



II- 584 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVII. Gesetzgebungsperiode

REPUBLIK ÖSTERREICH

Bundesminister für Gesundheit
 und öffentlicher Dienst
 DR. FRANZ LÖSCHNAK

A-1014 Wien, Ballhausplatz 1
 Tel. (0222) 66 15/0
 DVR: 0000019

11. Mai 1987

Zl. 353.260/27-I/6/87

An den
 Präsidenten des Nationalrates
 Mag. Leopold GRATZ

203/AB

1987-05-13

Parlament
 1017 Wien

zu 217/J

Die Abgeordneten zum Nationalrat Brennsteiner und Genossen haben am 25. März 1987 unter der Nr. 217/J an mich eine schriftliche parlamentarische Anfrage betreffend Neuordnung des Krankenanstaltenwesens gerichtet, die folgenden Wortlaut hat:

- "1) Wie weit sind die Vorarbeiten im Bereich der vorgesehenen Bettenreduzierung in den Krankenanstalten von Seiten des Ministeriums gediehen?
- 2) Gibt es hiezu bereits ein eigenes Modell?
- 3) Welche Überlegungen gibt es in diesem Zusammenhang mit einer Umstellung zu einer verstärkten Hauskrankenpflege?
- 4) Führt eine Reduzierung der sogenannten "Akutbetten" in Richtung Pflegetetten nicht zu einer weiteren Unterdeckung der ohnehin schon hohen Kosten der Krankenanstalten?"

Diese Anfrage beantworte ich wie folgt:

Zu Frage 1:

Die Krankenanstaltengesetz-Novelle 1985, BGBI.Nr. 565/1985, die mit 1. Jänner 1986 in Kraft getreten ist und insbesondere erstmals Höchstzahlen der systemisierten Betten für öffentliche und privat gemeinnützige Krankenanstalten län-

- 2 -

derweile festgesetzt hat, reduziert innerhalb von drei Jahren ab ihrem Inkrafttreten die Zahl der Akutbetten um 1.265.

Nach Erlassung der entsprechenden Landesausführungsgesetze und Anpassung der bestehenden Landeskrankenanstaltenpläne an die grundsatzgesetzlichen Höchstzahlen ist die erste Phase der Strukturbereinigung abgeschlossen.

Zu Frage 2:

Die bisherige analytische Bettenbedarfsformel, die auf der Planungsebene der einzelnen Abteilungen der Krankenanstalten nicht anwendbar ist, wurde verworfen und vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen wurde ein der neuen, spezialisierten Krankenanstaltenplanung entsprechendes statistisches Modell entwickelt, das bereits in die KAG-Novelle 1985 eingeflossen ist.

In Abhängigkeit vom durchschnittlichen Tagesbelag und von der durchschnittlichen Belagsdauer gibt diese Methode individuell eine prozentuelle untere und obere Schranke für den Belegungsgrad der systemisierten Betten der Abteilungen vor.

Wird z.B. festgestellt, daß der Ist-Belag einer Abteilung die Belagsuntergrenze (= untere Schranke) unterschreitet, so führt diese schlechte Auslastung der in einer Abteilung vorhandenen systemisierten Betten zu einer entsprechenden Akutbettenreduktion.

Mittlerweile wurde das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen mit der Weiterentwicklung und Verfeinerung der dem österreichischen Krankenanstaltenplan zugrundegelegten Bettenbedarfsformel beauftragt.

Im Sinne des Arbeitsübereinkommens der Koalitionsregierung, das eine spürbare Reduktion der Akutbetten vorsieht, wird die Krankenanstaltenplanung in Form einer kontinuierlichen Systemplanung weitergeführt, das Datenmaterial den aktuellen Gegebenheiten angepaßt und der Fondsversammlung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds laufend über die Planungsschritte, die Situation im Bereich der Akutbetten berichtet, um eine laufende Anpassung der gesetzlichen Grundlagen zu gewährleisten.

- 3 -

Zu Frage 3:

Eine "Verstärkung der Hauskrankenpflege" berührt in weiten Teilen wegen der damit verbundenen Finanzierungsfragen die Träger der Sozialversicherung. Gerade deshalb ist aber anzunehmen, daß nach Abschluß der unter den Punkten 1. und 2. genannten Strukturänderungen eine entsprechende Finanzierung der Hauskrankenpflege aus Mitteln der Sozialversicherungsträger erfolgen kann.

Zu Frage 4:

Ein Abbau von Akutbetten in Richtung Pflegebetten wird dann zu keiner negativen ökonomischen Auswirkung führen, wenn gleichzeitig eine leistungsgerechte Finanzierung unter Einbeziehung der Sozialversicherungsträger für die dann verbleibenden Akutbetten geschaffen wird. Durch die Erfassung der zu behandelnden Krankheiten (Einführung des Diagnoseschlüssels ICD-9) und Finanzierung der aus diesen Krankheitsbildern erwachsenden Kosten durch eines der zur Diskussion stehenden Finanzierungssysteme wird das dargestellte Problem einer Lösung zugeführt werden.

Frau (Idee)