

**AUSZUG AUS DEM
STENOGRAPHISCHEN PROTOKOLL**

**der 54. Sitzung der
XVIII. Gesetzgebungsperiode
des
Burgenländischen Landtages**

Donnerstag, 3. März 2005

10.11 Uhr - 22.21 Uhr

Tagesordnung

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9. *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens*

10.

11.

12.

13.

14.

Bericht des Finanz-, Budget- und Haushaltsausschusses über den Beschlussantrag (Beilage 941), mit dem der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zugestimmt wird (Zahl 18 - 599) (Beilage 989)

Berichtersteller: Dr. R i t t e r (S. 7611)

Redner: Mag. V l a s i c h (S. 7612), Ilse B e n k ö (S. 7613), DDr. S c h r a n z (S. 7615), Dr. R i t t e r (S. 7618) und Landesrat Dr. R e z a r (S. 7620)

Annahme des Beschlussantrages (S. 7622)

I

9. Punkt: Bericht des Finanz-, Budget- und Haushaltsausschusses über den Beschlussantrag (Beilage 941), mit dem der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zugestimmt wird (Zahl 18 - 599) (Beilage 989)

Dritter Präsident Dr. Manfred Moser: Der 9. Punkt der Tagesordnung ist der Bericht des Finanz-, Budget- und Haushaltsausschusses über den Beschlussantrag, Beilage 941, mit dem der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zugestimmt wird, Zahl 18 - 599, Beilage 989.

Berichtersteller ist Herr Landtagsabgeordneter Dr. Ritter.

General- und Spezialdebatte werden unter einem durchgeführt.

Bitte Herr Berichtersteller.

Berichtersteller Dr. Ewald Ritter: Hohes Haus! Der Finanz-, Budget- und Haushaltsausschuss hat den Beschlussantrag, mit dem der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zugestimmt wird, in seiner 25. Sitzung am Mittwoch, dem 23. Feber 2005, beraten.

Ich wurde zum Berichtersteller gewählt.

Nach meinem Bericht stellte ich den Antrag, dem Landtag zu empfehlen, dem vorliegenden Beschlussantrag die verfassungsmäßige Zustimmung zu erteilen.

Bei der Abstimmung wurde der Antrag ohne Wortmeldung einstimmig angenommen.

Der Finanz-, Budget- und Haushaltsausschuss stellt daher den Antrag, der Landtag wolle folgenden Beschluss fassen:

Der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird gemäß Art. 81 Abs. 2 L-VG zugestimmt.

Dritter Präsident Dr. Manfred Moser: Danke Herr Berichterstatter. Als erster Redner zu Wort gemeldet ist der Herr Abgeordnete Mag. Vlasich.

Bitte Herr Abgeordneter.

Abgeordneter Mag. Josko Vlasich (GRÜNE): Poštovani Predsjedniče! Poštovane poslanice i poslaniki u zemaljski sabor! Meine Damen und Herren! Hohes Haus! Mit dem heutigen Beschluss wird die 15a-Vereinbarung über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung im Burgenland umgesetzt.

Im Mittelpunkt steht dabei - laut Aussagen des Bundesministeriums - die Durchführung einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, die zu einer Optimierung des Ressourceneinsatzes sowie einer Beibehaltung gedämpfter Kostensteigerungsraten beitragen soll.

Dies soll besonders durch Erfordernisse wie eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus, eine vermehrte Leistungserbringung im ambulanten Bereich, sowie im rehabilitativen Nachsorgebereich und durch eine Reduktion unnötiger Mehrfachleistungen erreicht werden. Darüber hinaus soll es dem Krankenhausmanagement durch die im System geschaffene höhere Kosten- und Leistungstransparenz ermöglicht werden, seine Betriebsführung auch nach betriebswirtschaftlichen Aspekten auszurichten.

Vom Nahtstellenmanagement, einer reibungslosen Organisation zwischen Bund und Ländern, eben durch die Bundesgesundheitsagentur und Gesundheitsplattformen auf Länderebene und von einer qualitativ hochwertigen, effektiven, effizienten, allen frei zugänglichen Gesundheitsversorgung in Österreich wird gesprochen.

Alles gut und schön. Vielem kann man natürlich zustimmen. Der Teufel liegt, wie so oft, bei diesen Angelegenheiten im Detail. Ganz genau gesagt, in der Finanzierung.

Das Gesundheitswesen ist in zahlreichen europäischen Ländern im Wandel begriffen. Die Notwendigkeit für Neustrukturierungen wird mit unterschiedlichen Argumenten begründet, wie etwa mit einer drohenden Unfinanzierbarkeit oder mit den vorherrschenden inflexiblen und ineffizienten Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen.

Die zukünftige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens erlangt damit einen zunehmend zentralen Stellenwert in der gesundheitspolitischen Debatte.

Die Darstellung der Gesundheitsausgaben greift unserer Ansicht nach allerdings zu kurz, wenn nicht gleichzeitig auch die Wirkung des Gesundheitswesens untersucht wird. Zu fragen ist hierbei, ob steigende Gesundheitsausgaben mit einem verbesserten Gesundheitszustand der Bevölkerung einhergehen. Üblicherweise dienen dazu Indikatoren, wie zum Beispiel die Lebenserwartung oder auch die Säuglingssterblichkeit.

Hinsichtlich PatientInnenzufriedenheit geht aus einer Eurostat-Befragung hervor, dass das österreichische Versorgungssystem bei Akzeptanz und Zufriedenheit nach Finnland auf Platz zwei und somit im EU-Vergleich an einem der ersten Plätze liegt.

Bei der Lebenserwartung ergab sich in den letzten Jahren ein weiterer, wenn auch geringer Zuwachs. Die Säuglingssterblichkeit die im Jahre 1980 noch 14,3 Fälle pro 1.000 Lebendgeburten ausgemacht hat, konnte bis zum Jahr 2001 auf 4,8 Fälle reduziert werden.

Mit dem gesteigerten Aufwand hat sich daher offenbar auch der Grad und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert.

Trotz dieser erfreulichen Werte betreffend Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit dürfen wir aber nicht vergessen, dass sich hinter diesen Indikatoren nach wie vor auch große Unterschiede und Ungleichheiten im Gesundheitszustand innerhalb der österreichischen Bevölkerung verbergen und dass die Krankheit auch einen wichtigen sozialen Aspekt beinhaltet. Der Spruch: „Besser reich und g'sund als arm und krank“ trifft den Nagel auf den Kopf. Je besser gestellt ein Mensch ist, je höher sein Verdienst und seine Bildung je höher seine soziale Stellung in der Gesellschaft, umso weniger ist er krank und umso höher ist seine Lebenserwartung.

Da setzt auch meine Kritik an der, in manchen Punkten nicht so schlechten 15a-Vereinbarung an: Selbstbehalte und sonstige Belastungen treffen insbesondere genau jene, die sowieso schon weniger haben und die damit und dadurch und deshalb auch mehr krank sind.

Die Streichung von Zuschüssen für Sehbehelfe etwa, kostet die Versicherten mindestens 35 Millionen Euro. Kein Problem für Gutverdienende, ein großes für all jene, die sich das nicht leisten können. Wenn die Menschen nicht mehr zum Augenarzt gehen, sondern nur zum Optiker, besteht auch die Gefahr, dass krankhafte Augenveränderungen, zum Beispiel der graue Star oder Netzhauterkrankungen und so weiter, nicht oder erst zu spät erkannt werden. Die Erhöhung des Beitragssatzes zur Krankenversicherung ist ebenfalls eine sozial unausgewogene Maßnahme. Durch die Beitragsdeckelung der Höchstbeitragsgrenze sind alle Personen über einem Monatseinkommen von 3.450 Euro nicht mehr betroffen.

Gerade Menschen im unteren Einkommens- und Bildungsbereich erkranken, wie schon gesagt, viel früher und häufiger als Menschen im oberen Einkommensfünftel. Daher führen diese Maßnahmen zu einer zusätzlichen Belastung und Benachteiligung dieser Gruppen. Der Vorschlag der Grünen, eine Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage auf 4.080 Euro wurde leider nicht akzeptiert. Daher hätte man mit dieser Maßnahme die von Länder- und Regierungsseite angestrebten Gesamtmehreinnahmen von 300 Millionen Euro beinahe erreichen können, indem man nur zehn Prozent der Bevölkerung, das sind also all jene, die über dieser Einkommensgrenze liegen, zur Kasse gebeten hätte. Das hätte zum Beispiel 215 Millionen Euro gebracht.

Um sich unsere Zustimmung zur geplanten Gesundheitsreform zu erkaufen, werden den Ländern Mittel zur Krankenhausfinanzierung zugewiesen, die zum überwiegenden Teil zu Lasten der Bevölkerung und damit zu Lasten der BeitragszahlerInnen gehen. Starre Selbstbehalte im Rahmen der Rezeptgebühr und des Spitalkostenbeitrages sowie generelle Erhöhungen treffen untere und mittlere Einkommensschichten überproportional. Das lehnen wir ab und werden deshalb diesem Antrag nicht zustimmen. *(Beifall bei den Grünen)*

Dritter Präsident Dr. Manfred Moser: Als nächste Rednerin zu Wort gemeldet ist die Frau Abgeordnete Ilse Benkö.

Bitte Frau Abgeordnete.

Abgeordnete Ilse Benkö (FPÖ): Herr Präsident! Hohes Haus! Geschätzte Damen und Herren Abgeordnete! Die heute zur Beschlussfassung vorliegende 15a-Vereinbarung über die Finanzierung des Gesundheitswesens ist für das Leben der Menschen von direkter, vor allem aber von hoher Bedeutung. Wir werden dieser Vereinbarung selbstverständlich zustimmen.

Wer aber über diese 15a-Vereinbarung spricht, der kann das Thema Gesundheitsreform als das Zukunftsthema schlechthin nicht ausklammern. Geschätzte Damen und

Herren! Das österreichische Gesundheitssystem braucht den internationalen Vergleich nicht zu scheuen. Es gewährleistet eine gute und flächendeckende Versorgung für alle, hohe Standards in Diagnose und Therapie und kann auf eine hervorragende medizinische und wissenschaftliche Erfahrung zurückgreifen. Von 47 Industrienationen belegt Österreich hinsichtlich der medizinischen Infrastruktur eine Spitzenposition, was sich auch ziemlich weit in der Lebensqualität niederschlägt. 90 Prozent aller Österreicher sind durch die soziale Krankenversicherung geschützt. Pro Kopf werden dafür etwa 60 Euro im Monat gezahlt.

In Bezug auf die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen liegen zum Teil, und das wissen wir alle, widersprüchliche Daten vor. Bis vor kurzem wurde, basierend auf den Daten der OECD, allgemein davon ausgegangen, dass Österreich mit Gesundheitsausgaben in der Höhe von 8,2 Prozent des BIP, des Bruttoinlandsproduktes, unter dem europäischen Durchschnitt von 8,7 Prozent und weit unter den Werten von Deutschland oder der Schweiz liegt.

Geschätzte Damen und Herren! Aktuelle Berechnungen zeigen aber, dass das Ausmaß der Gesundheitskosten von zirka 35 Prozent unterschätzt wird, berücksichtigt man in den Berechnungen insbesondere die Abgangsdeckung der Krankenanstalten als Gesundheitsausgaben mit der Begründung, dass diese als flexibler Bestandteil des Finanzierungssystems durch die öffentliche Hand abgedeckt werden.

Mit 10,9 Prozent ergibt sich aus den neuen Daten für Österreich ein deutlich höherer Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt. Unklar ist, welche Stellung sich für Österreich im EU-Vergleich ergeben würde, wenn die Berechnungsmethode in analoger Weise für alle EU-Länder zur Anwendung käme.

Herr Präsident! Hohes Haus! Schauen wir uns doch die Gesundheitssysteme in anderen europäischen Ländern an. Auch wenn Europäer im Schnitt heute gesünder sind und länger leben als je zuvor, ist die Gesundheit, und das wissen wir alle, teurer geworden. Neue Technologien und Arzneimittel, Umweltprobleme und Wohlstandskrankheiten fordern ihren Tribut. Aber auch, und das dürfen wir nicht unterschätzen, Arbeitslosigkeit und Alterspyramide wachsen, leider Gottes, weiter an, während junge Beitragszahler zunehmend weniger werden. Diese Entwicklung bekommen besonders die Krankenkassen jener Länder zu spüren, die ihre Kosten ganz oder in einem sehr hohen Ausmaß über Sozialversicherungsbeiträge finanzieren. Allen Ländern Europas gemein, ist der solidarische Grundgedanke, nach dem die Kosten für die medizinische Versorgung unter Kranken und Gesunden gleichermaßen aufgeteilt und dabei die finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen berücksichtigt werden.

Kurz zu Deutschland. Versicherte in Deutschland haben ebenso wenig wie die Dänen und die Belgier, völlige Wahlfreiheit zwischen allen gesetzlichen Krankenkassen. In Frankreich, Österreich und Finnland ist es allerdings anders. Geringeren Beiträgen der Versicherten stehen gesetzlich vorgeschriebene Pflichtmitgliedschaften gegenüber.

Mit jährlichen Gesundheitskosten von zirka 10,7 Prozent des BIP, ist Deutschland knapp hinter der Schweiz an der Spitze in Europa angekommen, gefolgt von Frankreich und Griechenland. Finnland und England zum Beispiel, kommen dagegen mit sechs beziehungsweise mit sieben Prozent, gemessen am BIP, aus und liegen damit unter dem Durchschnitt der Mitgliedsländer der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Die Zahlen für Österreich habe ich eingangs bereits genannt. Generell sind die Ausgaben für die Gesundheit in den meisten Ländern natürlich kontinuierlich gestiegen.

Nur in Schweden und den Niederlanden gingen die Zahlen drastisch zurück, was allerdings, und das dürfen wir auch nicht vergessen, mit erheblichen Abstrichen für Patienten und Patientinnen verbunden ist. In den letzten 15 Jahren führten fast alle westlichen Länder Zuzahlungen ein. So müssen die Norweger 15 Euro pro Besuch beim Hausarzt zahlen, Deutsche zehn Euro pro Arzt und Quartal. Eine Visite beim Facharzt kostet in Norwegen zum Beispiel 29 Euro, in Schweden 27 Euro, Belgier, Franzosen und wir Österreicher zahlen feste und prozentuelle Zuzahlungen zwischen vier und 16 Euro pro hausärztlicher Behandlung.

Ähnliches gilt aber auch für stationäre und zahnmedizinische Behandlungen. Während Patienten in Deutschland zehn Euro pro Tag im Krankenhaus für maximal 28 Tage bezahlen, muss man in Frankreich beispielsweise 30 Tage lang, man höre und staune, 30 Tage lang, 25 Prozent der Krankenhauskosten aufbringen. Ein Grund warum sich rund 90 Prozent aller Franzosen die Kosten über eine private Zusatzversicherung rückerstatten lassen. Zusätzlich versichern müssen sich auch die Holländer und die Schweizer, da sie sonst ihre Zahnbehandlungen auch komplett selber zahlen müssten.

Also die Zuzahlung zu Arzneimitteln ist innerhalb der EU ebenfalls sehr unterschiedlich geregelt. Mit einem Eigenanteil bis zu 180 Euro müssen die Schweden für ihre Arzneimittel selbst aufkommen, bei unseren französischen Nachbarn übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen rund 70 Prozent an Arzneimittel. In Dänemark zahlt der Patient zwischen 25 und 50 Prozent selbst zu. Am höchsten sind die Belastungen allerdings für die Patienten in der Schweiz. 2.790 Euro gab jeder von ihnen im Jahre 2000 für Gesundheit aus. Das dortige Franchisesystem fordert über den monatlichen Pflichtversicherungsbeitrag eine Eigenbeteiligung an ambulanten Behandlungen und Medikamenten von mindestens 230 Franken pro Jahr. Egal wie alt man ist und egal wie wenig oder wie viel man verdient.

Geschätzte Damen und Herren! Für die über das Franchise hinausgehenden Kosten, zahlt der Patient bis zu einer Grenze von 600 Franken und für Kinder bis zu 300 Franken zehn Prozent der Kosten als Selbstbehalt. Da kann man wohl sagen: „Habe die Ehre.“ Obligatorisch ist auch eine zusätzliche Invalidenversicherung, die für etwaige Rehabilitationsmaßnahmen oder für Erwerbsausfallrenten aufkommt. Nur durch Einschränkung der freien Arztwahl und durch Teilnahme an einem Bonusprogramm können die Patienten in der Schweiz ihre Kosten senken. Im europäischen Vergleich sind die Belastungen für die Versicherten in Österreich sonst immer noch sehr niedrig.

Herr Präsident! Hohes Haus! Geschätzte Damen und Herren! Das Recht der Patienten auf eine spezialisierte, umfassende, qualitativ hochwertige Behandlung nach dem aktuellen Stand der Medizin stellt die zentrale Herausforderung für die Entscheidungsträger und Leistungsbringer im Gesundheitswesen dar. Unser gemeinsames Ziel und Ziel aller Akteure muss die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung aller Patienten auf dem jeweils effizienten Weg und die Eliminierung von Versorgungsdefiziten sein. Die Patienten, meine geschätzten Damen und Herren, müssen im Mittelpunkt der Reformbemühungen stehen. An ihren Bedürfnissen hat sich das Gesundheitssystem zu orientieren. Danke. *(Beifall bei der FPÖ)*

Dritter Präsident Dr. Manfred Moser: Als nächster Redner ist Herr Abgeordneter DDr. Schranz zu Wort gemeldet.

Bitte Herr Abgeordneter.

Abgeordneter DDr. Erwin Schranz (ÖVP): Herr Präsident! Hohes Haus! Meine Damen und Herren! Wir haben einiges gehört zu den Gesundheitssystemen hier und an-

derswo. Vollkommen zu Recht, denn in Österreich haben wir tatsächlich ein beachtliches hoch stehendes Gesundheitssystem. 72 Prozent der Bevölkerung sind mit unserem Gesundheitssystem einverstanden, weil die Gesundheitsleistungen gut bis sehr gut sind, zweitbesten Platz in Europa. Trotzdem hat man das Gefühl, dem Gesundheitssystem geht finanziell die Luft aus. Daher gehört etwas unternommen. Notfalls eine Beatmung.

Das Thema Gesundheit ist überhaupt ein sehr sehr wichtiges, ein Dauerbrenner in unserer Gesellschaft. Auch für jeden Einzelnen natürlich das Thema Nummer eins. Daher ist es auch wichtig, dass man, so wie es diese Regierung macht, einen großen Wurf vorlegt, nämlich eine Gesundheitsreform, die diesen Namen auch verdient. Heute haben wir hier im Lande die Vereinbarung zwischen den Bundesländern und dem Bund, wo ganz konkret die Maßnahmen, die Rezeptur sozusagen, niedergeschrieben ist, wie man dieses Gesundheitssystem auf Dauer auch gesund erhalten kann. In letzter Zeit wurde sozusagen ein Gesundheitscheck durchgeführt. Jetzt geht es um die Diagnose und auch welche Therapie dem Patienten „Gesundheitssystem“ insgesamt verordnet werden soll. Denn wir wissen, dass es natürlich einen Reformstau gab.

Insgesamt war es in den letzten Jahren notwendig hier anzusetzen. Dieser große Hebel wird mit der Vereinbarung, die wir heute hier beschließen werden, tatsächlich angesetzt. Es wird erfreulicherweise in mehrere Richtungen gehen, denn bisher war es so, dass - natürlich hat es jeder Patient gespürt - mehrere Köche am Werke waren. Viele Köche können den Brei auch verderben. Zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich ist nicht immer alles klaglos abgelaufen. Manchmal wurde hü und hott zur gleichen Zeit gerufen. Zwischen den niedergelassenen Ärzten, den Spitalsärzten, hätte manches einfacher gehen können.

All das ist ein Grund, wieso man alle an einen Tisch holen möchte, in einer Art „Clearing-Stelle“, wo man überlegt, wie man das Beste aus diesem Gesundheitssystem machen kann. Auch für uns ist das sehr bedeutsam. Denn wir werden die Hauptnutznießer dieser Reform sein. Sowohl die Krankenkasse - die ohnehin finanziell stöhnt - als auch die Krankenhäuser werden Nutznießer sein.

Letztlich soll aber der Patient Hauptnutznießer werden, indem wir unser hoch stehendes Gesundheitssystem auf diesem Niveau halten können, indem wir sogar gewisse Verbesserungen zustande bringen. Denn was wäre die Alternative, wenn es nicht zu dieser Vereinbarung käme? Wenn das große Werk der Gesundheitsreform gescheitert wäre? Gott sei Dank ist das nicht der Fall. Dann hätten wir eine Rechtslage wie am 1. Jänner 1977 nämlich die Betriebsabgangsdeckung. Das hieße natürlich Tor und Tür aufzumachen für diejenigen, die nicht sparen wollen im Gesundheitssystem.

Wir wissen aber, auch der Kollege Vlasich hat es angesprochen, dass es zu keiner Beitragserhöhung kommt. Es waren moderate + 0,1 Prozent. Das ist durchaus vertretbar, dafür dass wir erstens, ein qualitativ hoch stehendes Gesundheitssystem erhalten wollen und dass weitere 300 Millionen Euro in dieses Gesundheitssystem hineingehen. Davon wird auch das Burgenland profitieren, die Krankenhäuser und die Sozialversicherungsträger. Weiters werden durch diese Strukturreformen in einem Zuge 300 Millionen Schilling eingespart.

Es wird also in mehrere Richtungen gehen. Durch diese Vereinbarung bekennen wir uns auch dazu, die Finanzen in unserem Gesundheitssystem langfristig sicherzustellen und diese endgültig in den Griff zu kriegen. Es geht um eine einheitliche Planung, um Steuerung und um klare Strukturreformen. Nicht umsonst wird hier auch ein Reformpool geschaffen. Ein Reformpool, wo ein Prozent der Gesamtmittel hineinfließen werden. Ab dem Jahre 2007 dann zwei Prozent. Im Ergebnis soll das wieder Einsparungen bringen.

Es geht um eine Modernisierung. Wir wissen, dass neue Informationstechnologien da sind. Wir hören und können sehr stolz sein, dass das Burgenland als erstes Bundesland bereits die Gesundheitskarte hat. Diese elektronische Gesundheitskarte bringt uns sehr viel, auch eine dauerhafte Entbürokratisierung. Wobei natürlich noch Kleinigkeiten bei der Einführung verbessert werden können.

Im Großen und Ganzen ist es ein hoch interessanter Ansatz. Es wird Synergieeffekte geben, ein Zusammenwirken verschiedenster Gesundheitsanbieter, Leister, Dienstleister sozusagen, wo bisher manches doppelgleisig gelaufen ist. Weiters soll es eine Qualitätssicherung geben, zugleich auch eine Gesundheitsförderung in der Bevölkerung und Vorsorgeprogramme werden forciert werden. Insgesamt wird es gesundheitsökonomische Ansätze geben. Das ist ganz wichtig. Diese sind in dieser Vereinbarung niedergeschrieben.

Es wird eine Fortführung der bisherigen leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung geben. Diese wurde übrigens 1997 eingeführt. Es ist ganz wichtig, dass hier auch tatsächlich etwas weitergeht. Es wird erstmals eine integrierte Gesundheitsstrukturplanung geben, nämlich zwischen den Bereichen wie etwa dem stationären oder dem ambulanten Bereich. Wie schaut es eigentlich mit Rehabilitation und dem Pflegebereich aus? All das sollte man als eine Einheit, als eine Gesamtheit sehen. Hier muss es Vernetzungen geben. Man darf auch nicht auf den Palliativ- und Hospizbereich vergessen, der ausdrücklich hier miteinbezogen wird.

Es soll zu einer Senkung der Verwaltungskosten kommen und Doppelgleisigkeiten sollen, müssen und werden hiermit vermieden werden. Was ist, wenn sich ein Land nicht daran hält - oder einer der Beteiligten? Dann wird es auch Sanktionen geben. Erstmals nach dem Verursacherprinzip. Wer Mehrkosten verursacht, wird auch zur Kasse gebeten. Notfalls können auch zum Beispiel die Anteile, die ausbezahlt werden sollten, zurückbehalten werden.

Der springende Punkt ist, dass es in diesem Gesundheitspaket eine Bundesgesundheitsagentur mit Rahmenvorgaben geben wird, wo klarerweise die Verantwortungen festgeschrieben sind. Die Frage der Kostentragung, aber auch die Frage, wie die Ressourcen verwendet werden. Wichtig ist ein Erfahrungsaustausch, ein Datenaustausch, der vorgeschrieben ist. Bisher wurde er gelegentlich, aber nicht immer angewendet. Es wird auch die Landesgesundheitsfonds geben und als oberstes Organ die Gesundheitsplattform als eine Schaltstelle, als eine Möglichkeit, alle an einen Tisch zu bringen, um über die Finanzen und über die Gesundheitsplanung in diesem Lande zu entscheiden.

Woher kommen die Finanzen? Von der Bundesgesundheitsagentur, vom Land, von den Gemeinden und von den Sozialversicherungsträgern, wobei es wichtig sein wird, dass man alles einbindet. Ambulante Versorgung sowie fachärztliche Versorgung innerhalb und außerhalb der Krankenanstalten. Dass es an Nahtstellen zu einem Management kommt, wurde bisher teilweise sträflich vernachlässigt. Hier gibt es eine Möglichkeit anzusetzen.

Mancher wird fragen: Wird es auch zu mehr Bürokratie kommen? Genau das soll vermieden werden. Das ist ausdrücklich festgeschrieben nach dem Prinzip Patienten- und Patientinnenorientierung und auch, dass der administrative Aufwand - beispielsweise bei der Dokumentation, bei der Berichterstattung - so niedrig als möglich zu halten ist. Das ist ein wichtiger Ansatz für uns zu zeigen, dass das Gesundheitssystem überarbeitet gehört. Es gehört auf den aktuellen Stand gebracht. Im Interesse der Patienten soll dieses Gesundheitssystem bei hoher Qualität aufrechterhalten werden.

Es sind auch einige interessante und erfreuliche Regelungen enthalten. Zum Beispiel werden wir, was uns Burgenländer natürlich freut, keine zusätzlichen Gastpatienten-Ausgleichszahlungen zu leisten haben. Für den Zeitraum bis 2008 ist das auch niedergeschrieben. Es gibt einige Details, die hier niedergeschrieben sind. Details wie etwa die Förderung des Transplantationswesens, der Organspenden und Ähnliches. Auch das war notwendig zu regeln. Insgesamt wird es dann - hoffen wir - zu einer Belebung unseres Gesundheitssystems kommen und zu einer langfristigen Sicherung der Finanzen, weil die gesundheitsökonomischen Ansätze forciert werden sollen.

Ich glaube, es ist ein Entwurf, dem wir gerne unsere Zustimmung geben können. Es ist eine Art Stärkungsmittel, ein Tonikum für die Krankenhäuser und für die Sozialversicherungsträger. Die Verschreibung eines Generalrezeptes zur generellen Gesunderhaltung unseres Gesundheitssystems, wobei nicht nur Medikamente verteilt werden, sondern der Selbstheilungsprozess in Gang gesetzt wird, verstärkt wird, dass der Patient auch selber versucht sich zu kurieren.

Ich glaube es ist für uns alle, für die maroden Kassen, für die Spitäler, die natürlich Geld brauchen, aber auch für den Steuerzahler sehr wichtig und auch für das Land Burgenland, dass hier alles unternommen wird, um sparsam umzugehen und trotzdem - ich habe es zu Beginn erwähnt - unserem hoch stehenden Gesundheitssystem diese hohe Qualität weiterhin zu garantieren. Daher gilt es, das umzusetzen, was wir heute beschließen, zügig daran zu arbeiten, denn bis Jahresende soll alles unter Dach und Fach sein.

Wir werden daher selbstverständlich dieser Vereinbarung unsere Zustimmung erteilen. *(Beifall bei der ÖVP)*

Dritter Präsident Dr. Manfred Moser: Als nächster Redner zu Wort gemeldet ist der Herr Abgeordnete Dr. Ritter.

Bitte Herr Abgeordneter.

Abgeordneter Dr. Ewald Ritter (SPÖ): Herr Präsident! Hohes Haus! Nach langen Diskussionen wurde die vorliegende 15a-Vereinbarung im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen zwischen den Ländern und dem Bund abgeschlossen. In der Diskussion sind nicht nur die einzelnen Punkte von Bedeutung, genauso wichtig ist auch das, was nun nicht mehr in dieser Vereinbarung steht und von den Ländern wegverhandelt wurde. Ich erinnere daran, dass die Regierung mit der Gesundheitsreform die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger massiv einschränken wollte. Wir haben die Ankündigung vernommen, dass für das gesamte Gesundheitswesen zukünftig jährlich 218 Millionen Euro weniger zur Verfügung stehen sollten.

Nach der Bundesregierung wären die Kompetenzen der Länder beträchtlich beschnitten worden, da wichtige Kompetenzen an die Bundesgesundheitsagentur abgegeben werden sollten. Geplant war eine Forcierung von Betreibermodellen in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Damit sollte eine Trennung zwischen den Finanziers und den Leistungsbringern erreicht werden. Die Stimmengewichtung in der Bundesagentur und in den Gesundheitsagenturen war unklar. Oder ich erinnere daran, dass nur einzelne, ausgewählte Gesundheitsprogramme künftig zentral aufwendig gefördert werden sollten, nur nicht das burgenländische Modell der Darmkrebsvorsorge.

Was das Burgenland aber am meisten getroffen hätte, war die Gastpatientenregelung. Hätten wir diese Regelung umgesetzt, wären immense Geldsummen in andere Bundesländer abgeflossen. Das deshalb, weil zahlreiche Pendler medizinische Hilfe in Wien suchen. Außerdem haben wir im Burgenland keine Universitätsklinik und daher auch keine hoch spezialisierte Medizin. Wir haben daher zu Recht befürchtet, dass Pendlerinnen

und Pendler ihren Hauptwohnsitz nach Wien verlegen, damit sie leichter medizinische Versorgung bekommen. Die Auswirkungen der Gastpatientenregelung hätte für das Burgenland schlimmere Auswirkungen gehabt als das Parkpickerl. Das alles wurde verhindert und wegverhandelt.

Nun zu den konkreten Inhalten der Vereinbarung. Länder und Bund setzen sich das Ziel, die stricte Trennung von extra- und intramuralem Bereich zu überwinden. Sie wollen die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens durch Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen längerfristig sicherstellen. Schließlich und endlich sollen Vorsorgemaßnahmen und flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen unterstützt werden. Dazu sollen folgende Maßnahmen dienen. Auf Länderebene werden Gesundheitsplattformen eingerichtet, die die erweiterten Aufgaben der Landesfonds übernehmen.

In diesen Plattformen sind alle Beteiligten des Gesundheitswesens vertreten, sie müssen kooperieren, dürfen aber in ihren ursprünglichen Kompetenzen nicht überstimmt werden. Ihre Hauptaufgabe liegt in der Planung und Steuerung des gesamten Gesundheitswesens. Es ist so, und das wissen wir, dass die Länder für den intramuralen und die Sozialversicherungen für den extramuralen Bereich zuständig sind. Will man nun Patientenströme von den Krankenanstalten auf den niedergelassenen Bereich umlenken, muss zwischen den Verantwortlichen kooperiert werden.

In diesem Zusammenhang akzeptieren die Länder Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung im Ausmaß von 300 Millionen Euro. Diese 300 Millionen Euro sollen durch Senkung von Verwaltungskosten und weiteren Maßnahmen im patientenfernen Bereich in den Krankenanstalten hereingebracht werden. Neue Organisationsformen sollen geschaffen werden. Wir haben bereits einige, wie zum Beispiel die Tagesklinik im Krankenhaus Güssing. Maßnahmen zur besseren Abstimmung zwischen den einzelnen Krankenanstalten sowie dem niedergelassenen Bereich sollen getroffen werden, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. Wir kennen diese Abstimmung bereits im Burgenland zwischen den einzelnen Krankenanstalten, wo sich jetzt abzeichnet, dass es Spezialisierungen geben wird.

Das Burgenland ist auch stolz auf seine vielfältigen Vorsorgeprogramme, die weit über die Landesgrenzen hinaus Beachtung finden. Ich erinnere an die, wie schon erwähnte, Darmkrebsvorsorge der über 40-Jährigen, an die Kariesprophylaxe, an die Diabetikerberatung und so weiter. Daher begrüßen wir es, dass diese Vorsorgemaßnahmen in dieser Vereinbarung verankert wurden und dass es dafür auch Geldmittel geben wird. Wir glauben auch, dass der elektronische Gesundheitsakt - auch der ist verankert in dieser Vereinbarung - ein großes Einsparungspotential bietet. In diesem Zusammenhang beurteile ich die Einführung der e-card als positiv, es hat halt nur sehr lange gedauert. Im Besonderen wird erstmals mit dieser Vereinbarung das gesamte österreichische Gesundheitswesen einschließlich der Nahtstellen zum Pflegebereich umfasst.

Das ist für das Burgenland nichts Neues. Schon jetzt stellt der Landesfonds Mittel für die Hauskrankenpflege zur Verfügung. Ebenso ist ein geforderter Hospizplan im Burgenland bereits beschlossen. Die Gesundheitsreform, trotz aller wichtigen Maßnahmen bringt auch Belastungen für die Menschen mit sich. So wurde der Krankenversicherungsbeitrag um 0,1 Prozent erhöht. Von den stationären Patienten wird nun um 1,45 Euro pro Tag mehr abkassiert.

Das ist, meiner Meinung nach, ein sehr problematischer Lösungsansatz aller Finanzierungsprobleme. Wir stehen zum solidarischen Prinzip der Finanzierung und lehnen

Krankensteuern ab. Kranke sollen nicht dafür bestraft werden, dass sie medizinische Hilfe benötigen.

Sie wissen, und ich greife jetzt die Gedanken des Kollegen Vlasich auf, dass arme Menschen eben häufiger krank werden. Es gibt dieses schreckliche Zwillingsspaar arm und krank, reich und gesund. Daher wenden wir uns gegen die Ausweitung von Selbsthalten. Das Burgenland hat ein sehr wichtiges Zeichen gesetzt. Wir verzichten auf die 1,45 Euro pro Tag und Patient in den burgenländischen Krankenanstalten.

Wollen wir unser hervorragendes Gesundheitssystem absichern, und ich glaube darüber sind wir uns alle einig, dass wir ein hervorragendes Gesundheitssystem haben, müssen wir neue Wege der Finanzierung suchen. Wir müssen uns von der strengen Bindung an den Arbeitsplatz lösen. Ein gangbarer Weg wäre die Einbeziehung der Wertschöpfung in die Finanzierung der Gesundheitsversorgung.

Denn wenn immer weniger Menschen einen Arbeitsplatz haben, und immer mehr Menschen medizinische Hilfe und Mittel benötigen, so wird dieses System kippen. Der Lösungsansatz der Bundesregierung ist der, dass man Richtung Selbsthalte geht. Wir sagen, unser Lösungsansatz geht in Richtung mehr Solidarität, in Richtung Erhaltung der Solidarität. Daher müssen wir andere Finanzierungsformen suchen.

Die vorliegende Vereinbarung wird, meine sehr geehrten Damen und Herren, auch das Burgenland vor große Herausforderungen und vor große Anstrengungen stellen. Wir werden strukturelle Vorkehrungen treffen müssen, um Kosten einzusparen und um unser hervorragendes Gesundheitssystem im Land zu erhalten. Wir werden dieser Vereinbarung gerne zustimmen. *(Beifall bei der SPÖ)*

Dritter Präsident Dr. Manfred Moser: Zu Wort gemeldet ist der Herr Landesrat Dr. Peter Rezar.

Bitte Herr Landesrat.

Landesrat Dr. Peter Rezar (SPÖ): Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Hohes Haus! Zur eingeleiteten Gesundheitsreform in Österreich, die natürlich maßgeblich das Burgenland betrifft, bin ich sehr dankbar, über die inhaltliche Diskussion, auch um die Frage des Entstehens dieses Reformprozesses. Es wurde deutlich vom Kollegen Ritter gesagt, dass ursprünglich angedacht war, die Reform damit zu beginnen, dem Gesundheitswesen 218 Millionen Euro weniger zur Verfügung zu stellen. Glücklicherweise ist es in den Verhandlungen dann gelungen, rund 305 Millionen Euro mehr aufzuwenden, die notwendig sind, um die hohe Qualität des Gesundheitswesens auch entsprechend sicherzustellen.

Ich sage das deswegen, weil natürlich auch für das Burgenland die finanzielle Absicherung deswegen erforderlich ist, weil wir noch eine Reihe von wichtigen Leistungsbereichsausweitungen vor uns haben, die natürlich auch ein entsprechendes finanzielles Fundament erfordern.

In aller Raschheit, obwohl man wusste, dass mit 31. Dezember des vergangenen Jahres die Vereinbarung gemäß Art. 15a ausläuft, wurde im November zu verhandeln begonnen. Man hat die Verhandlungen bewusst an Fragen des Finanzausgleichs geknüpft. Ich halte es, zumindest in Teilbereichen für nicht besonders gescheit, wenn man an jede Reform gleichzeitig auch neue Belastungen knüpft. Leider ist das auch bei diesem Reformversuch passiert. Es wurde schon gesagt, dass der Spitalskostenbeitrag, die Rezeptgebührenerhöhung mit der Tabakgebührenbesteuerung Hand in Hand gegangen ist. Im Bereich der Selbsthalte wurden neue Belastungen eingeführt. Ich meine, dass das ins-

gesamt keine adäquate Vorgangsweise ist, zumal Selbstbehalte natürlich nachhaltig kranke Menschen, alte Menschen, chronisch kranke Menschen und Frauen in einem übergeordneten Maß belasten.

Österreich liegt leider im Bereich der Selbstbehalte europaweit im Spitzenfeld. Andere Länder, beispielsweise die Niederlande, haben hier eine relativ geringe Belastung. In Österreich haben wir derzeit mit mehr als 18 Prozent bei der Belastung der Selbstbehalte eine Situation, dass im Durchschnitt jeder mit etwa 189 Euro per anno mit Selbsthalten belastet wird.

Bei älteren Menschen, bei hoch betagten Menschen, schlägt sich der Selbstbehalt mit über 500 Euro pro Jahr zu Buche und das bedeutet für viele Menschen in niedrigen Einkommenskategorien natürlich eine ungeheure Last. *(Abg. Paul Fasching: Das ist unfair was Sie von sich geben, Herr Landesrat. 30 Jahre waren Sie in der Regierung und haben nichts getan.)* Sie sollten sich mit den Zahlen und mit den Inhalten befassen. *(Abg. Paul Fasching: Schulden haben Sie hinterlassen, sonst nichts!)* Ich werde auch auf diesen Bereich zu sprechen kommen. *(Abg. Paul Fasching: Schulden haben Sie hinterlassen. 30 Jahre haben Sie Zeit gehabt!)*

Sie können sich dann anschließend zu Wort melden, wenn Sie etwas zu sagen haben zu diesem Thema. Darüber wäre ich sehr dankbar, Herr Präsident!

Dritter Präsident Dr. Manfred Moser *(das Glockenzeichen gebend)*: Bitte den Redner fortfahren zu lassen.

Landesrat Dr. Peter Rezar (SPÖ) *(fortsetzend)*: Herr Abgeordneter, Sie können sich die Statistiken im Bereich der Selbstbehalte vergegenwärtigen. Österreich liegt im Bereich der Selbstbehalte europaweit am fünften Platz. *(Abg. Paul Fasching: Das stimmt nicht! 30 Jahre haben Sie Zeit gehabt, die Selbstbehalte wegzubringen.)* Beweisen Sie mir das Gegenteil.

Dritter Präsident Dr. Manfred Moser: Am Wort ist der Redner, Herr Kollege Fasching. Das sind keine Zwischenrufe mehr, das ist ein Koreferat. Bitte fortzufahren Herr Landesrat.

Landesrat Dr. Peter Rezar (SPÖ) *(fortsetzend)*: Allein die Belastung bei den Selbsthalten, die insgesamt 35 Millionen Euro bringen wird, stelle ich gegenüber jenen Beiträgen, die die Versicherten bereits geleistet haben. Leistungen von 857 Millionen Euro, die nicht eingehoben werden.

Herr Kollege Fasching, ich frage Sie, würde man nur Teile davon einbringlich machen, bräuchte man die Patientinnen und Patienten nicht belasten. Warum macht man das nicht? Wir könnten drei Gesundheitsreformen dieser Konfiguration leicht finanzieren, wenn wir das täten. Ich sage nochmals, die Versicherten haben ihre Beiträge bereits geleistet. Das wäre ein adäquater Ansatz gewesen, ohne dass man die Menschen zusätzlich hätte belasten müssen. Das ist auch mein Zugang in diesem Zusammenhang.

Heute wurde auch auf die Inhalte sehr genau Bezug genommen. Vieles an Legistischem wird notwendig sein, um alle Vertragsinhalte erfüllen zu können. Die Länder haben bei diesen Verhandlungen großen Wert darauf gelegt, dass die ländereigenen Strukturen im Bereich der Gesundheitsplattformen möglichst beibehalten werden können. Das ist auf der einen Seite wichtig, auf der anderen Seite halte ich es auch für notwendig, dass wir mit möglichst schlanken Organisationsstrukturen das Auslangen finden, um auch tatsächlich mit hoher Effektivität künftighin arbeiten zu können.

Ich glaube, dass der Bereich der Logistik relativ leicht umsetzbar sein wird. Die Fragen der Umsetzung des Reformpools, die Fragen insbesondere der Zusammenführung des intra- und extramuralen Bereiches wird demgegenüber ungeheuer schwierig werden, weil wir hier ganz unterschiedliche Qualitäten vorfinden werden.

Daher wird es auch ein großes Verständnis brauchen, insbesondere der Institutionen der Interessensvertretungen, hier von gleichen Qualitätsstandards ausgehen zu können. Wir müssen durch eine verstärkte Zusammenführung der beiden Bereiche insbesondere Mehrfachbefundungen hintanhalten, die Kosten heute sehr sehr viel Geld. Hier ist es natürlich auch erforderlich, dass die Qualität im extramuralen Bereich, im niedergelassenen Bereich, jene Qualitätskriterien erreicht, die wir bereits in unseren Krankenanstalten vorfinden.

Wir brauchen auch hier entsprechende Instrumentarien um nachüberprüfen zu können, warum gewisse Überweisungen und Einweisungen erfolgt sind. Bei entsprechendem Fehlverhalten muss es auch hier Sanktionsmechanismen geben. Selbstverständlich werden wir unsere Hausaufgaben im Bereich der Krankenanstalten intern machen. Durch neue Verbundlösungen, durch eine Bündelung von Kompetenzen, werden wir hier mehr Effizienz erreichen müssen. Wir wollen auch verstärkt mit anderen Krankenanstalten zusammenarbeiten. All das soll im Interesse der burgenländischen Patientinnen und Patienten geschehen. Wir wollen sicherlich auch über den Tellerrand blicken und mit anderen Bundesländern derzeit bestehende Kooperationen intensivieren.

Insgesamt gesehen, stehen wir mit dieser Vereinbarung gem. Art. 15a erst am Beginn. Es wird sich zeigen, ob wir im Bereich des Reformpools alle Erwartungen erfüllen können. Ich denke, mit einigem Verständnis wird dies möglich sein. Ich habe in der jüngeren Vergangenheit bereits mehrfach alle Interessensgruppen an einem Tisch gehabt. Aber bereits hier war erkennbar, dass es ganz ganz schwierig sein wird, auch die entsprechenden Einsparungspotenziale zu erzielen.

Wenn jede Interessensgruppierung natürlich an der Aufrechterhaltung des Status quo allergrößten Wert legt, dann werden wir uns wahrscheinlich nicht sehr weit in die Zukunft entwickeln können. Die Mittel, die für den Reformpool vorzusehen sind, betragen für die Jahre 2005 und 2006 ein Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, für die Jahre 2007 und 2008 werden es dann insgesamt zwei Prozent sein. Das ist gar nicht so wenig Geld. Aber es müssen vernünftige Projekte sein, die es gemeinsam zu beschließen und umzusetzen gilt.

Wir werden jedenfalls aus unserer Verantwortung im intramuralen Bereich, sprich im Krankenanstaltenbereich, alles daransetzen, den Anforderungen entsprechend gerecht zu werden, damit wir dem allerhöchsten Gut unserer Bevölkerung, nämlich der Gesundheit auch in hoher Qualität künftighin begegnen können. Insofern bin ich froh, dass es zu diesem Reformwerk gekommen ist. Ich erwarte hier einen breiten Schulterschluss aller Verantwortungsträger. *(Beifall bei der SPÖ)*

Dritter Präsident Dr. Manfred Moser: Es liegt keine Wortmeldung mehr vor, der Herr Berichterstatter hat das Schlusswort. *(Abg. Dr. Ewald Ritter: Ich verzichte!)*

Der Herr Berichterstatter Dr. Ritter verzichtet auf das Schlusswort, wir kommen daher zur Abstimmung.

Ich ersuche jene Damen und Herren Landtagsabgeordneten, die dem Beschlussantrag zustimmen wollen, sich von den Plätzen zu erheben. -

Der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird gemäß Art. 81 Abs. 2 L-VG mehrheitlich zugestimmt.