

## **ANFRAGE**

der Abgeordneten Dr. Belakowitsch-Jenewein  
und weiterer Abgeordneter  
an die Bundesministerin für Gesundheit  
**betreffend Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung  
(RH-Bericht Bund 2015/17)**

### **Kurzfassung aus dem Rechnungshofbericht**

Der Einfluss des Bundes auf die österreichische Krankenanstaltenplanung beschränkte sich im Wesentlichen auf die Vornahme einer Rahmenplanung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung. Die konkreten Planungen erfolgten auf Landesebene; der Bund konnte zu den Krankenanstaltenplänen der Länder nur unverbindliche Stellungnahmen abgeben. Gegenüber dem bis zum Jahr 2005 gültigen Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) war der ab dem Jahr 2006 gültige Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) für die Planungen auf Landesebene weniger klar verbindlich. Der ÖSG wies auch einen geringeren Informationsgehalt bei der Planung der stationären Kapazitäten auf, der in späteren Revisionen des ÖSG noch schrittweise reduziert wurde.

Stärker als der ÖKAP/GGP betonte der ÖSG die integrative Planung nicht nur des stationären, sondern auch des ambulanten, des Rehabilitations- und des Pflegebereichs. Allerdings enthielt er quantitative Planungsaussagen zunächst nur für den stationären Akutbereich. Der ÖSG enthielt zwar auch das Ziel einer überregionalen Abstimmung im Sinne einer länderübergreifenden Versorgungsplanung, die diesbezüglichen Fortschritte waren aber gering. So betrug der Anteil der inländischen Gastpatienten an den stationären Aufenthalten österreichweit rd. 10 %, in Wien sogar 20 %; die Länder gingen in ihren Planungen aber kaum auf Gastpatientenströme ein.

Zentrale Steuerungsmöglichkeiten durch Monitoring und Evaluierungen waren begrenzt. Auch die Einführung der „Zielsteuerung- Gesundheit“ im Jahr 2013 trug nicht zur Stärkung der Steuerungs- und Koordinationsfunktion des Bundes bei.

**Daraus ergeben sich folgende Empfehlungen des RH:**

- (1) Der ÖSG sollte — so wie früher der ÖKAP/GGP — zum Bestandteil künftiger Art. 15a–Vereinbarungen gemacht werden. (TZ 3)
- (2) Das BMG sollte auf eine Beseitigung der begrifflichen Unklarheiten betreffend das Verhältnis von Rahmenplanung und Detailplanung hinwirken und klarstellen, dass die im ÖSG vorgegebenen Grenzen nicht missachtet werden dürfen. (TZ 8)
- (3) Das BMG sollte auf einen Rechtsrahmen (Art. 15a–Vereinbarung und KAKuG) hinwirken, der eine verbindliche Wirkung der Planungen auf Bundes– (ÖSG) und auf Landesebene (RSG) auf die Landeskrankenanstaltenpläne in vollem Umfang sicherstellt. Dabei wäre bereits in den Art. 15a–Vereinbarungen die Verbindlichkeit des ÖSG festzuschreiben und die Verbindlichkeit der RSG für die Leistungserbringer eindeutig klarzustellen; das Verhältnis zwischen den RSG und den Landeskrankenanstaltenplänen sollte eindeutig klargestellt werden. (TZ 9, 17)
- (4) Es wäre im Zuge der nächsten ÖSG–Revision darauf hinzuwirken, dass die Versorgungsmatrix die Salden der inländischen Gastpatientenströme auch auf Ebene der Versorgungsregionen ausweist. (TZ 11)
- (5) Es wäre im Zuge der nächsten ÖSG–Revision darauf hinzuwirken, dass künftig eine adaptierte und um den fachrichtungsspezifischen Bettenbedarf auf Ebene der Versorgungsregionen ergänzte Fassung der Planungsmatrix erstellt wird. Dabei sollten die Gastpatientenströme zwischen den Versorgungsregionen berücksichtigt werden. (TZ 12)
- (6) Es wäre im Zuge der nächsten ÖSG–Revision darauf hinzuwirken, dass auf die Darstellung der Bettenmessziffer im ÖSG künftig verzichtet wird. (TZ 13)
- (7) Das BMG sollte seine zentrale Koordinations– und Steuerungsfunktion wahrnehmen und einen Standard zur bundesweit einheitlichen Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs erarbeiten; dieser wäre der Bundes–Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorzulegen. (TZ 15)  
Schlussempfehlungen Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung BMG Bund 2015/17 97 Schlussempfehlungen
- (8) Das Vetorecht des Bundes wäre zumindest bei klaren Verstößen gegen den ÖSG einzusetzen, z.B. wenn in Aussicht genommene RSG–Beschlüsse keine Annäherung an die Rahmenvorgaben des ÖSG erkennen lassen und Abweichungen nicht in transparenter und nachvollziehbarer Form begründet werden. (TZ 16)
- (9) Das BMG sollte sich in der Bundesgesundheitsagentur bzw. der Bundes–Zielsteuerungskommission dafür einsetzen, dass sich das ÖSG–Monitoring künftig auf die für die Detailplanungen relevante Ebene der Versorgungsregion bezieht. (TZ 21)

(10) Im Interesse der lückenlosen Umsetzung des Evaluierungskonzepts des ÖSG wäre künftig auch die Prüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen sicherzustellen. (TZ 22)

(11) Das BMG sollte der Bundes-Zielsteuerungskommission einen wirksamen und unmittelbar auf den Bereich der Gesundheitsplanung bezogenen Sanktionsmechanismus vorschlagen. (TZ 22)

(12) Das BMG sollte darauf hinwirken, die Daten über die Versorgungsstrukturen als Basis für einen Benchmarking-Prozess der Krankenanstaltenplanung der Länder zu verwenden. (TZ 26)

(13) Das BMG sollte darauf hinwirken, verstärkt Wirtschaftlichkeitsaspekte von Fondskrankenanstalten — wie z.B. fallbezogene Effizienzkennzahlen — in der Krankenanstaltenplanung zu berücksichtigen. (TZ 27)

(14) Das BMG sollte in künftigen Verhandlungen mit den Ländern eine Stärkung der Rolle des Bundes bei Planungsfragen von gesamtstaatlicher Relevanz sicherstellen. (TZ 29)

(15) Das BMG sollte darauf hinwirken, die Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung im Krankenanstaltenwesen in einer Hand zu konzentrieren. (TZ 30)

(16) Das BMG sollte darauf hinwirken, dass die Länder bei ihren Krankenanstaltenplanungen künftig inländische Patientenströme in nachvollziehbarer Form berücksichtigen. (TZ 31)

(17) Auf Maßnahmen zur Konkretisierung und Festlegung weiterer Bereiche der überregionalen Versorgungsplanung wäre hinzuwirken. Eine verbindlichere Festlegung der überregionalen Planung in der Zielsteuerung Gesundheit wäre dafür zweckmäßig. (TZ 32) 98 Bund 2015/17

(18) Das BMG sollte die Ergebnisse der Zonenkonferenzen regelmäßig in den Arbeitsgremien auf Bundesebene thematisieren, um die überregionale Koordination in der Gesundheitsplanung weiter ausbauen zu können. (TZ 32)

Die unterzeichneten Abgeordneten stellen daher an die Bundesministerin für Gesundheit folgende

### **Anfrage**

1. Wie stehen Sie als Gesundheitsministerin mit Stand 1.Jänner 2016 zu den im RH-Bericht vorgebrachten Kritikpunkten?

2. Welche der vom Rechnungshof formulierten Empfehlungen wurden aus Sicht des Gesundheitsministeriums bereits umgesetzt?
3. Welche Empfehlungen werden bis Ende 2016 umgesetzt werden?
4. Für die Umsetzung welcher Empfehlungen werden bundesgesetzliche Adaptierungen notwendig sein?
5. Für die Umsetzung welcher Empfehlungen wird der Abschluss von 15a-Verträgen mit den Ländern notwendig sein?

Mag. Hel-Fe

gr

Samuel

Hel-Fe

Samuel

