

568/AB XXI.GP

**Beantwortung**

der Anfrage der Abgeordneten Dr. Elisabeth Pittermann, Annemarie Reitsamer, Lackner, Heidrun Silhavy und GenossInnen über die Verunsicherung der Bevölkerung bei der Entwicklung einheitlicher Patientenrechte in Österreich und die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens  
(Nr. 542/J)

Zur vorliegenden Anfrage führe ich Folgendes aus:

Zu Frage 1:

Das Regierungsbündnis der Bundesregierung für die XXI. GP sieht unter dem Thema Patientenrechte vor, dass die Bemühungen des Bundes auf Abschluss der Art. 15a B - VG - Verträge mit den Bundesländern über die Verwirklichung von Patientenchartas fortzusetzen sind.

Ich habe daher alle Bundesländer, die eine entsprechende Vereinbarung noch nicht abgeschlossen haben, zum Abschluss aufgefordert.

Dieser Weg erscheint auch sachadäquat. Eine Analyse der Patientenrechtssituation in Österreich zeigt nämlich, dass die Ursachen der eigentlichen Probleme in der Praxis nicht darin bestehen, dass einklagbare Patientenrechte nicht vorhanden wären, sondern dass die in der Rechtsordnung längst vorhandenen und durch die Judikatur abgesicherten Patientenrechte im Alltag bisweilen nur sehr schwer durchgesetzt werden können.

Ein wesentlicher Grund des Informationsdefizits liegt auch darin, dass die Patientenrechte über eine Vielzahl von Gesetzen verstreut sind. Der Kompetenzlage entsprechend finden sich Patientenrechte dabei sowohl in Bundes- als auch in Landesrechtvorschriften.

Diese Überlegungen haben dazu geführt, im Wege von Vereinbarungen gemäß Art. 15a B - VG eine losgelöst von der Kompetenzlage vollständige und übersichtliche Zusammenfassung aller Patientenrechte zu geben („Patientencharta“).

Diese Lösung bietet den großen Vorteil, dass die wesentlichsten Patientenrechte in einem Stück im Bundesgesetzblatt zusammengefasst sind, womit trotz kompetenz-

rechtlicher Zersplitterung eine übersichtliche und vollständige Information möglich ist. Daran knüpft sich die Hoffnung, dass sowohl bei den betroffenen Patienten als auch den Ärzten und sonstigen Angehörigen von Gesundheitsberufen das Bewusstsein für längst bestehende Patientenrechte gestärkt wird und damit auch die in der Praxis auftretenden Probleme in der Durchsetzung verringert werden.

Das Land Burgenland hat bereits seine Bereitschaft zu einem Abschluss bekundet. Die dazu notwendigen Schritte werde ich umgehend in die Wege leiten.

Zu den Fragen 2 und 3:

Das Regierungsübereinkommen für die XXI. GP sieht im Rahmen des Reformprogramms die Einführung einer verschuldensunabhängigen Regelung vor. Auch die Regierungsklausur am 14.4.2000 hat grundsätzlich die Einführung einer verschuldensunabhängigen Haftung beschlossen.

Es ist aber verfrüht, über Details dieser in Aussicht genommenen Regelung zu sprechen, da verschiedene Varianten denkbar sind.

Sofern Konsens mit den Ländern erzielbar ist, könnten nach dem Vorbild des Wiener Härtefonds auch in den anderen Ländern entsprechende Einrichtungen - nach Möglichkeit unter Einbindung der jeweiligen Patientenanwaltschaft - eingerichtet werden, die ohne Prüfung des Verschuldens Leistungen an betroffene Patienten erbringen. In diesem Sinne bin ich bereits bei der Konferenz der Gesundheits- und Krankenanstaltenreferenten an die Länder herangetreten.

Sollte darüber kein Konsens erzielbar sein, könnte auch eine Lösung auf Bundesebene ins Auge gefasst werden. Hier ist vor allem die Frage der Finanzierung zu klären (Expertenschätzungen reichen von 600 Millionen Schilling bis in Milliardenhöhe).

Ich lasse daher zunächst in meinem Ressort alle in Frage kommenden Möglichkeiten prüfen und werde unter Nutzung der dabei erarbeiteten Entscheidungsgrundlagen meine Entscheidung treffen.

Zu den Fragen 4 und 5:

Hierzu ist festzuhalten, dass Fragen des Medizinstudiums nicht in meinen Aufgabenbereich fallen. Ich verweise auf die Zuständigkeit der Bundesministerin für Bildung, Wissenschaft und Kultur.

Zu Frage 6:

Auf Grund der Struktur des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) scheint mir die Beteiligung von Dritten in der vorgesehenen Form sinnvoll. Neben der Aufbringung zusätzlicher Mittel wären vor allem auch Synergieeffekte hinsichtlich bestehender Aktivitäten und Programme anzustreben.

Mit dieser Frage habe ich auch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger befasst, der Folgendes mitteilte (im Auszug):

„1. Der FGÖ existiert in seiner jetzigen (d.h. finanziell deutlich aufgestockten und auf Grund der geänderten Rahmenbedingungen organisatorisch neu gestalteten) Form seit März 1998. Seit Oktober 1998 ist die Stelle des Geschäftsführers besetzt.

Somit liegt bisher erst ein vollständig abgeschlossenes Geschäftsjahr dieser neuen Institution vor. Der Fonds hat in diesem Jahr eine Vielzahl von Aktivitäten entwickelt (Projektförderungen, Fortbildungsstrukturen, Kooperationen etc.). Es wäre sinnvoll, dem Fonds zunächst die Möglichkeit zu geben, sich in der bestehenden und grundsätzlich viel versprechenden Form zu etablieren, bevor zusätzliche Erweiterungen und/oder Modifizierungen der Geschäftsgrundlagen in Erwägung gezogen werden.

2. Im (in der Satzung festgelegten) „Zweck des Fonds“ wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass „**Beiträge zum Strukturaufbau** für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention unter Berücksichtigung und Einbindung bestehender Einrichtungen und Strukturen“ geleistet werden sollen sowie die „**Abstimmung** der Maßnahmen und Initiativen mit **bestehenden Aktivitäten**“.

3. Ein nicht unwesentlicher Teil dieser bereits bestehenden Aktivitäten wird von den Sozialversicherungsträgern und dem Hauptverband initiiert und getragen. Es werden jährlich rund 11 Mrd. Schilling von der Sozialversicherung insgesamt für Gesundheitsförderung und Prävention aufgewendet.

Dies geschieht u.a. in Erfüllung des § 154b ASVG (und der Parallelbestimmungen) auf der Basis klassischer Kompetenzen der Sozialversicherung, der Möglichkeit autonomer und flexibler Schwerpunktsetzungen und Aktivitäten der einzelnen Träger sowie der im Präventions- und Gesundheitsförderungskonzept der Sozialversicherung festgeschriebenen Zielrichtungen und SV-internen und externen Vernetzungsstrukturen. Gesundheitsförderung und Prävention als Tätigkeitsfeld der Sozialversicherung gilt es nicht nur beizubehalten, sondern nach Möglichkeit weiter auszubauen.

4. Angesichts der derzeitigen finanziellen Situation der sozialen Krankenversicherung ist eine Aufstockung der Beteiligung an der Aufbringung der Mittel für den FGÖ ohne entsprechende Einschnitte bei den sozialversicherungseigenen Aktivitäten nicht vorstellbar.

Eine reine Verschiebung des Mitteleinsatzes wäre gesundheits(-förderungs)politisch auf Grund der damit einhergehenden Zerstörung von funktionierenden Strukturen kontraproduktiv.

Sofern qualitativ gerechtfertigte und auf eine Optimierung der Versorgung der Bevölkerung mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ausgerichtete Gründe für eine stärkere Beteiligung der Sozialversicherung am FGO angeführt werden und es sich nicht lediglich um den Versuch einer Verschiebung von Zahlungslasten handelt, wird vom Hauptverband Gesprächsbereitschaft signalisiert, wenn die finanzielle Bedeckung gesichert ist.“

#### Zu Frage 7:

Eine Kürzung der Budgetmittel für den Fonds Gesundes Österreich ist nicht vorgesehen.

Zu Frage 8:

Mit dieser Frage habe ich den Hauptverband der Sozialversicherungsträger befasst, der Folgendes mitteilte:

"... die Errichtung einer gemeinsamen Holding für Rehab - Maßnahmen in der Sozialversicherung (wäre) weder zweckmäßig noch effizient. Auch der Rechnungshof hat anlässlich der Schwerpunktprüfung bei 17 Sozialversicherungsträgern betreffend die Struktur der eigenen Einrichtungen und deren Privatisierungs - bzw. Ausgliederungsmöglichkeiten darauf hingewiesen, dass eine Ausgliederung durch die Errichtung eines eigenen Rehabilitationsträgers zunächst erhebliche Mehrkosten (Errichtung eines Gebäudes, Einrichtung, Personal) verursachen würde, während mögliche Synergieeffekte erst mittel - oder langfristig zu erwarten sind. Er empfiehlt daher ein trägerübergreifendes Rehabilitationsbetteninformationssystem zur Koordination von bestehender Nachfrage und bedarfsgerechtem Angebot zu errichten.

Die berechtigten Zweifel an der Sinnhaftigkeit einer Holding werden von der österreichischen Sozialversicherung geteilt. Die Ausgliederung der Rehabilitationseinrichtungen in eine Holding wäre aus heutiger Sicht kontraproduktiv.

Die österreichische Sozialversicherung hat im Vorjahr ein Konzept zur weiteren Koordination der Rehabilitationspolitik mit folgenden Eckpunkten beschlossen:

- **Koordination aller Rehabilitationsmaßnahmen** in der Sozialversicherung durch die weitere Handhabung der Richtlinienkompetenz des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger
- **Definition des zeitlichen Beginnes und des Endes der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen**, insbesondere im Hinblick auf postoperative Heilverfahren
- **Verbesserung der administrativen Abläufe** durch Optimierung des Antragsverfahrens, Erstellung eines Handbuchs zur medizinischen Rehabilitation, sowie Schaffung einer Datenbank, die den jeweils aktuellen Kapazitätsstand der Rehabilitationseinrichtungen enthält
- **Einheitliche, transparente und rationelle Dokumentation** durch EDV - unterstützte Erfassung der rehabilitationsrelevanten Daten des Antrags -, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens sowie über den Therapieverlauf, um eine laufende Beobachtung und Analyse des Leistungssegmentes der med.Rehabilitation zu Gewähr leisten
- **Einführung eines Controllings** mit dem Ziel der Qualitätssicherung, Kosten - Nutzen - Analyse

**Das Konzept verfolgt** neben einer zielgerichteten und optimierten Organisation für die medizinische Rehabilitation, im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten, **auch humanitäre Aspekte**, die den Rehabilitanden ehestens in die Lage versetzen sollen, dauerhaft in die menschliche Gesellschaft wieder eingegliedert werden zu können. Die österreichische Sozialversicherung sieht in diesem Konzept die Basis für eine

optimale organisatorische Umsetzung der in ihren Rehabilitationseinrichtungen gebotenen qualitativ hoch stehenden stationären medizinischen Maßnahmen.“

Zu Frage 9:

Schon derzeit werden mehr als die Hälfte aller österreichischen Krankenanstalten von privaten Trägern betrieben. Darüber hinaus haben viele Bundesländer ihre Trägerschaft an Landeskrankenanstalten an Betriebsgesellschaften abgegeben, um die Betriebsführung zu entpolitisieren.

Zu den Fragen 10 und 11:

Nein.

Zu Frage 12:

Aufgrund der geltenden Rechtslage obliegt den Landesfonds die Verteilung von finanziellen Mitteln auf die Krankenanstalten, wobei sie als aushelfende Sozialversicherungsträger fungieren. Zwar haben die Landesfonds eine gewisse Gestaltungsfreiheit, eine Gewinnerzielung ist allerdings ausgeschlossen.

Ein Gang an die Börse erscheint daher weder sinnvoll noch Erfolg versprechend.

Zu Frage 13:

Die geforderte Optimierung im ambulanten Bereich kann im Rahmen einer umfassenden Leistungsangebotsplanung realisiert werden. Voraussetzungen für eine Leistungsangebotsplanung im ambulanten Bereich sind entsprechende Vereinbarungen darüber zwischen Bund, Bundesländern und Sozialversicherungsträgern sowie die Einführung einer flächendeckenden vergleichbaren Dokumentation im ambulanten Bereich.

Ob, und wenn ja, in welcher Form Bonus - Malus - Strukturen zur Anwendung kommen, kann erst beantwortet werden, wenn eine ausreichende Transparenz über die Leistungserbringung im ambulanten Bereich hergestellt ist.

Zu Frage 14:

Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist weitgehend Angelegenheit der Bundesländer bzw. der Sozialversicherung. Eine Entscheidung über allfällige Budgetierungsmaßnahmen im extramuralen und intramuralen Bereich kann nur im Zusammenwirken aller betroffenen institutionellen Ebenen getroffen werden. Seitens des Bundes wird - auch in Zukunft - , unabhängig von den verschiedenen Finanzierungsregelungen auf Ebene der Bundesländer und der Sozialversicherung, alles unternommen werden, damit es nicht zu ungerechtfertigten Leistungseinschränkungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht kommt.

Zu den Fragen 15 und 16:

Im Regierungsprogramm wurde die Einrichtung einer Österreichischen Gesundheitskonferenz vereinbart. Diese Veranstaltung soll allen Verantwortlichen, Betroffenen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens eine Gesprächsplattform bieten

und damit zur Unterstützung eines effizienten Diskussionsprozesses beitragen. Die Durchführung der Konferenz soll generell der besseren Motivation und Koordination im Gesundheitswesen dienen.

Der zugrunde liegenden Intention entsprechend wurden in einem breiten Ansatz etwa 200 meinungsbildende Vertreter des österreichischen Gesundheitswesens als Gäste zur Konferenz eingeladen. Dazu zählen u.a. Vertreter der PatientInnen, der Gesundheitsberufe, der Sozialversicherungsträger, der Krankenfürsorgeanstalten, der Universitätskliniken, der Rechtsträger der Krankenanstalten und sonstigen Gesundheitseinrichtungen, der sozialen Hilfsdienste, der Sozialpartner sowie Repräsentanten aus Politik und Verwaltung auf Bundes-, Landes- und Regionalebene. Ebenfalls basierend auf dem Regierungsprogramm soll unter Nutzung der Erfahrungen aus anderen Ländern (z.B. Konzertierte Aktion für das Gesundheitswesen in Deutschland) ein Sachverständigenrat eingerichtet werden. In diesem Sinn soll ein unabhängiges wissenschaftliches Expertengremium geschaffen werden, dessen Mitglieder aus maßgeblichen Bereichen (Medizin, Ökonomie, etc.) stammen.

Die Funktion des Sachverständigenrates wird es sein, durch den wissenschaftlichen Input seiner Mitglieder einen Beitrag zur Gestaltung des Gesundheitswesens zu leisten. Der Sachverständigenrat wird jährlich ein Gutachten zur Lage und Entwicklung des Gesundheitswesens erstellen.

#### Zu den Fragen 17 und 18:

Der Gesundheitsbereich hat als ein Sektor mit starkem Nachfragepotenzial bereits in den letzten Jahren wesentlich zur Wertschöpfung und Beschäftigung im Rahmen unserer Volkswirtschaft beigetragen.

Aus der Analyse der allgemeinen Rahmenbedingungen lässt sich zweifellos auch für die Zukunft ein Wachstum des Gesundheitssektors ableiten. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang insbesondere die demographischen Entwicklungen sowie der rasche technologische Fortschritt im Bereich der Medizin und verwandter Technologien.

Diese Wachstumchancen wirken sich positiv auf die Beschäftigungssituation aus und bedürfen keiner gesonderten staatlichen Subventionspolitik. Ein Beitrag der öffentlichen Hand ohne größere Belastung des Staatshaushaltes kann insofern geleistet werden, als intensive Informationspolitik über die Nachfragepotenziale und die damit einhergehenden Markt- und Berufschancen erfolgt.

#### Zu Frage 19:

Die Reform des Berufes und der Ausbildung des Sanitätshilfsdienstes **Sanitätsgehilfe/Sanitätsgehilfin** stellt ein vordringliches logistisches Projekt des Ressorts dar. Basierend auf einem überarbeiteten Entwurf finden in den nächsten Wochen intensive Gespräche insbesondere mit den Rettungsorganisationen und Vertretern der Berufsgruppe statt. Voraussetzung einer Realisierung des Reformvorhabens ist jedoch die Zustimmung der Gebietskörperschaften im Rahmen der Vereinbarung über den Konsultationsmechanismus.

Der **medizinisch - technische Fachdienst** umfasst die Ausführung einfacher med. - techn. Laboratoriumsmethoden, einfacher physiotherapeutischer Behandlungen sowie Hilfeleistung bei der Anwendung von Röntgenstrahlen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. Im Bereich der physikalischen Medizin ist auch der **Heilbademeister und Heilmasseur** im beschränkten Umfang tätig. Insofern steht die Frage einer Neuregelung der Heilbademeister - und Heilmasseurausbildung in engem Zusammenhang mit dem Berufsbild des medizinisch - technischen Fachdienstes.

Zur konkreten Realisierung der Reformvorhaben bedarf es noch weiterer intensiver Fachgespräche, sodass Fragen der Konsensfindung insbesondere mit den Berufsgruppen und den Gebietskörperschaften - vor allem im Hinblick auf finanziellen Implikationen - derzeit noch nicht beantwortet werden können.