

II-11256 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVII. Gesetzgebungsperiode

REPUBLIK ÖSTERREICH

BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Zl. 10.009/107-4/90

1010 Wien, den 23. Mai 1990
Stubenring 1
Telefon (0222) 75 00 NEUE TEL. NR. 711 00
Telex 111145 oder 111780
DVR: 0017001
P.S.K.Kto.Nr. 5070.004
Auskunft

5233 IAB

1990 -05- 23

Klappe Durchwahl

zu 5294 IJ

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

der Anfrage der Abgeordneten HARRICH und Freunde an den Bundesminister für Arbeit und Soziales betreffend Verwirklichung der im Bericht der Bundesregierung im Zusammenhang mit den Vorgängen im Krankenhaus Lainz gemachten Vorschläge und empfohlenen Reformen, Nr. 5294/J.

Zu den Fragen 1 - 3 nehme ich wie folgt Stellung:

- "1. Welche der im Bericht vorgeschlagenen bzw. empfohlenen Maßnahmen zur Reformierung des Gesundheitswesens haben Sie bereits realisiert?
2. Welche haben Sie bereits zu verwirklichen begonnen und wie lange wird die vollständige Umsetzung noch dauern?
3. Welche haben Sie noch nicht in Angriff genommen und warum nicht?"

ANTWORT:

I. SOZIALVERSICHERUNG:

Der Bericht der Bundesregierung zur Entschließung des Nationalrates vom 26. April 1989, E 113-NR/XVII.GP, anlässlich der Verhandlung des Berichtes des Bundesministers für Inneres im Zusammenhang mit den Vorgängen im Krankenhaus Lainz befaßt sich im wesentlichen mit dem Gesundheitswesen, dem Krankenanstaltenwesen sowie mit der Ärzteausbildung. Belange der Sozialversicherung werden nur am Rande berührt und zwar mit der auf Seite 19 des Berichtes erwähnten Hauskrankenpflege, einer von der Sozialversicherung gewährten freiwilligen Leistung.

Die Abgeordneten Mag. Guggenberger, Dr. Müller, Weinberger, Strobl und Genossen haben im Jahre 1989 an mich eine parlamentarische Anfrage betreffend Hauskrankenpflege als Pflichtleistung der Sozialver-

- 2 -

sicherung (Nr. 3657/J) gerichtet. Die anfragestellenden Abgeordneten vertraten die Auffassung, daß die Betreuung von Kranken außerhalb der Spitäler durch diplomiertes Krankenpflegepersonal zusehends an Bedeutung gewinne, da Hauskrankenpflege patientenfreundlicher sei und zu einer Entlastung der teuren Spitalsbetten führe. Derzeit werde die Möglichkeit der Hauskrankenpflege allerdings noch nicht flächendeckend angeboten. Unter dem Hinweis darauf, daß die Bundesregierung in ihrer Regierungserklärung eine Novellierung des ASVG mit dem Ziel angekündigt habe, die Hauskrankenpflege als Pflichtleistung der Krankenkassen anzuerkennen, haben die anfragestellenden Abgeordneten an mich die Frage gerichtet, was der Verwirklichung der Ankündigung der Bundesregierung entgegenstehe, die Hauskrankenpflege als Pflichtversicherung der Krankenversicherung anzuerkennen.

Ich habe auf diese Anfrage am 22. Juni 1989 folgendes geantwortet:

Entsprechend dem Arbeitsübereinkommen über die Bildung einer gemeinsamen Bundesregierung für die Dauer der XVII. Gesetzgebungsperiode (Koalitionsübereinkommen) ist in der gegenwärtigen Legislaturperiode eine spürbare Reduktion der Akutbetten in den Spitälern und als flankierende Maßnahme hiezu die Übernahme der Hauskrankenpflege als Pflichtleistung der Krankenkassen vorgesehen.

In der Erklärung der Bundesregierung vom 28. Jänner 1987 ist zur gegenständlichen Thematik folgendes festgehalten:

"Die Zahl der Akutbetten wird herabgesetzt. Möglichst viele medizinische Leistungen sollen aus dem Bereich der stationären Spitalsbehandlung in den Bereich der Ambulanzen, bzw., soweit wie möglich, aus dem Spitals- und Ambulanzbereich gänzlich in die Betreuung durch die niedergelassenen Ärzte bzw. durch die Hauskrankenpflege transferiert werden. Dieser Transfer von bisherigen Spitalsleistungen hin zur persönlichen Betreuung wird durch eine verbesserte Ärzteausbildung und neue Organisationsformen wie Ordinationsgemeinschaften, Gruppenpraxen und Praxiskliniken ergänzt werden."

Bedingung für eine Ausweitung der Hauskrankenpflege ist demgemäß eine Reduktion der Zahl der Akutbetten, welche im Rahmen der neuen Verein-

- 3 -

barung über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1988 bis 1990, BGBl.Nr. 619/1988, auch festgelegt wurde. Danach sind die Vertragsparteien übereingekommen, österreichweit die Zahl der Akutbetten um 2600 zu verringern, was jedoch bis dato noch nicht geschehen ist.

Daraus folgt, daß der gesamte Fragenkomplex "Hauskrankenpflege als Pflichtleistung" nur im Zusammenhang mit der neuen KRAZAF-Vereinbarung und deren Durchführung gesehen werden darf.

In diesem Sinne ist die Umwandlung der Hauskrankenpflege von einer freiwilligen Leistung in eine Pflichtleistung durchaus möglich. Allerdings müssen die Überlegungen, die den geltenden Bestimmungen über die Hauskrankenpflege zugrundeliegen, auch für eine Hauskrankenpflege als Pflichtleistung Gültigkeit haben.

So ist insbesondere klarzustellen, daß Hauskrankenpflege eine Leistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit ist. Die Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Personen stellt keine Krankenbehandlung dar und fällt daher nicht in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch Gewährung der Hauskrankenpflege soll die Aufenthaltsdauer im Spital reduziert werden. Die Krankenbehandlung, die im Prinzip sonst in einer Krankenanstalt erbracht werden würde, soll also im Wohnbereich des Patienten erfolgen. Daraus folgt insbesondere, daß nur besonders qualifiziertes Fachpersonal mit Aufgaben der Hauskrankenpflege unter ärztlicher Aufsicht zu betrauen ist. Das sind "Diplomkrankenschwestern" bzw. "Diplomkrankenpfleger", die eine im § 10 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl.Nr. 102/1961, geregelte Ausbildung für den Krankenpflegefachdienst absolviert haben.

Nicht zuletzt darf auch die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger durch die Leistungserbringung aus dem Titel der Hauskrankenpflege nicht beeinträchtigt werden. Das heißt, bei einer Umwandlung der Hauskrankenpflege in eine Pflichtleistung wären

- 4 -

die in den KRAZAF fließenden Mittel der Träger der Krankenversicherung um denselben Betrag zu verringern, der unter diesem Titel von den Trägern aufgewendet wird.

Dazu kommt noch folgendes: In der derzeit geltenden Vereinbarung über den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) ist vorgesehen, daß die Länder zusätzliche Mittel für strukturverbessernde Maßnahmen erhalten, die zur Entlastung des stationären Akutbereiches in den Krankenanstalten führen. 1988 betragen diese Mittel ca. 700 Mio. S, 1989 ca. 768 Mio. S und 1990 werden dafür voraussichtlich ca. 794 Mio. S bereitgestellt werden. Die Aufteilung dieser Gelder auf die einzelnen strukturverbessernden Maßnahmen obliegt den Ländern. Bedauerlicherweise haben nicht alle Länder diese Mittel so verwendet, daß damit eine Entlastung des stationären Akutbereiches erfolgen kann. So hat etwa das Land Salzburg 90 % der Mittel für die Landeskrankenanstalten Salzburg, 2 % für Maßnahmen in anderen Krankenanstalten und nur 8 % für extramurale Maßnahmen ausgegeben. Oberösterreich hat für Umbaumaßnahmen und medizinisch-technische Großgeräte in Krankenanstalten 87 % der Mittel verwendet, für Notarztwagen 7 %, für Pflegeheime 4 % und für extramurale Dienste 2 %. Solange zumindest einzelne Bundesländer die ihnen für strukturverbessernde Maßnahmen zugeteilten Mittel zum Ausbau von Krankenanstalten und nicht zum Abbau von Akutbetten verwenden, sind die Voraussetzungen für die Einführung der Hauskrankenpflege als Pflichtleistung der Krankenversicherung nicht gegeben.

II. VERSORGUNGS-, SOZIALHILFE- UND BEHINDERTENANGELEGENHEITEN:

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales betreut vorrangig die Arbeitsgruppe "Vorsorge für pflegebedürftige Personen", die Ende 1988 aufgrund einer EntschlieÙung des Nationalrates eingerichtet wurde. Mittlerweile liegen die Ergebnisse aus den drei gebildeten Arbeitsausschüssen und der Bericht der Arbeitsgruppe an den Nationalrat im Entwurf vor. Dabei kann eine große Parallelität in den zentralen Aussagen und Zielvorstellungen festgestellt werden:

Die ganzheitliche Betrachtung des kranken Menschen hat als Leitlinie in dem Entwurf des Berichtes Aufnahme gefunden.

- 5 -

Das Prinzip der Subsidiarität (im Sinn des Expertenberichtes) und auf ihm fußend der Vorrang des Vorbeugens gegenüber dem Heilen, des ambulanten Sektors gegenüber dem stationären usw. sind ebenfalls mehrfach eingefordert worden.

Fließende Übergänge (Rehabilitation schon in den Krankenhäusern, Nachsorge, Übergangspflege unter Einbeziehung pflegewilliger Angehöriger, ...) und neue Pflegeformen (Ausbau der Gruppenpflege in Wohngemeinschaften und Wohngruppen, keine neuen Großheime sowie Umbau bestehender, ...) sollen eine menschengerechte Behandlung der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen auf allen Ebenen wie auch beim Wechsel zwischen ihnen gewährleisten.

Schließlich ist das Erfordernis einer Personalvermehrung auf allen Ebenen ebenso mehrfach zum Ausdruck gebracht worden wie die Notwendigkeit einer verbesserten Ausbildung des Personals unter besonderer Beachtung einer Stärkung der psychosozialen Fähigkeiten und ständig möglicher Supervision. Angesprochen wurde auch, daß Teilzeitbeschäftigung und Rotationsmöglichkeiten angeboten werden sollen.

Die nunmehr vorliegenden Ergebnisse der Arbeitsausschüsse sollen am 22. Mai 1990 im Plenum der Arbeitsgruppe diskutiert werden. Anschließend wird der Bericht der Arbeitsgruppe dem Nationalrat und damit dem politischen Willensbildungsprozeß zugeleitet werden.

III. ARBEITSRECHT UND ARBEITNEHMERSCHUTZ:

A. Ich hatte für den 8. Feber 1990 zu einer Enquete eingeladen, in deren Rahmen Lösungsansätze für vertretbare Arbeitszeiten für Arbeitnehmer in Krankenanstalten diskutiert wurden. Anlaß zu dieser Enquete waren zahlreiche Feststellungen der Arbeitsinspektion, daß die im Arbeitszeitgesetz vorgesehenen Arbeitszeiten für das Ärzte- und Pflegepersonal (maximal 13 Stunden täglich, 60 Stunden wöchentlich) nicht eingehalten werden. Bei den Erhebungen wurden ununterbrochene Dienstzeiten bis zu 72 Stunden und Wochendienstzeiten bis zu 100 Stunden festgestellt. Derartige Arbeitszeiten sind sowohl im Interesse einer effizienten, sachgerechten Betreuung der Patienten als auch aus der Sicht des Arbeitnehmerschutzes nicht länger tolerierbar.

Als Ergebnis der Enquete ist folgendes festzuhalten:

- 1) Es soll eine Arbeitsgruppe eingesetzt werden, die außerhalb des Arbeitszeitgesetzes eine Arbeitszeitregelung für alle Bediensteten in Krankenanstalten erarbeiten soll. Dabei könnten vorerst längere Arbeitszeiten zugelassen werden. Parallel zur Verbesserung der Personalsituation sollen die Arbeitszeiten schrittweise verkürzt werden.
- 2) Diese Arbeitszeitregelung soll künftig für alle Krankenanstalten - unabhängig vom jeweiligen Rechtsträger - gelten. Derzeit sind Krankenanstalten der Gebietskörperschaften vom Geltungsbereich des Arbeitszeitgesetzes ausgenommen.

Die Arbeitsgruppe, der Vertreter der Ärzteschaft, des Krankenpflegedienstes und der Krankenanstalten angehören, hat am 22. März 1990 ihre Arbeit aufgenommen. Bis zur nächsten Sitzung, die für den 28. Mai 1990 in Aussicht genommen ist, sollen Aufstellungen über die derzeit erforderlichen Arbeitszeiten von den Ärzten und Spitalserhaltern vorgelegt werden, über die dann zu diskutieren sein wird.

Wie lange die Ausarbeitung einer neuen Arbeitszeitregelung dauern wird, ist derzeit noch nicht abzusehen. Ich werde mich jedoch bemühen, möglichst rasch zu einer befriedigenden Regelung zu kommen.

- B. Auf Seite 12 des Berichtes der Bundesregierung wird auf die geltende Rechtslage hingewiesen, wonach Krankenanstalten, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Arbeitnehmerschutzgesetzes am 1. Jänner 1973 bereits bestanden haben, nicht der Bewilligungspflicht nach § 27 des Arbeitnehmerschutzgesetzes unterliegen. Somit besteht bei einem Großteil der Krankenanstalten für die Arbeitsinspektorate erst dann die Möglichkeit, bei der zuständigen Behörde Maßnahmen zu beantragen, wenn dies zum Schutz des Lebens und der Gesundheit der Arbeitnehmer unbedingt notwendig ist. Dieses Problem wurde bereits in die Vorarbeiten zu einer Novelle

- 7 -

zum Arbeitnehmerschutzgesetz einbezogen. Über die Dauer der vollständigen Umsetzung dieser legislativen Maßnahmen können keine genauen Angaben gemacht werden, da dies vom Verlauf der Verhandlungen der Sozialpartner abhängig ist.

Die übrigen Vorschläge betreffen organisatorische und legislative Maßnahmen, die von den Ländern zu treffen sind (Seite 12, letzter Absatz und Seite 13, erster Absatz). Im Interesse einer möglichst schnellen Verwirklichung dieser Maßnahmen wird bereits seit einiger Zeit durch eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit betont, daß die Organe der Arbeitsinspektion neben der Wahrnehmung ihrer Kontrollaufgaben gemäß § 2 Abs. 2 ArbIG 1974 ausdrücklich zur Beratung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern im Bereich des Arbeitnehmerschutzes verpflichtet sind.

Der Bundesminister:

