

Entschließungsantrag

der Bundesräte Christoph Steiner
und weiterer Bundesräte

betreffend Echte Gesundheitsreform statt Verschlimmbesserung der Strukturen und der Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen jetzt!

eingebraucht im Zuge der Debatte über den Beschluss des Nationalrates vom 13. Dezember 2023 betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Primärversorgungsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Zahnärztegesetz, das Gesundheitstelematikgesetz, das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, das Apothekengesetz, das Suchtmittelgesetz, das Rezeptpflichtgesetz, das Gesundheitsqualitätsgesetz und das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH geändert werden (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 - VUG 2024) (2310 d.B. und 2362 d.B.), in der 962. Sitzung des Bundesrates, am 21. Dezember 2023. (TOP 14)

Strukturreform von Gesundheitsministern Rauch: Verschlimmbesserung pur

Die aktuelle Bundesregierung hat in knapp vier Jahren Regierungsverantwortung am bewiesen: Sie können es einfach nicht. Vor allem das österreichische Gesundheitssystem ist hier ein Hauptopfer des Regierungsversagens. Schlimmer kann es nicht mehr werden, hat man in den letzten Monaten geglaubt. Aber mit den aktuellen „Reformversuchen“ hat man einen neuen Tiefpunkt in der österreichischen Gesundheitspolitik erreicht. Jene Ideen, die die österreichische Bundesregierung auf den ersten Blick und ausschließlich nur die Bezeichnung: „Verschlimmbesserung“! Eine „Verschlimmbesserung“ für Patienten und alle jene Berufsgruppen, die 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche, 365 Tage im Jahr im Gesundheitswesen ihre Frau und ihren Mann stellen.

Die schwarz-grüne Bundesregierung ist weder der „Anwalt der Patientenrechte“ noch die Galionsfigur einer Reform des Gesundheitswesens. Ganz im Gegenteil. Mit einer einzigen gigantischen Abrissbirne und in einer unheiligen Allianz mit schwarz-roten Gesundheitsreferenten in den Bundesländern und schwarz-roten Sozialversicherungsfunktionären wurden in den letzten Wochen und Monaten ohne Dialog mit den Gesundheitsberufen, -von den Ärzten bis hin zum Pflegepersonal in den Spitälern in einer geheimen Kommandoaktion einfach machtpolitische Fakten geschaffen. Weil der Dialog mit Ärztekammer, MTD-Verband und anderen Organisationen und Sozialpartnern im Gesundheitswesen zu mühsam erscheint, versucht man diese mit einem Handstreich vor vollendete Tatsachen zu stellen.

Handstreich gegen die Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen

Zug um Zug wird der niedergelassene Bereich weiter nachhaltig geschwächt und der dramatische Personalmangel in den Arztpraxen vor Ort und in den Spitälern weiter verschärft. Der grüne Gesundheitsminister Rauch zementiert seit Jahren bestehende Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen weiter ein, und subventioniert diese auch noch mit vielen hunderten zusätzlichen Steuermillionen. Wie in einem modernen Ablasshandel werden die schwarz-roten Krankenanstaltenerhalter und die schwarz-roten Sozialversicherungsfunktionäre wieder einmal „eingekauft“, um in Tateinheit und in einem fortgesetzten Komplott gegen die Interessen der heimischen

Gesundheitsversorgung Fehlentwicklungen einzuzementieren und am Ende des Tages den freien Arztberuf und die Unabhängigkeit der weiteren Gesundheitsberufe aufzuheben und das Gesundheitssystem zu verstaatlichen. Man sucht das Heil in einer massiven Ausweitung der Krankenhausambulanzen und drängt den Kassenarzt in der Allgemeinmedizin und im Facharztbereich zurück.

„Sterbekommission“ entscheidet über Medikamenteneinsatz für Schwerkranke

Nachdem man die Mitbestimmung der Ärzte in der organisatorischen und finanziellen Ausgestaltung des österreichischen Gesundheitssystems beseitigen möchte, nimmt man den Ärzten in den heimischen Spitälern auch noch das Recht über den Medikamenteneinsatz für schwerkranke Patienten *lege artis* zu entscheiden. Vielmehr soll jetzt ein zentrales und mit einem drei Millionen-Budget pro Jahr ausgestattetes „Bewertungsboard für ausgewählte Arzneimittelspezialitäten im intramuralen Raum“ als eine Art „Sterbekommission“ den Daumen rauf oder runter bei der Behandlung von schweren Erkrankungen in den österreichischen Spitälern geben.

Vereinbarungsumsetzungsgesetz ist Todesstoß für den Gesamtvertrag im Sozialversicherungssystem

Mit einer Vielzahl an autoritären Gleichschaltungsgesetzen in der Sozialversicherung, bei der Ausschaltung der Ärzte und sonstigen Gesundheitsberufe aus der Mitbestimmung, im Zusammenhang mit der Medikamenten- und Arzneimittelversorgung, den Primärversorgungszentren und einer neuen Ambulanzstruktur soll durch ein sogenanntes „Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 (VUG 2024)“ auch die Honorierung von ärztlichen Leistungen bzw. der sonstigen Gesundheitsberufe ausgehebelt werden. Stattdessen werden Bürokraten in den Landesregierungen und in den Sozialversicherungen eine neue Planwirtschaft ausrollen, die auf den tatsächlichen Bedarf der Patienten und die Angebotsstruktur im niedergelassenen Bereich keinerlei Rücksicht nimmt, sondern diese vielmehr noch weiter stört und zerstört.

Gesundheitsbudget 2024: Blanker Hohn in Zahlen gegossen

Die Gesamtausgaben für Gesundheit in Österreich betragen im Jahr ungefähr 54 Milliarden Euro, die öffentlichen Gesundheitsausgaben ungefähr 40 Milliarden Euro. Im Gesundheitsbudget des Bundes sind 3,2 Milliarden Euro an Ausgaben als unmittelbare Zahlungen des Bundes abgebildet. Im Grunde lässt sich der im Budget abgebildete Mitteleinsatz durch die schwarz-grüne Regierung wie folgt zusammenfassen:

- nicht durchdacht,
- am Ziel einer sinnvollen Strukturreform meilenweit vorbei,
- einfach falsch und
- zum Teil sogar blanker Hohn gegenüber Patienten, Ärzten und den anderen Gesundheitsberufen.

Man schafft mehr Finanzierungsebenen, statt weniger, - von einer „Finanzierung aus einer Hand“ einmal mehr keine Spur. Bis dato gibt es keine Zielvorgaben oder Sanktionsmöglichkeiten für die Vergabe zusätzlicher Finanzmittel. Ein Steuerungseffekt ist somit nicht gegeben. Uns es kommt mit diesen Regierungsmaßnahmen zu einer weiteren Zentralisation im Gesundheitswesen, statt wohnortnaher und niederschwelliger Gesundheitsversorgung für die Patienten.

Im Wesentlichen gibt es drei große Blöcke im Gesundheitsbudget, einer der größten ist die Krankenanstaltenfinanzierung, das heißt der Bundeszuschuss zum Betrieb der Krankenhäuser. Dieser beträgt im aktuellen Budget rund 917 Millionen Euro. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet das eine Steigerung von gerade einmal drei Prozent. Angesichts der hohen Inflationsrate, des Personalmangels, der Gehaltsdiskussion in den öffentlichen Spitälern, der Kündigungs- und Pensionierungswelle und der vielen weiteren Probleme im Gesundheitswesen ist das eine Verhöhnung aller Betroffenen.

Budgetmittel im Gesundheitswesen einmal mehr falsch eingesetzt

Der zweite großen Posten im Gesundheitsbudget finde sich im Bereich Finanzausgleich-Primärversorgung, der mit zusätzlichen 920 Millionen Euro Rahmenbudget aus dem Finanzausgleich dotiert sei. Die einzige im Budgetvoranschlag festgeschriebene Zielsetzung für diese 920 Millionen Euro lautet: „Die Gelder wurden an die ordnungsgemäßen Rechtsträger ausbezahlt.“ Laut Absichtserklärung von Bundesminister Johannes Rauch sollen 550 Millionen Euro in die Spitalsambulanzen fließen, 300 Millionen Euro in den niedergelassenen Bereich. Das heißt einmal mehr: Statt das Problem der überbordenden Spitalslastigkeit zu lösen und den niedergelassenen Bereich wieder stärker zur ersten Anlaufstelle für Patienten zu machen, zementiert Rauch diese Fehlentwicklungen noch weiter ein. Das ist nicht die Trendwende und der Strukturwechsel, den es braucht, das ist das Gegenteil davon. Die schwarz-grüne Regierung setzt das Steuergeld auch hier vollkommen falsch ein. Weitere 580 Millionen Euro schüttele der grüne Gesundheitsminister in Form von direkten Zuwendungen an die Sozialversicherungen aus. Davon sollen 60 Millionen Euro für 100 neue Kassenarztstellen veranschlagt. Wir sind uns grundsätzlich einig, dass es mehr Kassenärzte im niedergelassenen Bereich braucht. Der Bund hat über den Strukturplan Gesundheit die Möglichkeit, die Verteilung der Kassenarztstellen zu regeln und gesetzlich festzuschreiben. Aber der grüne Gesundheitsminister lässt den Sozialversicherungen diese 60 Millionen Euro ohne Vorgaben, wo diese neuen Kassenstellen ansiedelt sein sollen, einfach ‚on top‘ zukommen. Die Folge wird sein, dass sich Ärzte dort ansiedeln, wo es für sie besonders attraktiv ist und eher nicht im ländlichen Bereich, wo die Versorgung unterdurchschnittlich ist. Bei der Zielsetzung der flächendeckenden wohnortnahen medizinischen Versorgung wird der grüne Gesundheitsminister also kläglich scheitern – zulasten der Patienten und aus eigenem Unwillen oder Unvermögen heraus.

Viele Millionen für nichtversicherte Migranten und Covid-19-Impfungen

Und damit nicht genug, finden sich im Budget bei den direkten Zuwendungen an die Sozialversicherungen auch noch Kuriositäten, die im Gesundheitsbudget nichts verloren hätten. 62 Millionen Euro gehen zum Beispiel an Behandlungsleistungen von Nicht-Versicherten, dh. Migranten aus dem Bereich der Asylwerber und illegalen Migranten. Und auch absolute Kuriositäten sind im Gesundheitsbudget von Minister Rauch versteckt, wie zum Beispiel 20 Millionen Euro Energiekosten-Zuschuss für neue Selbstständige. Weitere 211 Millionen Euro Budget für präventive medizinische Maßnahmen hören sich zwar gut an, allerdings gehen davon 52 Millionen Euro allein nur für die Anschaffung von COVID-Impfungen und deren Lagerkosten drauf, also allein hier rund ein Viertel der Ausgaben. Und das auch noch im Wissen, dass die Regierung fast 20 Millionen Impfstoffdosen in den letzten Jahren weggeworfen oder verschenkt hat. Das ist sind keine sinnvollen Investitionen in die medizinische Prävention, die Schwerpunkte werden völlig falsch gesetzt.

Spitalsumfrage der Ärztekammer ist einziges Alarmsignal für die Patienten

Während der grüne Gesundheitsminister via Finanzausgleich und durch autoritäre Gleichschaltungsgesetze den niedergelassenen Bereich weiter hinunterfährt und austrocknet, bahnt sich in der staatlichen und halbstaatlichen Gesundheitsversorgung durch die Spitäler in den einzelnen Bundesländern eine weitere Verschlechterung für die Patienten an. Eine Umfrage zur Wiener Gesundheitspolitik im Zusammenhang mit den Spitälern unter den Wiener Ärzten ist ein einziges Alarmsignal für alle Beteiligten. 72 Prozent sind mit der Unternehmensführung der Spitäler unzufrieden

60 Prozent sind mit der Spitals-IT-Infrastruktur unzufrieden

43 Prozent sind mit der Spitals-Bauinfrastruktur unzufrieden

Und nicht weniger als 66 Prozent der Wiener Spitalsärzte sind unzufrieden mit Arbeit des roten Wiener Gesundheitsstadtrats Peter Hacker. Gerade in diesen Bereich dann noch mehr Versorgungskapazitäten zu verschieben, scheint also der absolut falsche Weg. Peter Poslussny, Personalvertreter in der Klinik Floridsdorf (Krankenhaus Nord), an: *"Wir haben wirklich ein schönes Haus. Aber ohne Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte steht es teilweise leer. Ich erlebe es täglich: den Leuten reicht's. Ich habe vollstes Verständnis für immer mehr Kündigungen. Was die Ergebnisse der Umfrage zeigen, ist ja, dass die Politik bis dato entweder falsche Prioritäten setzt oder aber Probleme gleich ganz ignoriert."*

Mit uns wird es wieder gerecht: FPÖ-Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung

Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben gemeinsam mit den Ländern, im Rahmen derer kompetenzrechtlichen Zuständigkeiten, die integrative partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung fortzuführen und weiterzuentwickeln.

Die Konkretisierung dieser Zielsteuerung-Gesundheit hat auf Grundlage vergleichbarer wirkungsorientierter qualitativ und quantitativ festzulegender Versorgungsziele, Planungswerte, Versorgungsprozesse und -strukturen und Ergebnis- und Qualitätsparameter zu erfolgen. Darauf aufbauend ist als integraler Bestandteil die Finanzzielsteuerung fortzuführen und weiterzuentwickeln. (§ 1 Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit 2017)

Gerade im Spitalsbereich hat sich seit 2012 mit der Einführung der EU-Arbeitszeitrichtlinie die Bedingungen für Ärzte und Gesundheits-Personal zum Negativen gewendet, die Corona-Krise und der Umgang der Regierung mit den Spitalsmitarbeitern hat dann noch ihr Übriges dazu getan, wo eine Selbstkündigungswelle folgte, Pflegekräfte in andere Berufe abwanderten und viele ältere Beschäftigten vorzeitig in die Pension drängten.

Die aktuellen Probleme im Zusammenhang mit dem medizinischen Personalmangel lassen sich in drei Bereiche einteilen: Personalmangel, die Leistungsebene sowie in Komplexität von Finanzierung und Entscheidungskompetenz: Im Bereich Personal müssen die beruflichen Rahmenbedingungen geändert und die strukturellen Probleme gelöst werden. Dazu müsste für eine ordentliche Personalplanung der österreichische Strukturplan Gesundheit evaluiert werden, ebenso wie die regionalen Strukturpläne. Aber auch die überbordende Dokumentationspflicht und bürokratische Dauerbelastungen verschärfen die Situation. Bezüglich der Arbeitszeiten im Gesundheitswesen braucht es mehr Planungssicherheit für die Beschäftigten mit verbesserter Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Der Pensionierungswelle könnte man kurzfristig durch Anreize zur Weiterbeschäftigung und einer temporären Aufhebung der Altersgrenze für

Kassenärzte entgegenwirken. Besonders rasch wäre auch eine Integration der Wahlärzte in das öffentliche Gesundheitssystem mit einer Möglichkeit der „Doppeltätigkeit“ als Wahl- und Kassenarzt wirksam. Mittelfristig können bundesweit einheitliche Stipendien für Medizinstudenten eine Lösung sein, durch die sich junge Ärzte zur Annahme einer Kassen- oder Spitalsstelle verpflichten. Angepasste Ausbildungskapazitäten bei den Fachärzten und Anreize für Mangelfächer und ein Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin stellen weitere richtige Schritte dar.

Die strukturelle und personelle Leistungsebene bezieht sich auf den Umstand, dass das österreichische Gesundheitswesen in den letzten Jahren immer „spitals-lastiger“ geworden ist. Die Zahl der Primärversorgungszentren, die für Entlastung sorgen könnten, ist aber noch immer weit davon entfernt, Kapazitäten aus den Spitälern übernehmen zu können, zudem kommt ein weiter schwindender Anteil an kassenärztlichen Ordinationen. Es bedarf aber auch einer Ausweitung und Aufwertung der Kompetenzen aller Gesundheitsberufe, um eine größere Akzeptanz zu schaffen und um eine Entlastung der jeweiligen höherwertigen Berufe zu schaffen. Wir benötigen auch eine Lenkung der Patientenströme in die richtige Richtung, nämlich in die Gesundheitsversorgung vor Ort in den niedergelassenen Bereich, um eben die Spitäler zu entlasten.

Der Versuch einer Lenkung der Finanzierung des Gesundheitssystems in den letzten Jahren über die Landeszielsteuerung und 15a-Vereinbarung mit mäßigem Erfolg unternommen worden. Für eine effiziente Mittelverwendung und Lenkung der Patientenströme bedarf es einer Verknüpfung der Finanzierung und der Entscheidungskompetenz. Durch die föderalen Strukturen erscheint das aber fast unmöglich zu sein. Aber nur eine Finanzierung aus einer Hand wäre langfristig die effizienteste Möglichkeit, die Steuerbarkeit des Gesundheitssystems herzustellen und die vorhandenen Mittel bestmöglich einzusetzen.

Was es jetzt braucht, ist ein umsetzungstauglicher Maßnahmenkatalog, der folgende Eckpunkte umfasst:

1) Evaluierung des Personalbedarfs auf allen Ebenen des Gesundheitswesens

- Überarbeitung regionale Strukturplan Gesundheit mit Priorität „Niedergelassenen Versorgung“ und Reduktion der Abweichungstoleranz von 30% auf 15%
- Einheitliche Festlegung des Personalschlüssels für Spitäler
- Berücksichtigung Pensionswelle u. Ausbildungskapazitäten

2) Finanzielle Fairness gegenüber allen Mitarbeitern im Gesundheitswesen

- Auszahlung geleisteter Überstunden
- Auszahlung volle versprochene Pflegeprämie und Erweiterung des Bezieherkreises – SV- und steuerfrei!!
- Verbesserung aller Gehaltschema und Anrechnung von Vordienstzeiten

3) Entbürokratisierung und Kompetenzerweiterung in den Berufsbildern des Gesundheitswesens

- Abbau administrativer Tätigkeiten, ggf. Verlagerung ins Sekretariat
- Überarbeitung Berufsbilder → Anerkennung und Aufwertung Tätigkeit
- FA Allgemeinmediziner → „Einzelträger“- PVE, dh, Änderung des Primärversorgungsgesetzes, damit ein FA Allgemeinmedizin allein ein PVE gründen kann.

4) Weiterbeschäftigung älterer Ärzte und Erweiterung Ausbildung

- Weiterbeschäftigung schafft Zeit für adäquate Ausbildung
- Aufhebung 70-Jahre-Grenze für Kassenärzte
- Zusätzliche Ausbildungsstellen und temporäre Aufhebung der Ausbilder-Quote
- Bedarfsorientierte Festlegung der Studienplätze

5) Bundesweit einheitliches Stipendiensystem bei der beruflichen Ausbildung

- Schnellste Möglichkeit, mehr Studienabsolventen in das öffentliche Gesundheitssystem zu bekommen
- Bundesweit einheitlich, um Bieter-Wettbewerb zu verhindern und Planbarkeit zu gewährleisten
- Bindet Absolventen der österreichischen Medizin-Unis, die besser in das bestehende System integrierbar sind als Auswärtige

6) Einbindung der Wahlärzte ins Kassensystem, Aufhebung Doppelbeschäftigungsverbot

- Sofort versorgungswirksam, da Qualitäten u. Infrastruktur vorhanden
- ½ und ¼ - Verträge zusätzlich zur Wahlarztstätigkeit für die Ärzte ermöglichen
- Ermöglichung z.B. Kasse – Allgemein Arzt und FA Wahlarzt und umgekehrt
(4.208 Ärzte mit Doppelqualifikation!)

7) Keine Einführung eines Bewertungsboard für ausgewählte Arzneimittelspezialitäten im intramuralen Raum

- Behandelnde Ärzte müssen weiterhin die Möglichkeit haben, lege artis Behandlungen in den einzelnen Krankenanstalten an schwerkranken Patienten vorzunehmen, ohne dass „Gesundheitsökonomien“ in einem „Superboard“ über Medikationen und damit Leben und Tod entscheiden.

- Ein erweiterter Notfallparagraf statt Wirkstoffverordnung mit Ökonomiegebot

Darüber hinaus sind auch mittel- und langfristige Reformschritte notwendig:

Langfristige Reform des Gesundheitssystems

- Ausbau wohnortnahe Versorgung: Hausarzt, PVZ NEU, Facharzt, Pflege
- Spezialisierung der Spitäler
- Ausbau Pflege und Reha
- Patientenlenkung (primär durch Positiv-Anreize)
- Fortsetzung SV – Reform, Hebung der Potentiale
- Finanzierung aus einer Hand, notfalls im Zwischenschritten bis zur Umsetzung

Die unterfertigten Bundesräte stellen daher folgenden

Entschließungsantrag

Der Bundesrat wolle beschließen:

„Die Bundesregierung, insbesondere der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wird aufgefordert, dem Nationalrat umgehend eine Regierungsvorlage zuzuleiten, die folgende Maßnahmen im österreichischen Gesundheitswesen organisatorisch, personell und finanziell umfasst:

- Evaluierung des Personalbedarfs auf allen Ebenen des Gesundheitswesens
- Finanzielle Fairness gegenüber allen Mitarbeitern im Gesundheitswesen
- Entbürokratisierung und Kompetenzerweiterung in den Berufsfeldern des Gesundheitswesens
- Weiterbeschäftigung älterer Kassenärzte und Erweiterung der Ausbildung
- Bundesweit einheitliches Stipendiensystem bei der beruflichen Ausbildung
- Einbindung der Wahlärzte ins Kassensystem und Aufhebung des Doppelbeschäftigungsverbot
- Erhalt der Möglichkeit für behandelnde Ärzte auch weiterhin lege artis Behandlungen in den einzelnen Krankenanstalten an schwerkranken Patienten vorzunehmen, ohne dass „Gesundheitsökonom“ in einem „Superboard“ über Medikationen und damit Leben und Tod entscheiden.
- Anpassung des Arzneimittel-Spannensystems zu Gunsten der österreichischen Vertriebssebenen und Erweiterung des Notfallparagrafen, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten“

Dopples

(Steiner)

CSHÄURING)