ingrid Leodolter, Hertha Firnberg, Herbert Salcher, Kurt Steyrer, Franz Kreuzer, Franz Vranitzky, Franz Löschnak, Harald Ettl, Michael Ausserwinkler (Gesundheitsminister) in irgend einer Art und Weise dazu genutzt, eine Verbesserung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens herbeizuführen.

Auch seit Wiederaufleben der "Großen Koalition" (1987) sind aus Sicht der unterzeichneten Abgeordneten keine Anstrengungen zur Lösung der anstehenden Probleme gemacht worden.

Weder Franz Vranitzky, Franz Löschnak, Harald Ettl geschweige denn Michael Ausserwinkler als zuständige Gesundheitsminister, noch Alfred Dallinger, Ferdinand Lacina, Walter Geppert oder Josef Hesoun als zuständige Sozialminister konnten in diesen Bereichen seither auch nur ansatzweise Erfolge erzielen. Dieses Manko verbindet sie allerdings mit den für die Medizinerausbildung mitzuständigen ÖVP-Ministern Hans Tuppy und Erhart Busek.

Obwohl die große Koalition seit 1987 alle zuständigen Minister und darüber hinaus die für

das Gesundheitswesen zuständigen Landesräte

Hermann Fister (SP-Burgenland), Karin Achatz (SP-Kärnten),  
 Ewald Wagner (SP-Niederösterreich), Karl Albert Eckmayr (VP-Oberösterreich),  
 Gerhard Widrich (VP-Salzburg), Dieter Strenitz (SP-Steiermark),  
 Walter Hengl (SP-Tirol), Hans Peter Bischof (VP-Vorarlberg) und Josef Rieder (SP-Wien)

stellt, wurden diese Probleme bislang in keiner Weise gelöst.

An den Koalitionsparteien, die auch die derzeitige Bundesregierung stellen, läge es, durch eine nach sachlichen und finanziellen Gesichtspunkten orientierte Kompetenzverteilung zwischen dem Bund und den Ländern einerseits und den betroffenen Bundesministerien andererseits ein für Österreich optimales Gesundheitswesen zu schaffen.

In diesem Zusammenhang kann sich die Koalition insbesondere weder darauf ausreden, daß sie nicht in der Lage ist, die Kompetenzverteilung zu ändern, noch daß sie ihren Standpunkt gegenüber den österreichischen Bundesländern nicht durchzusetzen im Stande wäre:

Um die angesprochenen Kompetenztatbestände im B-VG zu ändern, genügt die Zweidrittelmehrheit in der gesetzgebenden Körperschaft, welche die Koalition sowohl im Nationalrat, als auch im Bundesrat besitzt. Für eine Änderung des Bundesministeriengesetzes 1986 reicht sogar die einfache Mehrheit.

Einer entsprechenden Koordination mit den für die Gesundheitspolitik zuständigen Landesregierungsmitgliedern stehen ebenfalls weder rechtliche noch politische Argumente entgegen. In den Bundesländern Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Steiermark, Tirol und Wien untersteht das Gesundheitsressort einem SPÖ-Landesregierungsmitglied, während in Oberösterreich, Salzburg und Vorarlberg die ÖVP den zuständigen Landesrat stellt.

Die bereits oa. Probleme reichen von der ungeklärten Frage einer zukünftigen Spitalsfinanzierung über die universitäre und postuniversitäre Medizinausbildung, gerechter Arbeitszeitregelungen für die Bediensteten im Gesundheitswesen bis hin zur Versorgung der ländlichen Gebiete mit praktischen bzw. Fachärzten.

Im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung ist der österreichische Steuerzahler mit einer von ihm zu finanzierenden Kostenexplosion konfrontiert, die einzudämmen die zuständigen Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträger nicht mehr in der Lage sind. So stiegen die Gesamtaufwendungen für den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) von Bund, Sozialversicherungsträgern, Ländern, Gemeinden und sonstigen Quellen unter Bundeskanzler Dr. Vranitzky als zuständigem Ressortminister und Vorsitzender in der Fondsversammlung des KRAZAF wie folgt:

1987	öS 6,143 Mrd
1988	öS 7,246 Mrd
1989	öS 8,165 Mrd
1990	öS 8,621 Mrd
1991	öS 11,967 Mrd

Hauptverantwortlich dafür sind ua. die unterschiedlichen Kosten pro Pflegetag in den einzelnen Bundesländern, die durch die Krankenkassen ersetzt werden; kostete in Wien 1992 ein Pflegetag öS 4.927,--, so beliefen sich die Kosten im Burgenland auf öS 2.260,--. Die

Krankenkassen ersetzten in Wien lediglich öS 1.218,-- pro Pflegetag (ca. 25 %), während sie im Burgenland öS 1.001,-- (ca. 45 %) refundierten. Die aus diesem Refinanzierungssystem resultierenden Defizite führen zu der oben bereits angesprochenen Kostenexplosion im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung. Hauptgrund für dieses antiquierte Finanzierungssystem ist der Kompetenzdschungel zwischen Bund und Ländern.

Derzeit arbeiten rund 25.000 Mediziner in Österreich, wovon rund 11.500 Fachärzte sind. Österreich bräuchte derzeit jedoch mehr als 16.000 Fachärzte, um die ärztliche Versorgungssituation in Österreich zu verbessern. Grund für diesen Mangel ist zum einen die komplexe Kompetenzverteilung zwischen Gesundheits- und Wissenschaftsministerium bei der universitären und postuniversitären Medizinerausbildung und zum anderen die daraus resultierenden Koordinationsmängel. Als Beispiel seien nur die überlangen Wartezeiten von Jungmedizinern auf ihre Turnausbildung angeführt.

Derzeit gibt es in Österreich weiters rund 45.000 Krankenschwestern und -pfleger. Davon mußten allein 16% der diplomierten Pfleger aus dem fremdsprachigen Ausland rekrutiert werden, während weiterhin ein Mehrbedarf von rund 4.000 diplomierten Krankenschwestern und -pflegern besteht. Wiederum resultiert dieses Manko aus den Mehrfachzuständigkeiten des Gesundheitsministeriums einerseits und der diversen Krankenanstaltenerhalter wie zB Länder, Gemeinden, Sozialversicherungsträger und Private andererseits.

In vielen ländlichen Gebieten quer durch Österreich besteht zudem ein großes Manko an ausgebildeten medizinischen Fachkräften. Einerseits lassen sich viele Fachärzte in den städtischen Ballungszentren nieder, andererseits kommt es eben dadurch zu einer Unterversorgung in vielen Bezirksstädten und Landgemeinden. Auch hier offenbart sich die mangellnde Koordination zwischen Bund, Ländern und Gemeinden aufgrund der unterschiedlichen Kompetenzen.

Gemäß Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B-VG ist der Bund in Gesetzgebung und Vollziehung für das Gesundheitswesen zuständig, hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten jedoch nur für deren sanitäre Aufsicht. Ebenfalls zuständig in Gesetzgebung und Vollziehung ist der Bund für das Sozial- und Vertragsversicherungswesen gemäß Art. 10 Abs. 1 Z. 11 B-VG, ebenso wie er für die Universitätsausbildung gemäß Art. 14 Abs. 1 B-VG in Gesetzgebung und Vollziehung zuständig ist.

Für die Heil- und Pflegeanstalten (abgesehen von der sanitären Aufsicht, vgl. o.) ist der Bund gemäß Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG lediglich für die Gesetzgebung über die Grundsätze zuständig, während die einzelnen Länder die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung innehaben. Daraus ergeben sich die bereits ob. Kompetenzprobleme und die daraus resultierenden Probleme der Gestaltung einer effizienten Gesundheitspolitik in Österreich.

Der Bund selbst hat seine eingeschränkten Kompetenzen aber wiederum auf mehrere Bundesministerien verteilt, nämlich das

Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, das  
Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das  
Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung.

So ist das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz gemäß Teil 2 Abschnitt F Z. 1 der Anlage zu § 2 BMG ua. für die

"Angelegenheiten (...) der Heil- und Pflegeanstalten" sowie die  
"Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals der öffentlichen Gesundheitsverwaltung"

zuständig. Weiters ist das Gesundheitsministerium gemäß Teil 2 Abschnitt F Z. 4 der Anlage zu § 2 BMG auch für die

"Angelegenheiten der Ärzte (...) und sonstiger Sanitäts(...)personen" sowie der  
"Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte (...) nach ihrer Graduierung sowie der son-  
stigen Sanitätspersonen"

zuständig.

**Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales** wiederum ist gemäß Teil 2 Abschnitt D Z. 2 der Anlage zu § 2 BMG für die

"Angelegenheiten der Sozialversicherung (...)",

wozu ua. die Krankenversicherung und die Krankenkassen zählen, zuständig.

Schlußendlich untersteht die universitäre Medizinerausbildung und die medizinische For-  
schung gemäß Teil 2 Abschnitt N Z. 2 der Anlage zu § 2 BMG dem **Bundesministerium  
für Wissenschaft und Forschung**.

Die Kompetenz des Bundesministeriums für Landesverteidigung hinsichtlich der "Angelegen-  
heiten des Schutzes der Gesundheit der Angehörigen des Bundesheeres einschließlich der  
militärischen Krankenanstalten und der militärischen Arzneimittelversorgung" (Teil 2 Ab-  
schnitt H der Anlage zu § 2 BMG) sei hier lediglich der Vollständigkeit halber erwähnt.

Interessant zu beobachten ist jedoch weiters insbesondere die Bewegung der derzeit dem  
Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz zugeordneten Kompeten-  
zen seit dessen Errichtung mit Bundesgesetz vom 21. Jänner 1972 über die Errichtung eines  
Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz, BGBI. Nr. 25. Den Großteil seiner  
Kompetenzen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens übernahm das damalige Bundes-  
ministerium für Gesundheit und Umweltschutz aus dem Wirkungsbereich des Bundesministe-  
riums für soziale Verwaltung, wobei die Kompetenz für die Krankenversicherung und die  
Krankenkassen beim Sozialministerium, die universitäre Forschung und Lehre beim Bundes-  
ministerium für Wissenschaft und Forschung verblieb, welches letztere 1970 errichtet worden  
war.

Mit Bundesgesetz vom 11. Juli 1973 über die Zahl, den Wirkungsbereich und die Einrichtung  
der Bundesministerien (Bundesministeriengesetz 1973), BGBI. Nr. 389, wurde der Wirkungs-  
bereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz (vgl. Teil 2 Abschnitt E  
der Anlage zu § 2 Bundesministeriengesetz 1973) un wesentlich erweitert, wobei es allerdings  
zu keinen weiteren Kompetenzverschiebungen vom Sozial- geschweige denn vom Wissen-  
schaftsministerium kam.

Mit "Bundesgesetz vom 14. Dezember 1983, mit dem das Bundesministeriengesetz 1973  
geändert wird sowie damit zusammenhängende Bestimmungen über den Wirkungsbereich des  
Bundesministeriums für Familie, Jugend und Konsumentenschutz erlassen werden", BGBI.  
Nr. 617, kam es zu einer ersten Ausdünnung der Kompetenzen des Bundesministeriums für  
Gesundheit und Umweltschutz, da die familienpolitischen Angelegenheiten auf den Sachge-  
bieten der Gesundheitspflege, Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung und Gesundheits-

vorsorge dem Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Familie, Jugend und Umweltschutz zugeordnet wurden.

Die folgenden Novellen des Bundesministeriengesetzes 1973 (BGBI. Nr. 439/1984, 24/1985) ließen die Kompetenzen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz ebenso unangetastet, wie die Wiederverlautbarung des Bundesministeriengesetzes 1973 als Bundesministeriengesetz 1986 – BMG mit WV BGBI. Nr. 76.

Einschneidender war jedoch das, wenig mehr als ein Jahr später Rechtskraft erlangende "Bundesgesetz vom 24. Feber 1987, mit dem das Bundesministeriengesetz 1986, das Arbeitsmarktförderungsgesetz und das Lebensmittelgesetz 1975 geändert werden", BGBI Nr. 78. Mit dieser Novelle wurden die Kompetenzen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz zum Großteil dem Bundeskanzleramt zugeordnet. Die bisher dem Planstellenbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz angehörenden Bediensteten wurden im Verhältnis 8 : 1 in die Planstellenbereiche des Bundeskanzleramtes und des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie übernommen.

Die Richtigkeit dieser Maßnahme wurde damals von Abg. Dr. Schranz (SPÖ) dahin begründet, als es "*auch richtig (ist), das Gesundheitswesen mit der Arbeit des Bundeskanzleramtes im Zusammenhang zu sehen, denn schließlich sind ja die Aufgaben auf diesem Sektor sehr weitgehend verbunden mit der Zusammenarbeit mit den Rechtsträgern der Krankenanstalten. Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind in erster Linie die anderen Gebietskörperschaften, also Länder und Gemeinden, und auch private Institutionen, vor allem Orden. Wenn das Bundeskanzleramt, das ja für die Koordination der Politik mit den anderen Gebietskörperschaften zuständig ist, seine Aufgaben auf dem Gesundheitssektor wahrt, wird das eine sehr gute Lösung sein.*"

Ähnlich argumentierte seinerzeit Abg. DDr. Hesele (SPÖ): "*Was die Gesundheitspolitik anbelangt, die dem Bundeskanzleramt zugeteilt worden ist, hat Kollege Geyer gesagt, es werde nur verwaltet. Das ist nicht ganz richtig. Gesundheitspolitik besteht nicht nur im Verwalten. Eine der ganz wesentlichen Aufgaben in der nächsten Zeit wird sein: Wie kann man die Spitäler – nicht nur in Wien, sondern auch draußen in den Bundesländern – finanzieren, um eine moderne Gesundheitspolitik zu garantieren. (...) Es ist auch eine Frage der Finanzierung, der Koordination zwischen Bund, Ländern und Gemeinden. Daher glauben wir, daß Gesundheitspolitik ein Teil des Bundeskanzleramtes sein sollte.*"

Dem Bundeskanzleramt, das bereits damals von Bundeskanzler Dr. Vranitzky geleitet wurde, wurden also bis zur Novelle des BMG mit BGBI Nr. 45/1991 auch die Angelegenheiten des Gesundheitswesens zugeordnet. In seiner Funktion als Bundeskanzler war Dr. Vranitzky, wie bereits erwähnt, auch Vorsitzender der Fondsversammlung des KRAZAF, und somit mitwenn nicht hauptverantwortlich für die Versäumnisse auf dem Gebiet der Krankenanstaltenfinanzierung. Dr. Vranitzky war zudem in dieser Zeit Vorsitzender der beim Bundeskanzleramt eingerichteten Kommission zur Vorbereitung der Strukturänderungen im österreichischen Krankenanstaltenwesen, der er bereits in den Jahren vor 1987 als Bundesminister für Finanzen angehört hatte.

Mit der bereits erwähnten (derzeit letzten) Novelle des BMG, BGBI. Nr. 45/1991, wurde das Gesundheitsministerium als Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz wiedererrichtet.

Entsprechend den Bestimmungen des § 3 Z. 3 BMG haben die Bundesministerien im

Rahmen ihres Wirkungsbereiches alle Fragen wahrzunehmen und zusammenfassend zu prüfen, denen vom Standpunkt der Koordinierung der vorausschauenden Planung der ihnen übertragenen Sachgebiete (...) grundsätzlich Bedeutung zukommt. Sie haben die Ergebnisse dieser Prüfung für die Bundesregierung und für die Bundesminister bereitzustellen und bei Besorgung der ihnen obliegenden Geschäfte der obersten Bundesverwaltung entsprechend zu verwerten. Gemäß § 3 Z. 4 BMG haben die Bundesministerien zudem (...) auf die wechselseitige Koordinierung der Vollziehung des Bundes und der Länder Bedacht zu nehmen.

Gemäß § 6 BMG haben die Bundesministerien das Bundeskanzleramt über die Besorgung der im § 3 Z. 3 und 4 bezeichneten Geschäfte laufend und zeitgerecht zu unterrichten. Das Bundeskanzleramt hat bei Besorgung von Geschäften im Rahmen der ihm gemäß Abschnitt A Z. 1 und 5 des Teiles 2 der Anlage zu § 2 BMG zugewiesenen Sachgebiete auf diese Information Bedacht zu nehmen. Die angesprochenen Sachgebiete sind "Angelegenheiten der allgemeinen Regierungspolitik einschließlich der Koordination der gesamten Verwaltung des Bundes, (...)" (Z. 1), zu welchen insbesondere auch

"Vorbereitung der allgemeinen Regierungspolitik.  
Hinwirken auf die Wahrung der Einheitlichkeit der allgemeinen Regierungspolitik und auf das einheitliche Zusammenarbeiten der Bundesministerien in allen politischen Belangen."  
und  
"Hinwirken auf das einheitliche Zusammenarbeiten zwischen Bund und Ländern.",

bzw. "Allgemeine Angelegenheiten der staatlichen Verwaltung" (Z. 5), zu welchen insbesondere auch

"Allgemeine Angelegenheiten der Organisation (...) der (...) Einrichtungen, die Aufgaben der staatlichen Verwaltung besorgen"  
und  
"Zusammenfassende Behandlung und Koordination in Angelegenheiten, die den Wirkungsbereich zweier oder mehrerer Bundesministerien berühren."

gehören.

Dem Bundeskanzler obliegt somit eine die Arbeit der Bundesregierung koordinierende Funktion. Der derzeitig amtierende Bundeskanzler Dr. Vranitzky hat zudem in den Jahren 1987 bis 1991 die Agenden des vormaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz auf dem Gebiete des Gesundheitswesens seinem Ressort einverleibt.

Während dieser Zeit führte er auch den Vorsitz im Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF), und war weiters Vorsitzender der Kommission zur Vorbereitung der Strukturänderungen im österreichischen Krankenanstaltenwesen. Darüber hinaus wird auch die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung (die der den KRAZAF errichtenden bundesgesetzlichen Regelung regelmäßig zugrundeliegt) zwischen dem Bund, vertreten durch die Bundesregierung, und den einzelnen Ländern, vertreten durch deren jeweiligen Landeshauptmann, geschlossen.

Nach Ansicht der unterzeichneten Abgeordneten stellt sich deshalb die durchaus berechtigte Frage hinsichtlich der politischen Verantwortlichkeit dieses Bundeskanzlers insbesondere hinsichtlich seiner offensichtlich fehlenden Koordinationsfähigkeit im Bereich des österreichischen Gesundheitswesens.

Die unterzeichneten Abgeordneten stellen daher an den Bundeskanzler folgende

**DRINGLICHE ANFRAGE**

1. Warum haben Sie bislang im Rahmen ihrer Koordinationskompetenz nicht auf die Vereinheitlichung der Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen hinwirkt?

2. Welche Maßnahmen zur Verhinderung der Kostenexplosion im KRAZAF haben Sie als Vorsitzender der Fondsversammlung während der Jahre 1987 bis 1991 getroffen?

Wenn keine, warum?

3. Welche Maßnahmen haben Sie als Vorsitzender der Kommission zur Vorbereitung der Strukturänderungen im österreichischen Krankenanstaltenwesen während der Jahre 1987 bis 1991 getroffen?

Wenn keine, warum?

4. Welche Maßnahmen haben Sie bisher in der XVIII. GP als für die Koordination der Tätigkeit der Bundesregierung zuständiger Bundeskanzler getroffen, damit eine Neuordnung der Finanzierung der Krankenanstalten verwirklicht wird?

Wenn keine, warum?

5. Welche Maßnahmen haben Sie bisher in der XVIII. GP als für die Koordination der Tätigkeit der Bundesregierung zuständiger Bundeskanzler zur Neuordnung der Abgeltung der Leistungen der Krankenanstalten getroffen?

Wenn keine, warum?

6. Welche Maßnahmen haben Sie bisher in der XVIII. GP als für die Koordination der Tätigkeit der Bundesregierung zuständiger Bundeskanzler zur Erarbeitung eines österreichweiten Gesundheitsplanes gemeinsam mit den Ländern und unter Mitwirkung der Sozialversicherungsträger als Grundlage für die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen getroffen?

Wenn keine, warum?

7. Welche Maßnahmen haben Sie bisher in der XVIII. GP als für die Koordination der Tätigkeit der Bundesregierung zuständiger Bundeskanzler zur Erarbeitung eines Krankenanstaltenplanes und eines Großgeräteplanes getroffen?

Wenn keine, warum?

8. Welche Maßnahmen haben Sie bisher in der XVIII. GP als für die Koordination der Tätigkeit der Bundesregierung zuständiger Bundeskanzler zur Verwirklichung neuer praktikabler Arbeitszeitregelungen für Spitalsbedienstete getroffen?

Wenn keine, warum?

9. Welche Maßnahmen haben Sie bisher in der XVIII. GP als für die Koordination der Tätigkeit der Bundesregierung zuständiger Bundeskanzler zur Reform der Medizinerausbildung, insbesondere zu einer Intensivierung der praktischen Ausbildung im Studium gesetzt?

Wenn keine, warum?

10. Welche Maßnahmen haben Sie bisher in der XVIII. GP als für die Koordination der Tätigkeit der Bundesregierung zuständiger Bundeskanzler zu einer Reform der postpromotionellen Ausbildung und Integration neuer fachspezifischer Inhalte getroffen?

Wenn keine, warum?

11. Welche Maßnahmen haben Sie bisher in der XVIII. GP als für die Koordination der Tätigkeit der Bundesregierung zuständiger Bundeskanzler zu einer wesentlichen Verstärkung des Sonderärzteprogramms für strukturschwache Fächer getroffen?

Wenn keine, warum?

12. Welche Maßnahmen haben Sie bisher in der XVIII. GP als für die Koordination der Tätigkeit der Bundesregierung zuständiger Bundeskanzler zu einer systematischen Weiterentwicklung der Patientenrechte und der Schaffung eines Patientenrechtsgesetzes getroffen?

Wenn keine, warum?

13. Welche Maßnahmen haben Sie bisher in der XVIII. GP als für die Koordination der Tätigkeit der Bundesregierung zuständiger Bundeskanzler zu einer effizienten Unterstützung der Patienten bei ihrer Rechtsdurchsetzung durch Patientenanwaltschaften bzw. Patientenombudsmänner getroffen?

Wenn keine, warum?

14. Welche Maßnahmen haben Sie bisher in der XVIII. GP als für die Koordination der Tätigkeit der Bundesregierung zuständiger Bundeskanzler zu einer Neuordnung des Haftungsrechts der Patienten gegenüber den Krankenanstal tenerhaltern getroffen?

Wenn keine, warum?

15. Wie haben Sie im Rahmen ihrer Koordinierungskompetenz auf die Tatsache reagiert, daß sich der Hauptverband der Sozialversicherungsträger noch 1992 ausdrücklich gegen die Einführung eines leistungsbezogenen Verrechnungssystems in den Spitäler ausgesprochen hat, wie aus der "22-Punkte-Beilage" zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 ersichtlich ist, obwohl in der offiziellen Gesundheitspolitik bereits seit 1981 die Einführung eines

solchen Verrechnungssystems mehrmals versprochen wurde?

16. Wie werden Sie im Rahmen ihrer Koordinierungsfunktion für die Tätigkeit der Bundesregierung auf die sozialen Krankenversicherungsträger einwirken, daß jene in die Lage versetzt werden, die in Krankenanstalten erbrachten Leistungen diagnosebezogen (leistungsorientiert) zu honorieren, wenn sie nach dem jetzigen System der Verrechnung nach Pflegetagen im Schnitt lediglich 40% der erbrachten Leistungen refundieren können?
17. Welche koordinierenden Maßnahmen haben Sie gesetzt, um zu verhindern, daß den österreichischen Spitalserhaltern dadurch beträchtlicher finanzieller Schaden erwächst, daß mit Inkrafttreten des EWR-Vertrages alle bilateralen Abkommen über den Ersatz von Behandlungskosten, die derzeit diesen Ersatz mit zB den EG-Staaten regeln, außer Kraft gesetzt werden und somit nach dem dann anzuwendenden EG-Recht nur jene Beträge ersetzt werden, die von der für die Stahlarbeiter zuständigen Sozialversicherung des Er bringerlandes bezahlt würden?
18. Welche koordinierenden Maßnahmen haben Sie hinsichtlich des Transfers medizinischer Leistungen im Sinne der Regierungserklärungen 1987 und 1990, wo ausdrücklich flankierende Maßnahmen für eine Bettenreduktion in den Spitäler durch Schaffung neuer Organisationsformen wie Ordinationsgemeinschaften, Gruppenpraxen und Praxiskliniken vereinbart wurden, gesetzt?
19. Sehen Sie koordinierenden Handlungsbedarf im Sinne der vorherigen Frage, wenn die anhaltenden Auseinandersetzungen zwischen den Gebietskrankenkassen und den Ärztekammern letztlich dazu führen, daß vermehrt Patienten, die durchaus im lokalen Bereich von niedergelassenen Ärzten behandelt werden könnten, in Spitäler überwiesen werden, da die Pauschalhonorierung der Ärzte aus ua. betriebswirtschaftlichen Gründen zeitaufwendige Behandlungen verhindert?