



XXIII. GP.-NR

1998/AB

10. Jan. 2008

zu 2234 /J

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag^a. Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

GZ: BMGFJ-11001/0200-I/A/3/2007

Wien, am 7. Jänner 2008

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 2234/J der Abgeordneten Ing. Hofer, Dr. Belakowitsch-Jenewein und weiterer Abgeordneter wie folgt:

Frage 1:

Im Jahr 2006 meldeten die österreichischen Krankenhäuser insgesamt 63.354 tatsächlich aufgestellte Betten. Davon standen 48.870 Betten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Spitälern zur Verfügung. Weiters gab es 4.074 Betten in sonstigen Akutspitälern (Unfallkrankenhäuser und Sanatorien) und 10.410 Betten in Rehabilitations- und ähnlichen Einrichtungen sowie im Bereich der Langzeitversorgung.

Hinsichtlich der Kosten dieser Betten liegen mir nur Angaben von landesgesundheitsfondsfinanzierten Spitälern vor. Im österreichweiten Durchschnitt betrugen sie im Jahr 2006 € 189.900 je Bett.

Die Verteilung der Betten (und Kosten je Bett) nach Bundesländern stellt sich für das Jahr 2006 wie folgt dar:

	Akutsektor			Nicht-Akutsektor	Betten insgesamt
	landesgesundheitsfondsfinanzierte Spitäler		sonstige Akutspitäler	Reha- und Langzeit-spitäler	
	tats. Betten	durchschn. Kosten je tats. Bett (€)	tats. Betten	tats. Betten	tats. Betten
Burgenland	1.249	141.479	0	384	1.633
Kärnten	3.638	172.650	596	1.007	5.241
Niederösterreich	8.137	155.785	88	2.356	10.581

Oberösterreich	8.713	170.059	363	1.375	10.451
Salzburg	3.392	164.776	513	859	4.764
Steiermark	6.921	183.617	745	2.847	10.513
Tirol	4.165	180.552	377	273	4.815
Vorarlberg	1.993	152.236	183	0	2.176
Wien	10.662	266.487	1.209	1.309	13.180
Österreich	48.870	189.903	4.074	10.410	63.354

Fragen 2 und 3:

Aus den mir zur Verfügung stehenden Daten, die von den Krankenanstalten auf Basis des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen (BGBl. I Nr. 144/2003 i.d.g.F.) bzw. der darauf basierenden Verordnungen zu melden sind, ist nicht erkennbar, ob bzw. wie viele Krankenhausbetten von Pflegebedürftigen, die kein Akutbett benötigen, belegt werden.

Fragen 4 und 5:

Definiert man „Privatkliniken“ unabhängig vom Status der Gemeinnützigkeit als Spitäler in privater Eigentümer- bzw. Trägerschaft (das sind geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften, Privatpersonen und -gesellschaften, Vereine und Stiftungen), so verfügten die insgesamt 107 Spitäler in privater Trägerschaft im Jahr 2006 über 17.413 Betten bzw. die 70 privaten Akutspitäler über 12.032 Betten.

Von den 107 Spitälern in privater Trägerschaft waren 65 nicht gemeinnützig geführte Krankenanstalten mit 5.195 Betten (darunter 34 Häuser, die dem Akutsektor zuzurechnen sind, mit insgesamt 3.086 Betten).

Aus den mir zur Verfügung stehenden Daten ist nicht erkennbar, ob bzw. wie viele Betten in Privatkliniken von Pflegebedürftigen, die kein Akutbett benötigen, belegt werden. Die zu den Fragen 2 und 3 erläuterte Schätzung kann wegen des in Privatkliniken unterschiedlichen PatientInnenspektrums nicht angewendet werden.

Frage 6:

Aus Rehabilitationseinrichtungen wurden im Jahr 2006 6.853 tatsächlich aufgestellte Betten gemeldet. Zusätzlich gab es 278 Betten in als Genesungsheime genehmigten Spitälern. Die Betten in Rehabilitations- und Genesungseinrichtungen verteilten sich auf 3.989 Betten in Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft (Gebietskörperschaften, Sozialversicherung und Fürsorgeverbände) und 2.864 Betten in Einrichtungen in privater Trägerschaft (geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften, Privatpersonen und -gesellschaften, Vereine und Stiftungen).

Fragen 7 und 8:

Aufgrund der meinem Ressort auf Basis des Dokumentationsgesetzes zur Verfügung stehenden anonymisierten Daten und aufgrund fehlender Informationen darüber, ob Wiederaufnahmen aufgrund mangelhafter Pflege oder Betreuung nach dem Erstaufenthalt erfolgt sind, ist eine Beantwortung dieser Frage nicht möglich. Auch liegen mir keine Kostendaten der Rehabilitationseinrichtungen vor.

Der Hauptverband hält dazu fest, dass Fälle, in denen Patienten wegen mangelhafter Pflege oder Betreuung nach einem Erstaufenthalt wieder aufgenommen werden mussten, ihm nicht bekannt geworden sind. Inhaltlich weist er darauf hin, dass mangelnde Pflege schon von den Organisation- und Rechtsgrundlagen her kein ausreichender Grund für die Fortsetzung oder den Neubeginn eines Rehabilitationsaufenthaltes ist. Dies nicht zuletzt deshalb, weil Rehabilitationseinrichtungen auch personell für Pflegefälle nicht besetzt sind.

Frage 9:

Entsprechend den Einschätzungen von ExpertInnen wird eine, wenngleich nicht die einzige, Ursache für eine allfällige verzögerte Entlassung von PatientInnen, bei denen der Pflegebedarf gegenüber dem medizinischen Behandlungsbedarf im Vordergrund steht, in den geringen Kapazitäten im stationären und ambulanten Pflegebereich gesehen.

Meinem Ressort liegen allerdings für diesen Bereich weder Ist-Stands-Zahlen noch Bedarfsschätzungen vor, da diese Angelegenheit in die Zuständigkeit des BMSK bzw. in die Zuständigkeit der Länder fällt.

Frage 10:

Bereits vor und während eines Krankenhausaufenthalts sollte Entlassungsmanagement bzw. Überleitungspflege professionell geplant und organisiert werden. Nur durch derartige rechtzeitige Interventionen und damit verbundenen Maßnahmen ist eine zielgerichtete Begrenzung von Aufenthalts- und Folgekosten gewährleistet und überschaubar.

Frage 11:

Wesentlich in diesem Zusammenhang ist die optimale interdisziplinäre Zusammenarbeit, um Schnittstellen zu Verbindungsstellen werden zu lassen.

Frage 12:

Im Herbst 2007 starteten im KAV (Akademie für Fort- und Sonderausbildung) und im Krankenhaus Göttlicher Heiland Lehrgänge mit 20 bzw. 16 Ausbildungsplätzen, sodass 36 ausgebildete Entlassungsmanager Ende 2008 zur Verfügung stehen. Im KAV werden bis 2010 schrittweise 77 Dienstposten geschaffen. Damit können bereits rund 80 Prozent des Bedarfs gedeckt werden. Insgesamt werden für ein flächendeckendes Entlassungsmanagement in allen an PIK teilnehmenden Krankenanstalten 95 Vollzeitkräfte benötigt. Mit dem jährlichen Angebot der Entlassungsmanagement-Ausbildung ist damit zu rechnen, dass mit Ende 2009 alle Krankenanstalten über professionelle Entlassungsmanager/-innen verfügen.

Das Projekt Patienten/-innenorientierte integrierte Krankenbetreuung - PIK gehört zu den sogenannten "Reformpoolprojekten". Diese Projekte werden jeweils zur Hälfte von der Stadt Wien und der Sozialversicherung realisiert. Ziel aller Reformpoolprojekte ist es, Leistungen, wo sinnvoll und für beide Seiten vorteilhaft, zwischen intramuralem und extramuralem Bereich zu verschieben.

Einige andere Krankenhäuser in Österreich haben ähnliche Projekte eingeführt wie beispielsweise Donauespital im SMZ-Ost, KH der Barmherzigen Schwestern, St. Josef KH in Wien; in den Bundesländern LKH Feldkirch, LKH Leoben, KH der Elisabethinen (Linz), LKH Steyr (Gespag) u.v.a.

Frage 13:**Vorteile für Patienten/-innen**

- umfassende Information über bestehende Betreuungs- und Pflegemöglichkeiten und Organisation geeigneter mobiler Angebote; Patienten/-innen bzw. deren Angehörige ersparen sich dadurch viel Zeit und Mühe
- raschere poststationäre Gesundung durch vermehrte Mitentscheidung, reduzierte Unsicherheit und besseres Krankheitsmanagement
- Vermeidung von unnötigen Hospitalisierungseffekten
- geringere Kosten durch weniger Spitalskostenbeiträge für stationäre Betreuung
- erhöhte Patienten/-innenzufriedenheit durch Einbeziehung von Patienten/-innen und Angehörigen in die poststationäre Pflege- und Betreuungsplanung

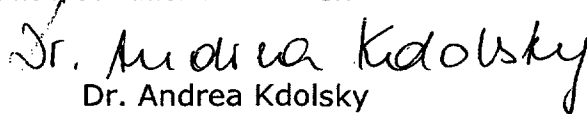
Vorteile für die Sozialversicherung

- Vermeidung von Doppeluntersuchungen durch besseres Schnittstellen- bzw. Verbindungsstellenmanagement
- Kostenreduktionen im intramuralen Bereich könnten à la longue zu zusätzlichen finanziellen Mitteln im extramuralen Bereich führen

Vorteile für die Länder und Gemeinden

- bessere Planbarkeit der ambulanten Hilfsleistungen;
- Einsparung von Spitaltagen in öffentlichen Spitälern durch verkürzte Aufenthaltsdauer und reduzierte Wiederaufnahmeraten
- hochqualifiziertes medizinisches Personal wird der Qualifikation gemäß eingesetzt, "berufsfremde" Tätigkeiten wie "Entlassungsmanagement nebenbei" werden reduziert (ein Turnusarzt muss nicht "Essen auf Rädern" organisieren)
- Entlastung des Stationspersonals, höhere Arbeitszufriedenheit; Krankenhauspersonal hat mehr Zeit für Kernaufgaben
- es wird vermieden, dass Patienten/-innen, die keiner Spitalspflege mehr bedürfen, länger als nötig im Krankenhaus bleiben müssen, weil sich noch keine extramurale Lösung gefunden hat.
- Reduktion des administrativen Aufwands in der Aufnahme und Entlassung durch optimierte Abläufe.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Andrea Kdolsky
Bundesministerin