

19.17

**Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz**

**Johannes Rauch:** Sehr geschätzte Frau Präsidentin! Geschätzte Mitglieder des Bundesrates! Ich bin ja aufgerufen, jetzt innerhalb meiner doch begrenzten Zeit auf 131 Fragen einzugehen. Ich werde versuchen, das dann in der gebotenen Kürze auch zu machen, zunächst aber ein paar einleitende Bemerkungen zum Gesundheitssystem.

Man kann schon festhalten, dass ja, bevor Grüne in der Regierungsverantwortung waren, eine ganze Reihe anderer Politiker in Verantwortung war, unter anderen eine Parteikollegin von Ihnen, die – und das kann ich Ihnen sagen – in der kurzen Zeit, in der sie im Gesundheitsministerium tätig war, dort eine Verwüstung angerichtet hat. Sie hat eine Verwüstung angerichtet! *(Beifall bei Grünen und ÖVP. – Bundesrat **Steiner:** Polemisch! Polemisch!)*

Sie hat das Personal abgebaut. Sie hat dafür gesorgt, dass gewachsene Strukturen in der Organisation des Hauses kaputtgeschlagen wurden. *(Bundesrat **Steiner:** Polemik!)* Sie hat versprochen, eine Krankenkassenreform auf die Reihe zu bekommen, mit dem Versprechen, 1 Milliarde Euro Einsparung zu lukrieren. *(Bundesrat **Steiner:** Grüne Umsetzung! Gratuliere!)* Diese Milliarde habe ich vergeblich in allen Schubladen des Ministeriums gesucht – sie ist nicht vorhanden. Das ist blankes Scheitern, Scheitern in Reinkultur. *(Weitere Zwischenrufe bei der FPÖ.)* – Ja, Sie können dazwischenschreien, das wird aber nichts nützen.

Wir haben drei Jahre gebraucht, um jetzt einigermaßen dort aufzuräumen, wir haben versucht, Personal aufzustocken. *(Bundesrat **Steiner:** Ja, der Mückstein, oder?)* – Ja, Sie können lachen – es ist so!

Wir haben währenddessen eine Pandemie gemanagt und sind jetzt im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen, an denen im Übrigen alle Länder beteiligt sind, dabei, die Strukturen so zu reformieren, dass im Gesundheitssystem a) Effizienzen gehoben werden und b) die Probleme dort behoben werden, wo sie sind.

Wir haben im niedergelassenen Bereich, das ist richtig, die Situation, dass die Kassenärztinnen und Kassenärzte wenig attraktive Arbeitsbedingungen haben, und deshalb gibt es eine Entwicklung, dass immer mehr von den Absolventinnen und Absolventen der Medizinuni in die Wahlarztpraxis gehen.

Das hat zur Folge, dass aufgrund dieses Mangels, den wir im niedergelassenen Bereich – vor allem am Land – haben, Menschen darauf angewiesen sind, entweder Wahlärzt:innen zu konsultieren oder in die Ambulanzen zu gehen. Folge: Die Spitalsambulanzen sind überlastet, die Länder beklagen sich darüber, dass sie, die die Spitäler finanzieren, über die Spitalsambulanzen ein Defizit abdecken müssen, und fordern deshalb mehr Geld. Das kann aber nicht die Lösung sein; meine Lösung lautet: Der ambulante Bereich im niedergelassenen Bereich muss gestärkt werden. Die Gespräche dazu laufen, auch mit der Ärztekammer, und die werden auch im Finanzausgleich eine Rolle spielen.

Zweiter Punkt: Wenn es darum geht, im österreichischen Gesundheitssystem an den Schrauben zu drehen, bei denen dies notwendig ist, dann müssen wir darüber sprechen, die Vorsorge zu stärken und auch die Rehabilitation zu stärken. Wir haben in Österreich ein System, das genau zwei Zustände kennt: gesund oder krank. Alles, was Vorsorge betrifft, wird nicht finanziert, weil es ein anderes Feld ist, Nachsorge detto. Das geht sich in meinen Augen nicht aus. Es muss eine Durchgängigkeit von der Vorsorge über die Heilbehandlung bis hin zur Rehabilitation geben.

Nächster Punkt: Die OECD hat unlängst einen Bericht über den Vergleich der Gesundheitssysteme in ganz Europa vorgelegt. Da kann man sehr schön auch die Zahlen ablesen, wie das österreichische Gesundheitssystem aufgestellt ist. Wir in Österreich geben sehr viel Geld für Gesundheit aus, das ist richtig. Die Pro-Kopf-Ausgaben sind hoch, wir sind bei der Spitalsdichte, bei den Spitalsbetten im Spitzenfeld, wir sind, was die ausgebildeten Medizinerinnen und Mediziner angeht, auch im Spitzenfeld, wir sind bei bestimmten Operationen und auch bei den teuren Medikamenten im Spitzenfeld. Das hat aber damit zu tun, dass die Medikamentenbeschaffung in Österreich immer noch so funktioniert, dass die Landesspitäler alle glauben, sie können es selbst am besten, was dazu führt, dass

die Kosten enorm hoch sind. Gemeinsame Medikamentenbeschaffung wäre also ein Teilbereich, der angegangen werden müsste.

Nächster Punkt – die Finanzierung: Sie wissen, die Finanzierung ist im österreichischen Gesundheitssystem ein Dreigestirn der Zuständigkeit zwischen Sozialversicherung, den Bundesländern und dem Bund, und diese Dreiteiligkeit der Finanzierung führt zu Komplexitäten und zu Schwierigkeiten, weil jeweils der eine dem anderen ausrichten will, er möge doch das jetzt bitte bezahlen. Mein Appell gestern zum Start der Finanzausgleichsverhandlungen: Leute, das geht sich so nicht mehr aus! Entweder gelingt es jetzt, da zu strukturellen Reformen zu kommen – im besten Fall zu einer Finanzierung aus einer Hand –, oder wir werden jedenfalls Finanzierungsschwierigkeiten haben.

Warum ist das so? – Die Krankenkassen beklagen sich darüber, dass ihnen die Beitragsgrundlage wegbricht, weil weniger Erwerbstätige im Berufsleben stehen und weniger Beiträge abliefern, aber die Kosten im System steigen. Das ist evident. Die Untersuchungen zeigen uns – der demografische Wandel ist da –, dass wir in den nächsten zehn, 15 Jahren aufgrund der Überalterung der Bevölkerung deutlich mehr Gesundheitsausgaben haben werden. Die werden von etwa 20 Milliarden Euro pro Jahr auf 40 Milliarden Euro in 15 Jahren steigen. Das ist evident. Das heißt, es wird die Frage zu beantworten sein, wie die Finanzierung aufgestellt wird und wie die Zuständigkeiten sind – ich komme dann in den Antworten darauf zu sprechen. Die geteilte Zuständigkeit zwischen Bundesländern, der Sozialversicherung und dem Bund führt dazu, dass es in sehr vielen Fragen Ineffizienzen gibt.

Kurzum: Es ist jedenfalls so, dass wir jetzt für die Finanzausgleichsverhandlungen diese Quervergleiche auf den Tisch gelegt haben. Die Zahlen werden abgeglichen, es wird dann mit den Landesverantwortlichen darüber gesprochen, was ihre Einschätzungen sind, und die Botschaft ist eine schlichte: Es kann nicht nur darum gehen, mehr Geld ins System hineinzuschütten, sondern es **muss** auch darum gehen, zu strukturellen Reformen zu kommen, um insgesamt das System zu verbessern.

Der Finanzausgleich ist die einzige Chance, die wir haben, um da den Hebel anzusetzen – andere Möglichkeiten haben wir nicht –, denn da müssen sich naturgemäß Bund und Länder und letztlich auch die Sozialversicherung zusammensetzen und darüber reden, wie die Verträge ausgestaltet werden. Zielsetzung jedenfalls: ein einheitliches System der Versorgung vom Bodensee bis zum Neusiedler See, gleichermaßen zugänglich, gute Medizin für alle, und auch die Qualitätsunterschiede, die wir in manchen Bereichen haben, sind zu beseitigen.

Zur Beantwortung der Fragen:

Also bei den **Fragen 1 bis 13** geht es insgesamt – bei allen Fragen – um den Personalnotstand in den Spitälern. Dazu muss ich Ihnen sagen – aber das werden Sie als Länderkammer ohnehin wissen –: Die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung im Bereich der Krankenanstalten liegt bei den jeweiligen Bundesländern, und somit auch die konkrete Ausschreibung und die Besetzung von Stellen des gesamten Gesundheitspersonals.

Weil ja oft beklagt wird, wir hätten nicht den Überblick, was die aktuellen Zahlen angeht: Die Länder sind nicht verpflichtet – nicht verpflichtet! – dazu, Meldungen über fehlendes Personal an den Bund zu richten. Dessen ungeachtet sind wir natürlich dabei, uns im ständigen Austausch mit den Landeskrankenanstalten ein Bild darüber zu machen, wie sich die konkreten Situationen darstellen, um einen Überblick zu haben.

Selbstverständlich unterstütze ich die Bemühungen zur Sicherstellung der Versorgung. Wir stehen wie gesagt im ständigen Austausch mit den Landeskrankenanstalten, mit den Referentinnen und Referenten in den Bundesländern, mit der Ärztekammer, auch mit den Pflegeeinrichtungen oder Pflegevertretungen, um da die Situationen zu verbessern.

Die Pflegemilliarde wurde schon angesprochen – und heftigst kritisiert –: Da ist es schlicht und einfach so, dass wir als Bund in Vorlage gegangen sind, obwohl die Zuständigkeit bei den Ländern liegt, und für die Jahre 2022 und 2023

insgesamt 570 Millionen Euro zur Verfügung stellen, um die Löhne zu verbessern – und das ist genau die Absicht.

Die heurige Auszahlung der Prämie ist eine Notmaßnahme, weil es die Länder aufgrund der Vielfältigkeit der unterschiedlichen Träger und Kollektivverträge nicht geschafft haben, da zeitgerecht zu einer kollektivvertraglichen Lösung zu kommen, das wird im nächsten Jahr der Fall sein. Das werden normale Gehaltsbestandteile, jeden Monat auszahlabar, sozialversicherungspflichtig, pensionsbegründend und selbstverständlich auch steuerpflichtig, weil sie als Gehaltsbestandteil, und zwar auf Dauer, angedacht und geplant sind. Die Fortsetzung der Finanzierung – auch gestern Abend schon angesprochen – soll über den Finanzausgleich jedenfalls sichergestellt werden.

Den Gehaltszuschuss für 2022 habe ich genannt. Die Entlastungswoche, die zusätzliche Urlaubswoche ab dem Alter von 43 Jahren und 2 Stunden Zeitgut-schrift pro Nachtdienst werden dazukommen. Die Ausbildung wird deutlich attraktiver, damit sich wieder mehr Menschen dazu entscheiden, in den Pflegeberuf einzusteigen.

Es gibt den Ausbildungszuschuss mit 600 Euro monatlich und das Pflege-stipendium mit 1 400 Euro monatlich. Das hat schon dazu geführt, dass die Nachfrage nach der Pflegeausbildung deutlich gestiegen ist.

Wir werden darüber hinaus 2023 die rechtlichen Grundlagen für den Facharzt beziehungsweise die Fachärztin für Allgemein- und Familienmedizin schaffen. Dieser wird das heute vielfach kritisierte österreichische Gesundheitssystem ebenfalls nachhaltig verbessern.

Die Fragen **14 bis 17, 26 bis 29, 49 bis 51 sowie 71 bis 73** betreffen Spitalsstand-orte, sind also alles Fragen, die darauf abstellen, wie es mit den Krankenanstalten aussieht. Betreffend die Kriterien für Schwerpunktkrankenanstalten und fach-richtungsbezogene Abteilungen muss angemerkt werden, dass das Kranken-anstalten- und Kuranstaltengesetz – kurz KAKuG – hier nicht auf eine bestimmte Anzahl von Betten abstellt. Die Beurteilung, ob die jeweiligen

Kriterien vorliegen, obliegt außerdem den Ländern im Rahmen ihrer Vollzugstätigkeit beziehungsweise -zuständigkeit.

Zu den **Fragen 18 bis 20 und 30 bis 32** – es gibt dann eine Reihe von Fragen im weitesten Sinn zum Thema Bürgerservice –:

Seit meinem Amtsantritt sind 37 518 Anfragen im Bürger:innenservice eingelangt. Die Fragen werden nach Kategorien sortiert, zugeordnet und entweder direkt aus dem Service heraus beantwortet beziehungsweise, wenn die Antwort komplexer ist, an die zuständige Fachsektion weitergegeben. Von den eingebrachten Anfragen wurden de facto fast alle Anfragen schon beantwortet.

Eine kurzfristig durchgeführte Recherche – die konnten wir heute noch in aller Geschwindigkeit machen – hat sechs Anfragen in meiner Amtszeit ergeben, die sich mit den angefragten Themen auseinandersetzen. Davon sind drei allgemeine Anfragen aufgrund von Medienberichten, und drei Anfragen sind in eine Richtung gegangen, bei der die Bürgerinnen und Bürger ihre Sorgen in einer Art und Weise schildern, die unter den Begriff besorgniserregend einzustufen ist: zwei Patientenmeldungen über verschobene OP-Termine und eine Meldung einer Krankenhausangestellten betreffend die Überforderung des Personals.

Das Ministerium hat hinsichtlich verschobener OP-Termine und Überlastung des Personals keine direkte Zuständigkeit. Die Anfragenden wurden an die Länder und die Träger verwiesen.

Zu den **Fragen 21 bis 26** – also die ganze Reihe von Fragen betreffend Gefährdungsanzeigen, Amtsmissbrauch –:

Gefährdungsanzeigen sind ein Instrument, mit dem öffentliche Krankenanstalten dem Bund mitteilen, dass sie ihren Versorgungsauftrag nach dem Gesetz nicht mehr erfüllen können und daher die Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann. Im Rahmen der Covid-19-Pandemie wurde davon lediglich einmal – im Zusammenhang mit der Versorgung durch die Salzburger Landeskliniken – Gebrauch gemacht.

Dem Bund kommt im Krankenanstaltenwesen lediglich die Grundsatzgesetzgebung zu, den Ländern die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung. Darüber hinaus fallen die dienstrechtlichen Angelegenheiten in den Zuständigkeitsbereich der Krankenanstaltenträger der Bundesländer und nicht in jenen des Bundes.

Bei der Thematik der Gefährdungsmeldung handelt es sich um eine organisations- und dienstrechtliche Fragestellung. Wenn aufgrund von Personalengpässen und/oder Organisationsmängeln die Einhaltung der ärztlichen und der pflegerischen Berufspflicht nicht mehr möglich ist, müssen organisatorische Vorkehrungen für entsprechende Gefährdungsmeldungen getroffen werden. Diese Vorkehrungen müssen im Organisationsrecht verankert sein und sind nicht Gegenstand des Berufsrechts.

In diesen Fragen wird auch ein möglicher Amtsmissbrauch durch mich in den Raum gestellt. Die Dringliche Anfrage lässt zwar offen, worauf sich der Vorwurf des Amtsmissbrauchs eigentlich beziehen soll. Es ist zwar von – unter Anführungszeichen – „Notfallsanzeigen“ die Rede, aber die angeführten Bestimmungen – also § 49 Ärztegesetz oder § 4 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – treffen keine Regelungen für derartige Anzeigen.

Der Amtsmissbrauch setzt die Befugnis voraus, im Namen des Bundes im hoheitlichen Bereich Amtsgeschäfte vorzunehmen oder rechtswidrig zu unterlassen. Die Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten fallen jedoch unter Artikel 12 des Bundes-Verfassungsgesetzes. Daher ist die Gesetzgebung über die Grundsätze Bundessache, die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung Landessache. Da die Vollziehung in die Zuständigkeit der Länder fällt, hat der Gesundheitsminister in diesem Bereich keine konkreten unmittelbaren hoheitlichen Befugnisse und kann sie daher auch nicht missbrauchen.

In der Dringlichen Anfrage werden einige Kriterien, die im KAKuG definiert sind, angeführt. Zur besseren Verständlichkeit möchte ich diese kurz erläutern.

Zum Kriterium der Schwerpunktkrankenanstalten: Schwerpunktkrankenanstalten sind allgemeine Krankenanstalten, die zumindest über Abteilungen für gewisse Sonderfächer verfügen müssen. In solchen Schwerpunktkrankenanstalten hat jedenfalls ein Facharzt beziehungsweise eine Fachärztin des betreffenden Sonderfachs dauernd in der Anstalt anwesend zu sein. Von einer ständigen Anwesenheit kann abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist. Zudem muss ich darauf hinweisen, dass im KAKuG hinsichtlich der erwähnten Abteilungen nicht auf eine bestimmte Anzahl an Betten abgestellt wird.

Zum Kriterium fachrichtungsbezogene Organisationsform: Gemäß KAKuG können neben Abteilungen bettenführender Einrichtungen auch fachrichtungsbezogene reduzierte Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden, zum Beispiel dislozierte Wochenkliniken oder Tageskliniken.

Zu den Kriterien Patient:innenrechte und transparentes Wartelistenregime: Gemäß KAKuG hat die Landesgesetzgebung die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, bestimmte Patient:innenrechte – wie Informationsrechte, Recht auf Krankengeschichte oder Recht auf Seelsorge – vorzusehen. Darüber hinaus hat die Landesgesetzgebung ein transparentes Wartelistenregime in pseudonymisierter Form insbesondere für elektive Operationen einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet.

Zum Kriterium Qualitätssicherung: Nach KAKuG haben die Bezirksverwaltungsbehörden die Einhaltung der sanitären Vorschriften in den Krankenanstalten zu überwachen. Werden in einer Krankenanstalt die erwähnten sanitären Vorschriften verletzt, so hat der Landeshauptmann beziehungsweise die Landeshauptfrau dem Rechtsträger die Beseitigung der Missstände aufzutragen. Bei Nichtbefolgung kann die teilweise oder gänzliche Weiterführung des Betriebs einer Krankenanstalt untersagt werden.

Zu den **Fragen 82 bis 118:**



Gastpatienten beziehungsweise Heimpatienten: Weder das KAKuG noch das Sozialversicherungsrecht kennt die Begriffe Gastpatient oder Heimatpatient. Zwar zielt die Gewährung von Anstaltspflege primär auf eine Behandlung in einer Krankenanstalt im Bundesland des Wohnsitzes oder Beschäftigungsortes ab, eine Beschränkung dieses Anspruchs ist aber gesetzlich nicht normiert.

Die Fragen bezüglich der konkreten Zahlen behandelter Patient:innen kann ich ohne entsprechende Datenauswertung nicht beantworten. Die Auswertung wird schriftlich nachgereicht. – Danke schön. *(Beifall bei Grünen und ÖVP.)*

19.35

**Präsidentin Korinna Schumann:** Zu Wort gemeldet ist Frau Bundesrätin Steiner-Wieser. – Bitte, Frau Bundesrätin.