

4688/AB XXIII. GP

Eingelangt am 03.09.2008

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für Gesundheit, Familie und Jugend

Anfragebeantwortung



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

GZ: BMGFJ-11001/0123-I/A/3/2008

Wien, am 1. September 2008

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 4684/J der Abgeordneten Grünewald, Freundinnen und Freunde** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Eingangs verweise ich darauf, dass mein Ressort mit der gegenständlichen Anfrage auch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger, die Österreichische Ärztekammer sowie die Gesundheit Österreich GmbH-Geschäftsbereich ÖBIG befasst hat.

Fragen 1 bis 5:

Die angefragten Daten sind den Beilagen 1 – 4 zu entnehmen.

Frage 6:

Seit etwa einem Jahr beschäftigt sich eine von mir eingesetzte Subkommission des Obersten Sanitätsrates „Ärztliche Weiterbildung in der Geriatrie“ mit einer spezifischen Aus- und Weiterbildung in der Geriatrie. Ziel ist die bessere

Qualifikation und Kompetenzerweiterung im Hinblick auf die demographische Entwicklung.

Als Kompromiss bahnt sich die Einführung eines Additivfaches Geriatrie an, welches über die Sonderfächer Innere Medizin, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Neurologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation erreicht werden kann. Nach Einführung des FA für Allgemeinmedizin soll auch dieser Zugang zum neu geschaffenen Additivfach haben.

Frage 7:

Im Erhebungsjahr 2007 (Stand: 15.7.2008) waren in den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 1.139 nicht-bettenführende Bereiche (Laborinstitute, Röntgeninstitute, Ambulanzen, etc) eingerichtet.

Über die Anzahl der Patient/inn/en liegen meinem Ressort keine Informationen vor. Im Wege der Krankenanstaltenstatistik werden die Frequenzen (Besuche) ambulanter Patient/inn/en auf einzelnen Kostenstellen erhoben. Dabei ist zu beachten, dass die Einrichtung von Kostenstellen im Verantwortungsbereich der Krankenanstaltenträger liegt. Dies kann zur Folge haben, dass je nach Organisationsstruktur des jeweiligen Krankenhauses einzelne (vergleichbare) Bereiche in den Krankenanstalten unterschiedlich differenziert dargestellt werden. Je detaillierter die Einrichtung der Kostenstellen erfolgt, desto mehr Kostenstellen sind vorhanden. Dies bedeutet - da die Erhebung der Frequenzen je Kostenstelle erfolgt -, dass eine Frequenz (Besuch) im Krankenhaus A, im Krankenhaus B aufgrund differenzierterer Kostenstellendarstellung mit mehreren Frequenzen abgebildet sein kann.

Die Anzahl der ambulanten Frequenzen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten gegliedert nach Bundesländern, Bezirken und Jahren ist der Beilage 5 (Nicht-bettenführende Bereiche in FKH) zu entnehmen. Bei den Daten betreffend das Erhebungsjahr 2007 handelt es sich um vorläufige Daten, da diese Daten derzeit noch einer abschließenden Überprüfung unterzogen werden (Stand: 15.7.2008).

Von den PRIKRAF-Krankenanstalten liegen meinem Ressort keine diesbezüglichen Informationen vor.

Frage 8:

Selbstständige Ambulatorien sind im Gegensatz zu bettenführenden Krankenanstalten nicht verpflichtet, auf Basis des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen (BGBl. Nr. 745/1996 i.d.g.F.) und der darauf basierenden Verordnungen regelmäßig Daten über ihre Ressourcen, Inanspruchnahme und erbrachten Leistungen zu melden.

Da es keine zentrale Registrierung der Gesundheitsdienste gibt, sind die einzigen Informationsquellen über die selbstständigen Ambulatorien die für die Krankenanstalten zuständigen Bundesländer bzw. die Ämter der Landesregierungen. Seitens meines Ressorts wurden deshalb im Jahr 2007 die Ämter der Landesregierungen ersucht, eine Erhebung der selbstständigen Ambulatorien im jeweiligen Bundesland mit Stichtag 31.12.2006 durchzuführen.

Aus den nunmehr vorliegenden Ergebnissen kann eine Auflistung (Beilage 6, Selbstständige AMB) der selbstständigen Ambulatorien gegliedert nach Bezirken

und Bundesländern für das Jahr 2006 zur Verfügung gestellt werden, demnach waren im Jahr 2006 755 selbstständige Ambulatorien geöffnet. Zur Anzahl der privaten Institute mit Vertrag wurde für die Jahre 2002 und 2007 auf Basis der Angaben der jeweiligen Gebietskrankenkassen seitens des Hauptverbandes die beiliegende Auflistung zur Verfügung gestellt (Beilage 7).

Frage 9:

Ich verweise auf die beiliegende Tabellen (Beilagen 8+9).

Fragen 10 und 11:

Aus Sicht der sozialen Krankenversicherung ist die Versorgung ausreichend.

Frage 12:

Zum Vergleich der Versorgungssituation in den neun Bundesländern gibt es seit 1997 das Erfassungs- und Auswertungsprogramm „Regiomed“ bzw. weitergehende Analysen der Krankenversicherungsträger.

Frage 13:

Die Zusammenführung von Vertragsarztpraxen könnte für die Versicherten Vorteile des besseren Hand-in-Hand-Arbeitens bieten, wenn die Behandlungsprozesse neu bzw. integrativer gestaltet werden. Zusätzlich sollte auch der Vorteil der besseren Erreichbarkeit erwähnt werden: nicht nur „Hand-in-Hand-Arbeiten“, auch fachlich monocolorre Einrichtungen sind denkbar (z.B. Orthopädie), in denen dann wesentlich länger ärztliche Versorgung zur Verfügung steht, wie z.B. auch bis zum späten Abend oder an Wochenenden. Damit könnten bei Verfügbarkeit im ländlichen Raum Wegstrecken bis zur nächsten Ambulanz verkürzt bzw. die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen reduziert werden. Leider muss ich darauf hinweisen, dass das Projekt AVZ im Jahr 2007 auf Grund des Widerstandes der ärztlichen Standesvertretung nicht weiter betrieben werden konnte.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Andrea Kdolsky
Bundesministerin

Anmerkung der Parlamentsdirektion:

Die vom Bundesministerium übermittelten Anlagen stehen nur als Image (siehe **Anfragebeantwortung gescannt**) zur Verfügung.