

1123/A XX.GP

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Dr. Erwin Rasinger, Dr. Leiner, Schuster
und Kollegen
betreffend Gesundheitsreform

Die 1997 in Kraft getretene Spitalsreform hat im wesentlichen eine Neuordnung der Spitalsfinanzierung auf Basis der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, kurz LKF genannt, und eine erste Dämpfung der Kostensteigerungen durch „Deckelung“ gebracht. Der Krankenanstalten zusammen - arbeitsfonds (KRAZAF), der ursprünglich 1994 auslaufen sollte, aber zweimal je für ein Jahr verlängert wurde, wurde durch neue Materien ersetzt.

Leider wurden aber nur stationäre Strukturen verändert, es gab keine begleitenden Maßnahmen für den niedergelassenen, ambulanten Bereich. So sollten etwa die niedergelassenen Strukturen zur Aufnahme neuer Kapazitäten etwa durch Gruppenpraxen oder der Aufwertung des Hausarztes als erste Anlaufstelle gestärkt werden. Jede Behandlung dort ist kostengünstiger als eine Untersuchung etwa im AKH. Daher sollte es auch im Interesse des Hauptverbandes und des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales sein, solche Strukturmaßnahmen zu treffen. Die Strategie der Sozialversicherung, einen geringeren Teil der Spitalskosten zu tragen (Ländermittel), komme immer noch günstiger, als diese Patienten beim niedergelassenen Arzt zu behandeln, könnte sich bald als großer Irrtum erweisen.

Das gesundheitspolitische Ziel, das mit der Einführung der LKF einherging, war in erster Linie Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich ohne Qualitätsverminderung. Nun sollte als Ziel angestrebt werden, soweit als möglich erst gar nicht im Krankenhaus zu behandeln bzw. früher in die häusliche Pflege zu entlassen. Zur Verdeutlichung: 1997 kostete eine dreimonatige Betreuung bei einem praktischen Arzt 479 Schilling, beim Facharzt 625 Schilling, in einer Spitalsambulanz 2230 Schilling, während ein Spitalsaufenthalt durchschnittlich 48.139 Schilling kostete. Neben einem Kosteneffekt bewirkt eine extramurale Betreuung auch, daß die Behandlung näher am Wohnort des Patienten, somit bürgerfreundlicher erfolgt.

Denn es ist nicht bürgerfreundlich, wenn man in Tulln vier und in Gloggnitz sogar fünf Monate auf einen Augenarzttermin warten muß. Ein einziger Kassenfacharzt ist in Salzburg ausschließlich im Fach Psychiatrie tätig. Sogar der sparsame Rechnungshof hat einen Bedarf von 270 psychiatrischen Facharztstellen festgestellt. Die Facharztichte ist in Österreich nur halb so hoch wie in Deutschland. Mit einem neuerlichen Zuwachs von 6 Prozent sind die Österreicher nach wie vor Weltmeister im Spitalliegen. Aber rund 2.000 fertige Ärzte haben keinen Job und jedes Semester werden es mehr.

Ziel sollte also die Senkung der international hohen Spitalshäufigkeit durch Stärkung der ambulanten Strukturen (Hausärzte, Fachärzte, Gruppenpraxen, Tageskliniken, ambulante Rehabilitation, Hauskrankenpflege) sein.

Dem Wunsch des Bürgers, so lang wie möglich in den eigenen vier Wänden zu bleiben, ist bei der Planung zur Förderung der ambulanten Strukturen Rechnung zu tragen. Die Medizin soll zum Bürger kommen und nicht umgekehrt. Dies bedeutet eine klare Absage an den Zentralismus in der Medizin. Das österreichische Gesundheits- und Spitalswesen soll gemeinsam mit den Mitarbeitern (Ärzte, Schwestern etc.) weiterentwickelt werden anstatt zentral demotivierend einfach zu verordnen. Dies erfordert daher die Bildung eines permanenten „Runden Tisches“, bzw. einer „Österreichischen Gesundheitskonferenz“ als neues Gesprächsforum“.

Die unterfertigten Abgeordneten bekennen sich zu einem klaren Stufenprinzip der Prioritäten im Gesundheitssystem:

- a. Vorsorge vor Behandlung
- b. Ambulant vor Stationär
- c. Rehabilitation vor Pflege

Die „weißen Flecken“ in der Gesundheitsversorgung müssen reduziert werden.

Wenn wir das österreichische Gesundheitswesen mit den neuen medizinischen Möglichkeiten als Weltklasse erhalten wollen, müssen heute Reformen folgen.

Nach dieser „halben Reform“ der Spitalsreform sollte eine, das Gesamtbild des Gesundheitswesens erfassende Gesundheitsreform in die Wege geleitet werden.

Daher stellen die unterfertigten Abgeordneten nachstehenden

Entschließungsantrag:

„Die Frau Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales wird ersucht, bis längstens 1. Dezember 1999 dem Nationalrat geeignete Gesetzesvorschläge zu unterbreiten, mit welchen eine Gesundheitsreform vollzogen wird, die in erster Linie die niedergelassenen, extramuralen Bereiche stärkt und zumindest folgende Maßnahmen umfaßt:

1. Gesundheitsleistungen sollen soviel ambulant wie möglich und so wenig stationär wie nötig angeboten werden, es soll solange als möglich die Versorgung in den eigenen vier Wänden angestrebt werden.
2. Das hohe Niveau der Spitzen - und Breitenmedizin muß gehalten werden.
3. Abbau unnützer Bürokratie in der LKF.
4. Aufwertung des Hausarztes als erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen und „Gate Keeper“, leistungsbezogene Honorierung des niedergelassenen Bereiches.
5. Erschwerter Zugang zu den Spitalsambulanzen, Zuweisung nur über praktische Ärzte oder Fachärzte; Ambulanzdienste nur für Notfälle oder bei Spezialambulanzen wie z.B. Onkologie.
6. Beschäftigungsoffensive im Gesundheitswesen.
7. Weiterer Ausbau der Prävention durch gesetzliche Verpflichtung für den Hauptverband, sich am FGÖ zu beteiligen.
8. Abbau der lästigen Chefarztpflichten.

9. Wettbewerbsgleichheit im niedergelassenen Bereich, z.B. für Tageskliniken und Kliniken, die von Privaten betrieben werden.
10. Aufwertung der Privaten Krankenversicherung.
11. Vertrag der sozialen Krankenversicherung mit Gruppenpraxen, 1000 neue Kassenverträge mit Ärzten und Teilungsmöglichkeit von Kassenverträgen.
12. Einrichtung einer „Österreichischen Gesundheitskonferenz“ als neues Gesprächsforum zwischen den am Gesundheitswesen Hauptbeteiligten."