

II-3764 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen

REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ
IV-50.004/126-2/85

des Nationalrates XVI. Gesetzgebungsperiode
 1010 Wien, den 29. Jänner 1985
 Stubenring 1
 Telefon 75 00 Telex 111145 oder 111780
 Auskunft

Klappe

Durchwahl

1746 IAB

1986 -01- 29

zu 1762 IJ

B e a n t w o r t u n g

der Anfrage der Abgeordneten Dr. STUMMVOLL und Genossen an den Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz betreffend fehlende Entscheidungen im Gesundheitsbereich (Nr. 1762/J)

In der gegenständlichen Anfrage werden folgende Fragen gestellt:

- "1) Welche Vorarbeiten haben Sie bisher zur umfassenden Regelung der Spitalsfinanzierung in Richtung eines leistungsgerechten Finanzierungssystems geleistet?
- 2) Wie ist Ihre Haltung zu den Vorschlägen von Wiens Vizebürgermeister Hans Mayr betreffend Kostenmodelle für das Wiener Spitalswesen?
- 3) Welche Vorschläge haben Sie zur effizienteren und wirtschaftlicheren Führung der österreichischen Spitäler?
- 4) Warum haben Sie diese Vorschläge bisher nicht durchgesetzt?
- 5) Was haben Sie bisher getan, um die medizinische Versorgung in Österreich zu einem integrierten System auszubauen?

-2-

- 6) Wie haben Sie dafür vorgesorgt, daß auf Grund des zu erwartenden enormen laufenden Finanzbedarfes des AKH die Gesundheitsversorgung in den übrigen Bundesländern bzw. in den übrigen Krankenanstalten der Stadt Wien nicht beeinträchtigt wird?
- 7) Welche Vorschläge haben Sie zur Einsparung der künftigen Betriebskosten des neuen AKH?
- 8) Wann wird die wichtige Frage der endgültigen Betriebsführungsgesellschaft für das neue AKH gelöst sein und halten Sie eine vorläufige Betriebsführung durch die VAMED bis zum Abschluß der Übersiedlungsphase als die beste Lösung?
- 9) Welche Folgen und Konsequenzen hat die Strukturreform der medizinischen Fakultät (Abschaffung der Doppelkliniken) im Hinblick auf den derzeitigen Stand der Planung und des Baues des neuen AKH (Raumkonzept, Haustechnik, Betriebsorganisaiton etc.) sowie auf den zukünftigen Weiterbau und den Betrieb des neuen AKH?
- 10) Haben Sie sich bei Ihrem Ministerkollegen Dallinger dafür eingesetzt, daß die in einem integrierten System der Gesundheitserziehung so wichtige Hauskrankenpflege als Pflichtleistung der Krankenversicherung anerkannt wird?"

Ich beeohre mich, die Anfrage wie folgt zu beantworten:

Zu 1):

Wie bekannt, werden derzeit in 18 österreichischen Krankenanstalten 4 verschiedene Modelle alternativer Finanzierungssysteme im Sinne des § 1 Abs. 2 Fondsgesetz für den Probebetrieb adaptiert. Für jedes der 4 vorgeschlagenen Systeme wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz eine eigene Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich ausschließlich mit den Problemen beschäftigt, die sich aus dem System und seiner Anwendbarmachung ergeben.

./.
www.parlament.gv.at

- 3 -

Diese Arbeitsgruppen berichten laufend dem Arbeitskreis für Strukturreformen, wobei ich hervorheben darf, daß der Probebetrieb in einigen Anstalten nicht erst Mitte des Jahres 1986 beginnen wird, wie dies im Gesetz vorgesehen ist, sondern bereits am 1. Jänner 1986 aufgenommen wurde.

Folgende Probeanstalten testen die alternativen Finanzierungsmodelle

<u>System</u>	<u>Probeanstalten</u>	<u>Testbeginn</u>
DRG-System	KH St. Pölten LKA Salzburg BKH Hall/Tirol LKH Feldkirch Elisabethspital Wien	1. Juli 1986
DRG-Vorbereitungssystem	LKH Laas KH Neunkirchen LKH Leoben	Vorerst Simulationsrechnungen Datengewinnung
Normkostensystem	LKH Mödling KH Elisabethinen Linz KH Bsr Ried/Innkreis KH BBr Eisenstadt	1. Jänner 1986
Kostenvorgabesystem	LKH Oberpullendorf LKH Villach KH Scheibbs LKH Vöcklabruck K.Franz-Josef-Spital Wien Diak. KH Schladming	1. Jänner 1986

Zu 2):

Der Vizebürgermeister der Stadt Wien und zugleich Amtsführender Stadtrat für Finanzen gibt in der Broschüre "Patient Krankenhaus" im wesentlichen Denkanstöße, wie man - ohne den derzeitigen Standard sowohl im medizinischen wie auch im sozialen Bereich zu gefährden - den Kostenanstieg im Krankenhaus langfristig mit der Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft in Übereinstimmung bringen könnte.

Er führt dazu im wesentlichen das DRG-System, das Normkosten- system und das Kostenvorgabesystem ins Treffen und vertritt darüber hinaus die Meinung, daß mit Hilfe eines Österreichischen

Krankenanstaltenplanes der Versuch gemacht werden sollte, bestimmte gesundheitspolitische Zielvorstellungen mit Hilfe eines Bonus-Malus Systems zu realisieren.

Wie aus meinen Ausführungen zu Frage 1 zu entnehmen ist, gehen die derzeit im Erprobungsstadium befindlichen Finanzierungsmodelle grundsätzlich durchaus konform mit den von Herrn Vizebürgermeister MAYR präsentierten Modellen.

Zu 3):

Die effiziente und wirtschaftliche Führung eines Krankenhauses ist von vielen Faktoren abhängig, wobei nicht nur im wirtschaftlichen Bereich, sondern auch im Bereich der ärztlichen Tätigkeit sicherlich noch viele Möglichkeiten vorhanden sind, die Effizienz zu steigern.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz hat in der Vergangenheit viele Verbesserungsvorschläge erstattet, ich denke z.B. an die Zwischenbetrieblichen Vergleiche, die für Anstalten bestimmter Bettengruppen, Anstalten, die man miteinander vergleichen kann, von meinem Ministerium erstellt und versendet werden und die die Möglichkeit bieten, Schwachstellenanalysen im wirtschaftlichen Bereich anzustellen und diese Schwachstellen dann zu bereinigen.

Ich verweise weiters auf den Gesamtbereich der Kostenrechnung und in diesem Zusammenhang auf die Bemühungen des Ressorts, die Kostenrechnung zu einem anstaltsinternen betriebswirtschaftlichen Entscheidungsinstrumentarium zu machen, um damit die Möglichkeit zu geben, die wirtschaftliche Führung der Anstalten zu verbessern.

Ich bemühe mich auch, die Organisationsabläufe in den Krankenanstalten zu durchleuchten; je effizienter diese gestaltet sind, desto kostengünstiger können die Patienten behandelt werden.

- 5 -

Schließlich wurden von meinem Ministerium in den letzten Jahren in allen Bundesländern sehr gut besuchte Schulungsveranstaltungen durchgeführt. Diese sollen gewährleisten, daß die Kostenrechnung von den Mitarbeitern des Krankenhauses voll beherrscht und angewandt wird, und daß die Ergebnisse und Dokumentationen laufend verbessert werden.

Zu 4):

Viele der Vorschläge, die vom KRAZAF zur Verbesserung der Effizienz und der Wirtschaftsführung in Krankenanstalten erstattet worden sind, wurden bereits realisiert. Dabei darf nicht übersehen werden, daß mein Ressort im Hinblick auf die Kompetenzlage im Grunde nur know how anbieten kann, daß wir aber nur wenig Möglichkeiten haben, bestimmte Vorstellungen auch zwangsweise durchzusetzen.

Zu 5):

Ich bekenne mich zu einem integrierten Sozial- und Gesundheitswesen, zu einem System, das den Patienten einer Behandlung dort zuführt, wo dies am kostengünstigsten möglich ist, sowie zu einem System, das den Patienten gesamtheitlich erfaßt, das heißt, daß er nicht nur seinen medizinischen, sondern auch seinen sozialen Bedürfnissen entsprechend behandelt wird.

Wenn auch die bestehenden Kompetenzaufteilungen sowie die Aufteilung der finanziellen Belastung auf viele Träger und Institutionen die Einführung integrierter Systeme erschwert, so sehe ich meine Aufgabe doch darin, die öffentliche Meinung zu sensibilisieren, um möglichst rasch zur Erarbeitung solcher Modelle zu kommen.

Schwerpunkte zur Entwicklung eines integrierten Systems der medizinischen Versorgung wurden jedenfalls auf den Gebieten der Schulgesundheitspflege, der Verbesserung der betriebsärztlichen Ausbildung, der Mutter-Kind-Betreuung sowie der Gesundheitserziehung gesetzt.

SCHULGESUNDHEITSPFLEGE:

Zur einheitlichen Vorsorgeuntersuchung der schulbesuchenden Jugend wurde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Sport ein Schulgesundheitsblatt erstellt und in Österreich eingeführt. Dieses Schulgesundheitsblatt wird mit einem Elternfragebogen und einem Mitteilungsblatt an die Eltern allen Schulen kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Auswertungen der Gesundheitsblätter der 1., 4., 8. und 12. Schulstufe werden planmäßig vom Österreichischen Statistischen Zentralamt durchgeführt und den Landesschul- und Landessanitätsbehörden übermittelt.

BETRIEBSÄRZTLICHE AUSBILDUNG:

In der Folge der Arbeitnehmerschutzgesetznovelle vom 20. Okt. 1982, BGBI. Nr. 544, werden für die künftige betriebsärztliche Betreuung nur solche Ärzte herangezogen, die zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im Sinne der Bestimmungen des Ärztegesetzes berechtigt sind und das für diese Tätigkeit notwendige Wissen auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin sowie auch Kenntnisse über die maßgeblichen Arbeitnehmerschutzzvorschriften nachweisen. Im Sinne der sich daraus ergebenden Notwendigkeit einer fundierten Ausbildung künftiger Betriebsärzte wurde das Ärztegesetz geändert (BGBI. Nr. 660 vom 14. Dezember 1983) und durch eine Verordnung vom 9. März 1984 (BGBI. Nr. 131) die bisherige Ausbildung von Betriebsärzten vertieft und erweitert. Zur Durchführung dieser Ausbildung wurde mit Hilfe des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz unter Mitarbeit des Bundesministeriums für soziale Verwaltung, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, sowie aller Interessenvertretungen im März 1984 die Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin gegründet. Von dieser Akademie wurden arbeitsmedizinische Ausbildungslehrgänge nach den vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz erstellten Grundlagen in den Jahren 1984 und 1985 bereits zweimal jeweils komplett durchgeführt.

- 7 -

MUTTER UND KIND:

Auf dem Gebiet der Gesundheit von Mutter und Kind wurden zwei Projekte ausgearbeitet, in denen nicht nur medizinische, sondern auch psychosoziale Risikofaktoren erfaßt werden sollen. Es soll ein Konzept erarbeitet werden, wie psychosoziale Dienste verstärkt in die Betreuung von Schwangeren und Mutter und Kind nach der Geburt eingebunden werden können.

Gesundheitserziehung:

In dem im September 1985 in Auftrag gegebenen Projekt "Modellversuch Gesundheitsbildung" soll ein integratives Konzept der Bewußtseinsbildung im Bereich des Gesundheitsverhaltens erarbeitet werden.

Zu 6):

Das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz hat in der Vergangenheit immer den Standpunkt vertreten, und ich vertrete diesen auch jetzt, daß die Form der Betriebsführung des AKH, gleichgültig wie sie sich gestaltet, feststehen muß, ehe man endgültige Aussagen darüber machen kann, wie sie sich auf das gesamte Versorgungssystem auswirkt.

Eines wird jedenfalls sicher sein, daß durch die Finanzierung des Betriebes des AKH die Finanzierung der übrigen Spitäler Österreichs mit Sicherheit nicht beeinträchtigt werden wird.

Zu 7):

Ich darf dazu feststellen, daß dem Problem der Kostenrechnung, der Effizienz der Leistungserstellung, dem Problem der optimalen Gestaltung der Betriebsabläufe im AKH im KRAZAF größte Bedeutung beigemessen wird. Um die Datengrundlagen zu optimieren, wurde auf Anregung des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz eine Arbeitsgruppe AKH installiert, deren wesentlichste Aufgabe es ist, optimale Entscheidungsgrundlagen zu erarbeiten.

Zu 8) und 9):

Diese Fragen betreffen Angelegenheiten, die nicht in den Vollzugsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz fallen.

Zu 10):

Über das humanitäre Anliegen einer verstärkten extramuralen Betreuung alter und kranker, auf die Hilfe Dritter angewiesener Personen besteht zwischen dem Bundesministerium für soziale Verwaltung und meinem Ressort durchaus Übereinstimmung.

Dabei darf aber nicht übersehen werden, daß die Schaffung der Voraussetzungen für derartige Betreuungsmaßnahmen als Aufgabe eines integrierten Sozial- und Gesundheitsdienstes (Gemeindesanitätsdienst) in die Kompetenz der Länder fällt. Dementsprechend haben die Länder auch bereits in gewissem Umfang derartige Einrichtungen geschaffen; in diesem Zusammenhang darf z.B. auf die in Wien mit großem Erfolg wirkenden "Mobilen Krankenschwestern" verwiesen werden.

Die sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften sehen bekanntlich bereits derzeit die Möglichkeit der Gewährung von Hauskrankenpflege vor, insbesondere auch durch Leistung von Zuschüssen sowie durch Kostenbeteiligung der Krankenversicherungsträger an Einrichtungen von Gebietskörperschaften, die Hauskrankenpflege durch entsprechendes Pflegepersonal zur Verfügung stellen. So wurden etwa im Jahre 1983 – wenn auch als freiwillige Leistung der Krankenversicherungsträger – unter diesem Titel rd. 12. Mio. S geleistet.

Dieser grundsätzlichen Bereitschaft der Sozialversicherung zur Kostenbeteiligung steht allerdings derzeit ein noch nicht ausreichendes Angebot an qualifizierten Diensten gegenüber, die – wenn auch koordiniert angeboten – von der reinen Sozialhilfe abgegrenzt werden müssen.

- 9 -

Aus gesundheitspolitischer Sicht sehe ich es als meine wesentliche Aufgabe an, eine Erweiterung des Angebotes an qualifiziertem Pflegepersonal – dessen Organisation wie erwähnt den Ländern obliegt – zu erreichen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz hat bereits in der Vergangenheit Modelle für die extra-murale Gesundheitsversorgung maßgeblich unterstützt, (z.B. Projekt "Mobile Krankenschwestern") und wird dies auch weiterhin tun.

Der Bundesminister:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Werner Kneissl".