

DRINGLICHE ANFRAGE
gem. § 93 Abs. 1 GOG-NR

**der Abgeordneten Mag. Gerald Loacker, Kollegin und Kollegen
an die Bundesministerin für Gesundheit**

**betreffend "Echte Strukturreformen und völlige Transparenz für ein enkelfittes
Gesundheitssystem"**

Begründung

Mit 1. September 2014 übernahm die vormalige Gesundheits- und Sozialsprecherin der SPÖ, Dr. Sabine Oberhauser, mit dem Amt der Bundesministerin für Gesundheit ein Ressort, das angesichts des demographischen Wandels, der angespannten budgetären Situation sowie gesundheitspolitischer Versäumnisse der letzten Jahrzehnte mit zahlreichen Herausforderungen verbunden ist. Eine umfassende und allen Problembereichen gerecht werdende Strukturreform scheint jedoch auch die neue Gesundheitsministerin - trotz Beteuerungen, das solidarische System der Gesundheitsversorgung erhalten und im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterentwickeln zu wollen - nicht voranzutreiben. Anstelle einer ganzheitlichen Betrachtung, insbesondere der zersplitterten Kompetenzen zwischen Bund, Ländern und Hauptverband der Sozialversicherungsträger, herrscht nach wie vor das Prinzip der Symptombekämpfung vor.

Zwar wurde mit dem von Bundesminister Alois Stöger initiierten **Zielsteuerungssystem Gesundheit**, also dem Abschluss privatrechtlicher Leistungsvereinbarungen zwischen Bund, Ländern und Hauptverband, der Grundstein für eine weitere Gesundheitsreform gelegt, die dringend gebotene Umsetzung der inhaltlich großteils zu begrüßender Vorgaben schreitet jedoch nur sehr schleppend voran:

- Das Vorhaben, **neue Versorgungsformen im niedergelassenen Bereich** zu etablieren, ist bislang nicht über das Stadium eines Konzepts hinaus gelangt. Die zu errichtenden Primärversorgungszentren, in denen verschiedene medizinische Berufsgruppen in einer Teamstruktur eine wohnortnahe und niederschwellige Versorgung von Patientinnen und Patienten und somit eine Entlastung der Spitalsambulanzen sicherstellen sollen, sind - anders als in anderen Staaten, wo sie bereits eine gute Kultur entwickeln konnten (z.B. Dänemark, Schweiz, Schweden) in Österreich längst nicht außer Streit gestellt. Die Ziele, die hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit gesteckt werden, sind dementsprechend niedrig und geben wenig Vertrauen, dass eine bundesweite Ausrollung in absehbarer Zeit erfolgen wird: Gemäß Vereinbarung soll bis Ende 2016 nur mindestens 1 % der Bevölkerung pro Bundesland - das entspricht österreichweit rund 80.000 Personen - in den Genuss neuer Versorgungsmodelle kommen. Angesichts dieses nicht gerade ambitionierten Ziels und der allgemeinen Entwicklung des niedergelassenen Bereichs (Österreich teilt sich mit Ungarn, Griechenland, der Türkei, Irland, Luxemburg und Island das Prädikat "System mit geringer Primärversorgungsorientierung" (siehe <http://www.nivel.nl/en/dossier/Total-primary-care-strength>)) ist nicht davon auszugehen, dass der ineffektive und teure Zustrom zu Spitalsambulanzen (insbesondere an Wochenenden sowie zu Tagesrandzeiten) bald der Vergan-

genheit angehören wird. Auch das Argument, man müsse vor Umsetzung des Modells erst das Kompetenzprofil der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich schärfen (siehe [Anfragebeantwortung 1806/AB vom 28.08.2014](#)), kann derartige Verzögerungen unseres Erachtens nicht begründen.

- Darüber, wo der "**Best Point of Service**" - also der Ort, an dem eine Gesundheitsleistung am medizinisch besten und für das System kostengünstigsten erbracht werden kann - zu verorten ist, werden bislang nur theoretische Debatten mit geringem praktischem Wert geführt: In der bereits erwähnten Anfragebeantwortung heißt es dementsprechend kryptisch, dass sich "*je nach regionalen Gegebenheiten und dem Versorgungsbedarf unterschiedliche "Best Points of Services" ergeben, die sich inhaltlich und organisatorisch voneinander unterscheiden*" und die "*österreichweit flächendeckende Identifikation von "Best Point of Service" (...) aus einer mittelfristigen Perspektive gesehen werden*" muss. Da das neue Primärversorgungsmodell auf diesen Begriff abstellt, sollte eine Grundsatzentscheidung, an welcher Stelle, welche Gesundheitsleistung am besten erbracht werden kann, jedoch ehestmöglich erfolgen. Andernfalls bleibt es bei leeren Stichworten ohne Konsequenz für Patient_innen, medizinische Berufsgruppen und das Gesamtsystem.
- **Bundeseinheitliche und transparente Qualitätsstandards und eine für die Bevölkerung nachvollziehbare, veröffentlichte Qualitätsmessung** sind - trotz erneuter Ankündigungen - nach wie vor nicht umfassend vorhanden. In der Vereinbarung zwischen Bund, Ländern und Hauptverband der Sozialversicherungsträger heißt es zwar: "*Um die Qualität der Behandlung in ganz Österreich sicherzustellen, werden einheitliche Kriterien für Qualitätsmanagementsysteme sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich vereinbart. Darüber hinaus wird die bereits etablierte Ergebnisqualitätsmessung im stationären Bereich bis 2014 durch eine vergleichbare Systematik für den ambulanten Bereich ergänzt. Eine regelmäßige, sektorenübergreifende Berichterstattung zur Ergebnisqualität stellt dann eine wesentliche Orientierungshilfe für die Patientinnen und Patienten dar*". Im Gegensatz zum Nachbarland Deutschland (siehe: <http://www.qualitaetskliniken.de>, <http://www.weisse-liste.de>) lässt eine für Bürger_innen transparente, userfreundliche und vollständige Qualitätsinformation für das Spitalwesen und den niedergelassenen Bereich aber nach wie vor auf sich warten. Derzeit laufen in Österreich lediglich einige Pilotprojekte zur Ergebnisqualität einzelner Operationen. Eine flächendeckende Umsetzung hält Gesundheitsministerin Oberhauser selbst bis 2016 für nicht wahrscheinlich - dabei reicht das Bekenntnis zu einem gesamtösterreichischen Qualitätssystem bis ins Jahr 2001 (siehe: [Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung 2001-2004, Artikel 6](#)) zurück.
- Auch hinsichtlich der Implementierung des **telefon- und webbasierten Erstberatungsservices** (kurz: TEWEB), das eine bessere Orientierung der Patientinnen und Patienten bei der Wahl des jeweils passendsten Versorgungsangebots sicherstellen soll, gibt sich die neue Gesundheitsministerin zaghaft: Die erforderliche Software werde angekauft, man befinde sich im Ausschreibungsverfahren, hieß es am 11. Oktober 2014 im Rahmen des Ö1-Mittagsjournals. Dass man nächstes Jahr in den Betrieb gehen könne, sei bei sehr optimistischer Betrachtung nur in den drei Pilotländern wahrscheinlich.

- Eine Verzögerung des Zeitplans wurde überdies auch für den Start der **Elektronischen Gesundheitsakte** verkündet. Mit Ende 2015 startet ELGA in den öffentlichen Krankenanstalten mit einem Jahr Verzögerung. Hinsichtlich der konkreten nächsten Schritte, der Haltbarkeit des weiteren Zeitplans und der Verbesserungen, die am System vorgenommen werden sollen, herrscht nach wie vor Unklarheit, die Bürger_innen und Gesundheitsdienstleister gleichermaßen verunsichert. Als problematisch dürfte sich hier auch erweisen, dass eine einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation in Spitälern, aber auch im niedergelassenen Bereich noch nicht Realität geworden ist.

Kritisch ist auch die **Kostenentwicklung**, die im Rahmen der Gesundheitsreform bis 2016 an die prognostizierte Entwicklung des nominellen Wirtschaftswachstums (angenommen mit 3,6 %) herangeführt werden soll, aber weiterhin nach oben zeigt. Damit soll sich die Grenze der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege!) von 21,87 Mrd. € (2012) in Richtung 25,56 Mrd. € (2016) verschieben.

- Angesichts dieser Entwicklung attestiert der **Rechnungshof** in seinem Bundesrechnungsabschluss 2013 dem Gesundheitswesen "*Verbesserungspotenzial für die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen Österreichs*" (S.10): "*Im Bereich des österreichischen Gesundheitssystems besteht dringender Handlungsbedarf. Dieser betrifft insbesondere die komplexe bzw. fragmentierte verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung und intransparente Finanzierungsstruktur, die zersplitterte Organisationsstruktur im Krankenanstaltenbereich, das unzureichende Personal- und Dienstrecht und Strukturprobleme im Sozialversicherungsbereich.*" (S.41), so das wenig erfreuliche Fazit.
- Kritik kommt auch vom **Fiskalrat**, der in seinem Bericht über die öffentlichen Finanzen 2013 eindringlich dazu auffordert: "*Reformen in den Bereichen Pensionen, Gesundheit, Bildung und Steuerstruktur weiter voranzutreiben*" (S. 22). Hier heißt es überdies, dass die "*Kosteneffizienz und Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens und der Pflege weiter zu verbessern*" (S.23) sind. Dass mit den Beschlüssen betreffend Gesundheitsreform ein Grundstein in Richtung Strukturreformen gelegt wurde, wird zwar anerkannt, "*Allerdings bedarf es der Konkretisierung und Umsetzung jener Maßnahmen, die insbesondere die vereinbarte Begrenzung der Dynamik der Gesundheitsausgaben mit dem nominellen BIP-Wachstum bis 2016 sicherstellen sollen.*" (S.24). Kritik übt der Fiskalrat dabei auch an der Referenzwachstumsrate und der Berechnungsmethode der kostendämpfenden Effekte: "*Die Verwendung eines langjährigen Durchschnitts der Wachstumsraten als Referenzwachstum ohne Intervention unterschätzt die kostendämpfenden Effekte der bereits erfolgten Reformen im öffentlichen Gesundheitssystem der letzten zwei Jahrzehnte (z. B. Leistungskonzentrationen, Kooperationen, neue Technologien, Generika, Mehrwertsteuersenkung auf Medikamente etc.). Lag der Durchschnitt des jährlichen Wachstums der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Jahre 1990 bis 2000 noch bei 5,7%, so reduzierte sich dieser Wert für den Zeitraum 2000 bis 2012 auf 3,8%. Die Verwendung der durchschnittlichen Wachstumsrate der Jahre 1990 bis 2012 in der Höhe von 5,2% als Referenzwachstum der Ausgaben bis 2015 überschätzt daher den Ausgaben-dämpfungseffekt der Reform deutlich.*" (S.61)
- Trotz der dynamischen Ausgabenentwicklung schneidet das österreichische Gesundheitssystem im Vergleich der OECD-Staaten beim Indikator "**in Gesundheit verbrachte Lebensjahre**" unterdurchschnittlich ab.

- Die sich abzeichnenden Kostensteigerungen machen es überdies erforderlich, die Bereiche **Pflege und Gesundheit**, die auf Bundesebene nach wie vor in getrennten Ressorts behandelt werden, **ganzheitlich und als zusammengehörig zu betrachten**: Die demografische Entwicklung und die daraus resultierende Zunahme von Multimorbidität sowie Anstiege bei chronischen, Alzheimer- und Demenzerkrankungen machen eine Gesamtsteuerung, die beide Säulen (auch und insbesondere in Hinblick auf die Finanzierung) miteinander verknüpft und aufeinander abstimmt, unabdingbar.

Trotz der Dringlichkeit des Anliegens reagiert die Bundesregierung auf gesundheitspolitische Herausforderungen vorwiegend punktuell, kurzfristig und angesichts der schwierigen Kompetenzlage außerhalb eines abgestimmten Gesamtkonzepts. Das illustrieren auch die jüngsten Entwicklungen in den Bereichen Gesundheit und Pflege:

- Am 9.10. passiert die **Novelle des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG)** mit den Stimmen der Regierungsfractionen den Sozialausschuss. Auf ein Begutachtungsverfahren wird durch die Wahl der Form eines Initiativantrags verzichtet - der Antrag auf Ausschussbegutachtung, den NEOS, Grüne und Team Stronach einbringen, wird ebenfalls mit Regierungsmehrheit abgelehnt. Begründet wird dieses Vorgehen mit der Notwendigkeit, die Strafzahlungen, die Österreich im Falle eines EU-Vertragsverletzungsverfahrens drohen, abzuwenden - schließlich resultiert das Erfordernis, die Arbeitszeit der Spitalsärzt_innen neu zu regeln aus den Vorgaben einer EU-Richtlinie, die aus dem Jahr 2004 datiert. Angesichts der schwierigen budgetären Situation des Bundes und der Länder und der zunehmend angespannteren Personalsituation in den Krankenanstalten wählt die nationale Umsetzung den Weg des Opt-Out - d.h. den freiwilligen Verzicht der Ärztinnen und Ärzte auf eine durchschnittliche Arbeitszeit von 48 Wochenstunden und eine Begrenzung von verlängerten Diensten auf 25 Stunden ab 1.1.2015 im Abtausch für eine allmähliche Reduktion der derzeitigen Arbeitszeit (von 72 Wochenstunden und mehr sowie von verlängerten Diensten von bis zu 49 Stunden) auf das EU-rechtlich vorgegebene Niveau. Mit der etappenweisen Umsetzung soll die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 48 Stunden für in Krankenanstalten tätige Ärzt_innen jedoch erst mit 31.6.2021 jedenfalls Realität werden. Ist dieses Niveau erreicht, kann jedoch der Durchrechnungszeitraum von 17 auf 52 Wochen ausgedehnt werden. Gemäß § 8 KA-AZG besteht aber auch ab diesem Zeitpunkt weiterhin die Möglichkeit, die durchschnittliche Höchstarbeitszeit in "außergewöhnlichen Fällen" zumindest zeitweise zu überschreiten.

In Ermangelung von Gehaltsreformen in allen Bundesländern (die den Ausgabendämpfungspfad der Gesundheitsreform mitunter ins Wanken bringen können, wie das Beispiel Vorarlberg belegt) wird es für viele - insbesondere junge - Ärztinnen und Ärzte dennoch nicht möglich sein, das Opt-Out (zu dem laut Gesetz kein_e Dienstnehmer_in ex- oder implizit verpflichtet werden darf) abzulehnen. Die Attraktivität der Tätigkeit in österreichischen Spitälern, die angesichts von Abwanderungstendenzen von Ärzt_innen ins benachbarte Ausland schon heute mitunter Schwierigkeit bei der Nachbesetzung von Stellen haben, wird angesichts dieser Entwicklung nicht zunehmen. Dass offizielle Zahlen in Hinblick auf die Inanspruchnahme der Opt-Out-Regelung durch die im Spitalssektor Beschäftigten fehlen, verunsichert nicht nur die für die Diensterteilung Zuständigen, sondern mitunter auch Patientinnen und Patienten.

- Am 14.10. verkündet Gesundheitsministerin Sabine Oberhauser die **Sanierung der Gebietskrankenkassen**: Die von der Politik vorgegebenen Finanzziele hätten die Kassen in den vergangenen vier Jahren um rund 1,275 Mrd. € übererfüllt, ohne Leistungseinschnitte vorzunehmen, heißt es. Die Entwicklung der Kassenarzt-Stellen spricht jedoch eine andere Sprache: Während in den vergangenen zwanzig Jahren die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag nur geringfügig angestiegen ist, konnte im gleichen Zeitraum fast eine Verdreifachung der Zahl der Wahlärzt_innen festgestellt werden. Diese Entwicklung bedingt eine Verschiebung der Leistungserbringung in den Privatsektor, die die Krankenkassen entlastet, von den Regierungsfractionen aber vehement negiert wird. Erfahrungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit den Honorarordnungen geben ebenso beredtes Beispiel für verdeckte Leistungsbeschneidung. Ein transparenter und ehrlicher Diskurs über Fairness und Leistungsfähigkeit des Kassensystems wird nicht geführt.
- Am 15.10. passiert den Gesundheitsausschuss eine Reform des Ärztegesetzes, die eine **Neuregelung der ärztlichen Ausbildung** umfasst. Zwar beinhaltet die Novelle einige gute Ansätze (aufbauende Ausbildungsinhalte, Neuordnung der Ausbildungswege zum Allgemeinmediziner und zum Facharzt, Fokus auf Qualitätssicherung der Ausbildungsstätten), dennoch bleibt ein wesentlicher Punkt vom Gesetzesentwurf bewusst ausgespart: die Finanzierung der für Allgemeinmediziner_innen zukünftig im Umfang von mind. 6 Monaten verpflichtende Lehrpraxis. In den Erläuternden Bemerkungen heißt es dazu lediglich: *"Zur Finanzierung der Ausbildung in Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien im Fachgebiet Allgemeinmedizin im Rahmen der Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin für Allgemeinmedizin soll der Hauptverband eingebunden werden, was zu entsprechenden Änderungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, führt (Artikel 2)"* - Der Gesetzesentwurf wurde dem Ausschuss also vor endgültiger Klärung entscheidender Finanzierungsfragen zur Beschlussfassung vorgelegt.
- Am 17.10. schickt Sozialminister Rudolf Hundstorfer einen **Novelle des Pflegegeldgesetzes** in Begutachtung. Auch diese Novelle betrifft letzten Endes den Gesundheitsbereich massiv. Die Themen Pflege und Gesundheit sind untrennbar miteinander verbunden. Einsparungen und Strukturschwächen im Bereich Pflege haben direkte Auswirkungen auf Gesundheitseinrichtungen. Der vielzitierte "Dreh-tür-Effekt" bei geriatrischen Patient_innen stellt Krankenhäuser, insbesondere die internistischen und chirurgischen Stationen vor große Herausforderungen. Die Schnittstellen zwischen Akutversorgung im Krankenhaus und dem Wohnraum der Patient_innen müssen interdisziplinär auf- und ausgebaut werden, damit eine lückenlose Versorgung gewährleistet werden kann, die langfristig die Sicherheit der betroffenen Menschen erhöht und den stationären Bereich entlastet. Die Diskussion der stationären oder mobilen Betreuung betrifft auch die noch offenen Fragen betreffend Pflegeberufe. In einer Anfragebeantwortung vom 26. August dieses Jahres verweist der vormalige Gesundheitsminister Alois Stöger auf ein Konzept für eine **geplante Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes**, welches in Folge mit Vertreter_innen der Bundesländer und den betroffenen beruflichen Interessensvertretungen vorgestellt und diskutiert werden sollte.

Um den großen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte gerecht zu werden und sicherzustellen, dass das Gesundheitswesen enkelfit werden kann, braucht es aber eine **umfassende Reform auf Basis eines abgestimmten Gesamtkonzepts**. Dieses hat insbesondere folgende Punkte zu umfassen:

- Zusammenführung der (Finanzierungs-)Verantwortung für die Bereiche Pflege und Gesundheit
- Bereinigung der zersplitterten Kompetenzlage und Ermöglichung der Finanzierung aus einer Hand
- Zusammenlegung der Sozialversicherungsträger und Etablierung eines bundeseinheitlichen Leistungskatalogs
- Umsetzung der Vorhaben der Gesundheitsreform (insbesondere Ausbau des niedergelassenen Bereichs und Implementierung sogenannter Primärversorgungszentren) mit ambitioniertem Zeitplan, wobei die Finanzierungsströme die Neuausrichtung des Systems unterstützen und begleiten müssen
- Flexibilisierung von Arbeitsmodellen im Gesundheitsbereich (z.B. durch Ermöglichung der Anstellung von Ärzt_innen durch Ärzt_innen im niedergelassenen Bereich, ohne im Krankenanstaltenrecht der Länder zu landen), nachhaltige Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in österreichischen Krankenanstalten (für Ärzt_innen und Pflegepersonal)
- Transparenz aller gesundheitspolitischen Entscheidungen und Grundlagen (insbesondere allgemeiner Zugang zu versorgungswissenschaftlich relevanten Daten und Analysen)
- Einbindung der Bürgerinnen und Bürger in die Neuausrichtung des Systems (z.B. mittels Bürgerkonventen und Info-Kampagnen)

Denn Modernisierung von Strukturen, Förderung von Selbstbestimmung sowie Transparenz im Gesundheitswesen dürfen nicht länger Schlagworte bleiben.

Die unterfertigten Abgeordneten stellen daher an die Bundesministerin für Gesundheit nachstehende

Dringliche Anfrage:

Ad Gesundheitsreform:

Allgemeine Entwicklung

1. Welche in Ihrem Verantwortungsbereich liegenden gesundheitspolitischen Vorhaben sollen bis zum Ende Ihrer Amtszeit umgesetzt sein?
2. Wie beurteilen Sie den Status Quo der Gesundheitsreform im Allgemeinen?

Reform der Primärversorgung & Multidisziplinarität

3. Wie zufrieden sind Sie mit dem Primärversorgungskonzept, in dem nicht mehr - wie ursprünglich - von einer Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe auf Augenhöhe, sondern nur mehr vom "Team um den Hausarzt" die Rede ist?
4. Sie haben in einem Interview am 11. Oktober 2014 angekündigt, bis Ende dieses Jahres einen Gesetzesentwurf betreffend die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die neuen Primärversorgungsmodelle in Begutachtung schicken zu wollen: Welche Eckpunkte wird dieser Entwurf inhaltlich umfassen?

5. Sie haben im Zuge der Ankündigung dieses Begutachtungsentwurfs auch angemerkt, Ihr Ressort führe dazu gerade Stakeholder-Gespräche: Mit welchen Institutionen wurden bzw. werden Gespräche betreffend die Ausgestaltung des Gesetzesentwurfs geführt (bitte um konkrete Nennung der jeweiligen Institutionen und Vertreter_innen)?
6. Wird in diesem Entwurf auch eine Neuordnung der Kompetenzen der einzelnen Gesundheitsberufe enthalten sein?
7. Wenn ja: Planen Sie auch den sogenannten mitverantwortlichen Bereich gemäß § 15 GuKG zu modifizieren/anzupassen?
8. Wenn ja: In welcher Form gedenken Sie in die Festlegung des mitverantwortlichen Bereich einzugreifen?
9. Können Sie garantieren, dass der Zeitplan für die Umsetzung der geplanten Pilotprojekte im Bereich Primärversorgung durch die späte Beschlussfassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht beeinträchtigt wird und die ohnehin niedrig angesetzte Versorgungswirksamkeit von 1 % der Bevölkerung bis Ende 2016 nicht weiter geschmälert wird?
10. Bis wann ist mit einer flächendeckenden Umsetzung der neuen Versorgungsformen im niedergelassenen Bereich zu rechnen?
11. Wie viele und welche Pilotprojekte zu diesen neuen Versorgungsformen befinden sich derzeit in Planung bzw. Umsetzung (bitte um Aufgliederung nach Bundesland, Standort, Planungs- bzw. Umsetzungsstand, fachlicher Schwerpunktsetzung und Zeitpunkt der voraussichtlichen Inbetriebnahme)?
12. Inwiefern soll es im Rahmen neuer Versorgungsformen auch die Möglichkeit der Anstellung von Ärzt_innen bei Ärzt_innen geben, ohne dass die Rechtsfolge des Aufstiegs zum Ambulatorium eintritt?
13. Wie, in welcher Form und wann gedenken Sie die Patientinnen und Patienten über Funktion und Nutzen der neuen Versorgungsformen im niedergelassenen Bereich zu informieren?
14. Ihr Vorgänger Bundesminister Alois Stöger hat im Rahmen seiner Abschiedsrede davon gesprochen, dass der "Best Point of Service", also der Ort, an dem eine Gesundheitsdienstleistung am besten und effizientesten erbracht werden kann, bis 2025 definiert sein wird: Schließen Sie sich in der Frage des Zeithorizonts der Einschätzung Ihres Vorgängers an?
15. Ist es Ihres Erachtens überhaupt möglich, die Ziele der Gesundheitsreform zu erreichen, ohne die Frage, wo welche Gesundheitsleistung grundsätzlich am effizientesten und für die Patient_innen optimalsten erbracht werden kann, schon vorab zu beantworten?

Kompetenzlage

16. Das Zielsteuerungssystem der Gesundheitsreform stellt darauf ab, die Kompetenzzersplitterung im Gesundheitswesen durch privatrechtliche Verträge zwischen Bund, Ländern und Hauptverband der Sozialversicherungsträger zumindest teilweise zu überwinden: Halten Sie es für sinnvoll, dieses System auch nach 2018 beizubehalten ohne eine Bereinigung der Kompetenzlage vorzunehmen?
17. Wenn nein: Welche Kompetenzänderungen würden Sie für notwendig erachten?

Finanzierung

18. Sektionschef Dr. Clemens Martin Auer hat im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz am 31.3.2014 davon gesprochen, dass das Finanzausgleichsgesetz und der Kassenstrukturfonds die wesentlichen Finanzierungsinstrumente im Gesundheitsbereich darstellen: Wie beurteilen Sie den finanziellen Spielraum der Gesundheitsreform nachdem der Kassenstrukturfonds mit 2015 ausläuft und die bislang für den Fonds vorgesehenen Mittel in die Finanzierung der sogenannten Gratis-Zahnspange fließen?
19. Stichwort Gratis-Zahnspange: Liegt Ihrem Ressort bereits eine konkrete Bedarfserhebung vor und wenn ja: Wie wurde der Bedarf konkret erhoben und werden die veranschlagten Mittel (80 Mio. €/Jahr) ausreichen, um diesen Bedarf zu decken?
20. Können Sie ausschließen, dass der Wegfall des Kassenstrukturfonds negative Auswirkungen auf die Gebarung der Gebietskrankenkassen zeitigt?
21. Inwiefern und wie wird die Gesundheitsreform im Rahmen der Verhandlungen über den Finanzausgleich 2016 Niederschlag finden?
22. Wird es im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen zu Änderungen in Hinblick auf die Finanzierungsanteile des Bundes und der Sozialversicherung an der Spitalsfinanzierung kommen?
23. Wurde seitens der Europäischen Kommission bereits die Zusage für die Auszahlung der Mittel für den Ausbau der Primärversorgung in ruralen Gebieten aus dem EU-Förderungsprogramm ländliche Entwicklung (ELER) erteilt?

Qualitätsmessung

24. Stichwort transparente Qualitätsmessung im Spitalsbereich: Warum halten Sie es für ausgeschlossen, bis 2016 ein nachvollziehbares, veröffentlichtes Qualitätsmessungssystem zu etablieren, obwohl diese Forderung seit mehr als 10 Jahren im Raum steht und bereits Gegenstand verschiedener gesundheitspolitischer Vereinbarungen war?

Telefon- und webbasiertes Erstberatungsservice (TEWEB)

25. Wie sieht der aktuelle Umsetzungsstand des telefon- und webbasierten Erstberatungsservices (TEWEB) aus?
26. Bis wann ist mit dem Abschluss des Ausschreibungsverfahrens zu TEWEB zu rechnen?
27. Welche Erwägungen stehen der Möglichkeit eines bundesweiten (Test-)Betriebs per 2015 entgegen?

Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

28. Wie sieht der aktuelle Umsetzungsstand der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) aus?
29. Ist abgesehen von der Verzögerung der Inbetriebnahme von ELGA in öffentlichen Spitälern auch von einer Verschiebung des Zeitplans für den weiteren Roll-Out auszugehen?
30. Wenn ja: Mit welchen Verzögerungen wird seitens Ihres Ressorts gerechnet und welche Konsequenzen ergeben sich für die betroffenen Gesundheitsdienstleister (insbesondere die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte) und Patient_innen daraus?

31. Mittels welcher Maßnahmen werden Sie sicherstellen, dass die Usability von ELGA den Anforderungen der Praxis gerecht wird?
32. In wie vielen der österreichischen Spitäler ist die für den Betrieb von ELGA essentielle einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation bereits umgesetzt?
33. In wie vielen österreichischen Spitälern befindet sie sich derzeit zumindest schon in Umsetzung?
34. Wie weit ist die Schnittstellenprogrammierung zu den verschiedenen Softwareprodukten, die in Arztpraxen verwendet werden, Ihres Wissens bereits gediehen?
35. Wie weit ist die Schnittstellenoptimierung zu den Softwareprodukten, die in Spitälern zum Einsatz kommen, bereits gediehen?
36. Ist es vorgesehen, dass ganzen Einheiten (etwa Spitälern) oder auch Abteilungen durch eine einzige zentrale Schlüsselkarte (O-Karte) Zugang zum ELGA-System gewährt wird?
37. Warum wurde bei der Teilanwendung e-Medikation im Rahmen von ELGA die zentrale Datenspeicherung vorgezogen, während bei den anderen ELGA-Anwendungen dezentrale Speicherorte vorgesehen wurden?
38. Ist für die Patient_innenombudsstellen ein Generalzugriff auf alle Bereiche von ELGA vorgesehen?
39. Wenn ja: Wie wird die Identität des Zugreifenden protokolliert, um gegebenenfalls auch missbräuchliche Verwendung zu ahnden?
40. Auf welchem Wege erfolgt der Identitätsnachweis für Patient_innen, wenn sie der Ombudsstelle die Möglichkeit eines Zugriffs einräumen?
41. Auf welche Daten können die Patient_innenombudsstellen in welchem Umfang (Lese- oder Bearbeitungsmöglichkeit) zugreifen, wenn Patient_innen die Zugriffsberechtigung erteilen?

Transparenz der Gesundheitsreform

42. Gedenken Sie die im Parlament vertretenen Fraktionen in Hinkunft intensiver in den Status der einzelnen Projekte der Gesundheitsreform einzubeziehen?
43. Wenn ja: Wie soll diese Intensivierung des Austausches und der Informationen aussehen?
44. Wenn nein: Inwiefern halten Sie den derzeit bestehenden Austausch (Übermittlung nur einiger weniger Dokumente, beschränkte Auskunftsmöglichkeit im Rahmen Aktueller Aussprachen im halbjährlichen Abstand) für ausreichend?
45. Mit welchen konkreten Maßnahmen wollen Sie sicherstellen, dass die im Rahmen der Gesundheitsreform geplanten Vorhaben von den Bürgerinnen und Bürgern angenommen werden?
46. Planen Sie Projekte zur Einbeziehung von Bürgerinnen und Bürgern in den Umsetzungsprozess (etwa der neuen Primärversorgungsmodelle)?
47. Wenn ja: Wann werden diese Projekte starten und auf welche Themen werden diese gerichtet sein?
48. Wenn nein: Warum wollen Sie in zentralen Fragen der Gesundheitsreform völlig auf die Einbindung der interessierten Öffentlichkeit verzichten?

Ad Finanzierung und Kompetenzlage:

49. Wie werden Sie auf die Kritik des Fiskalrats, die Konkretisierung und Umsetzung der Maßnahmen, die auf die vereinbarte Begrenzung der Dynamik der Gesundheitsausgaben mit dem nominellen BIP-Wachstum sicherstellen sollen, lasse zu wünschen übrig, reagieren?
50. Können Sie sich mittel- oder längerfristig eine Integration des beim BMASK verorteten Bereichs der häuslichen Pflege ins Gesundheitsressort inkl. Finanzierung aus einer Hand vorstellen?
51. Wenn nein: Welche fachlichen Gründe sprechen gegen eine Zusammenführung dieser Kompetenzbereiche?

Ad Ärztarbeitszeit und Umsetzung europäischer Vorgaben:

52. Im letzten Sozialausschuss hat Bundesminister Rudolf Hundstorfer festgehalten, man habe die Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie in nationales Recht schlichtweg zu lange "*vor sich her geschoben*": Warum erfolgte die Umsetzung der Richtlinie erst nach Androhung der Einleitung eines Vertragsverletzungsverfahrens gegen Österreich?
53. Können Sie ausschließen, dass bei früherer Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht kürzere Übergangsfristen und eine optimalere Lösung erzielbar gewesen wären?
54. Wie stehen Sie dazu, bei Gesetzesvorhaben dieser Tragweite auf ein öffentliches Begutachtungsverfahren zu verzichten?
55. Wie soll das Krankenhaus angesichts einer weiteren Übergangsfrist von sieben Jahren bis zur vollständigen Umsetzung der Arbeitszeitbestimmungen der EU als Arbeitsplatz an Attraktivität gewinnen?
56. Wie viele Standorte werden Ihres Wissens Betriebsvereinbarungen als Grundlage für die Opt-Out-Regelung schließen?
57. Warum sollten die Personalvertreterinnen und Personalvertreter Ihres Erachtens für den Abschluss von Betriebsvereinbarungen votieren?
58. Liegen Ihrem Ressort Erhebungen bzw. Schätzungen vor, wie viele Ärztinnen und Ärzte auf das Opt-Out verzichten und damit bereits ab kommendem Jahr in den Genuss einer niedrigeren durchschnittlichen Wochenarbeitszeit kommen werden?
59. Wenn ja: Zu welchem Ergebnis gelangen diese Erhebungen/Schätzungen?
60. Wenn nein: Warum wurde auf eine solche Erhebung bislang verzichtet, zumal die Versorgungsplanung und -sicherheit gewährleistet bleiben sollen?
61. Liegen Ihrem Ressort Erhebungen vor, wie viele Absolvent_innen des Medizinstudiums jährlich ins Ausland abwandern?
62. Wenn ja: Zu welchem Ergebnis gelangen diese Erhebungen?
63. Wenn nein: Plant Ihr Ressort eine solche Erhebung?
64. Apropos EU-Vorgaben: Welche weiteren EU-Richtlinien, die den Gesundheitsbereich berühren, stehen in dieser Gesetzgebungsperiode noch zur Umsetzung an (bitte um Aufschlüsselung nach Inhalt und Umsetzungsfrist)?

65. Welche derzeit auf EU-Ebene in Verhandlung befindlichen Legislativvorhaben (Richtlinien und Verordnungen) werden Auswirkungen auf die nationale Gesundheitspolitik zeitigen?
66. Wie positioniert sich Österreich zu diesen Legislativvorhaben?

Ad Krankenkassen:

67. Welchen konkreten Entwicklungen ist die letzte Woche verkündete Übererfüllung des Ausgabendämpfungspfades der Krankenkassen geschuldet (bitte um konkretes Ausweisen der Anteile an der Ausgabendämpfung)?
68. Wie hat sich die Zahl der Kassenverträge in den letzten zehn Jahren konkret entwickelt?
69. Können Sie ausschließen, dass eine verstärkte Verlagerung der Leistungserbringung in den Privatsektor erfolgt (ist)?
70. Wenn ja: Worauf stützen Sie diese Position?
71. Wenn nein: Worauf stützen Sie diese Position?
72. Aus welchen konkreten Budgetposten werden Leistungserweiterungen wie die Ausweitung des Impfprogramms und die Aufnahme der Hebammen-Beratung in den Mutter-Kind-Pass finanziert (bitte um Bekanntgabe der jeweiligen Detailbudgets und Kontennummern)?
73. Wie hoch sind die Rücklagen, über die die Krankenkassen derzeit verfügen (bitte um Aufschlüsselung nach Kasse und Höhe der Rücklagen)?
74. Die BVA plant dem Vernehmen nach mit einem Teil ihrer Rücklagen Rehabilitationsprojekte umzusetzen: Welche Rehabilitationsprojekte befinden sich durch die BVA gemäß Ihres Kenntnisstandes gerade in Planung bzw. Umsetzung (bitte um Aufschlüsselung nach Bundesland und Schwerpunkt der Rehabilitationseinrichtung)?
75. Wie beurteilen Sie das Vorhaben, Rücklagen der BVA für ebendiese Rehabilitationsprojekte aufzuwenden und inwiefern sind diese Pläne mit dem Österreichischen Rehabilitationsplan abgestimmt?
76. Stichwort Kinder-Rehabilitation: Wie sieht der Planungs- und Umsetzungsstand dieses im Regierungsprogramm verankerten Vorhabens aus?
77. Welche Faktoren bedingen die Verzögerung der Umsetzung dieses langjährigen Vorhabens?

Ad Reform der Ärzt_innenausbildung:

78. Am 15.10. wurde die Reform der Ärzt_innenausbildung ohne entsprechendes Finanzierungsmodell für die Neuerungen der verpflichtenden Lehrpraxis-Ausbildung vom Gesundheitsausschuss angenommen: Bis wann soll ein endgültiges Finanzierungsmodell für die Lehrpraxen stehen?
79. Mit welchem Finanzierungsvolumen rechnen Sie für die Bereitstellung der erforderlichen Lehrpraxen?
80. Welche Institutionen und Personen sind derzeit in die Verhandlung der Finanzierung für die Lehrpraxen eingebunden?

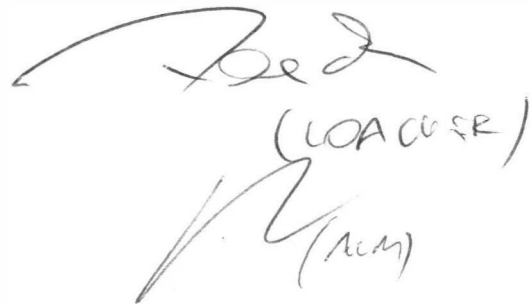
Ad neue Gesundheitsberufe:

81. Wie sieht der aktuelle Diskussions- und Bearbeitungsstand betreffend Regelungen für die neuen Gesundheitsberufe (wie bspw. Pflegeassistent und Advanced Practice Nurse) aus?
82. Wann kann mit der Veröffentlichung konkreter Vorstellungen und Gesetzesentwürfe betreffend diese Berufsgruppen gerechnet werden?

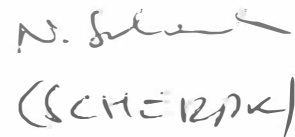
In formeller Hinsicht wird die dringliche Behandlung gem. § 93 Abs. 1 NR-GOG verlangt.



Johann Löffler



Peter
(LÖSCHER)



N. Scherz
(SCHERZ)