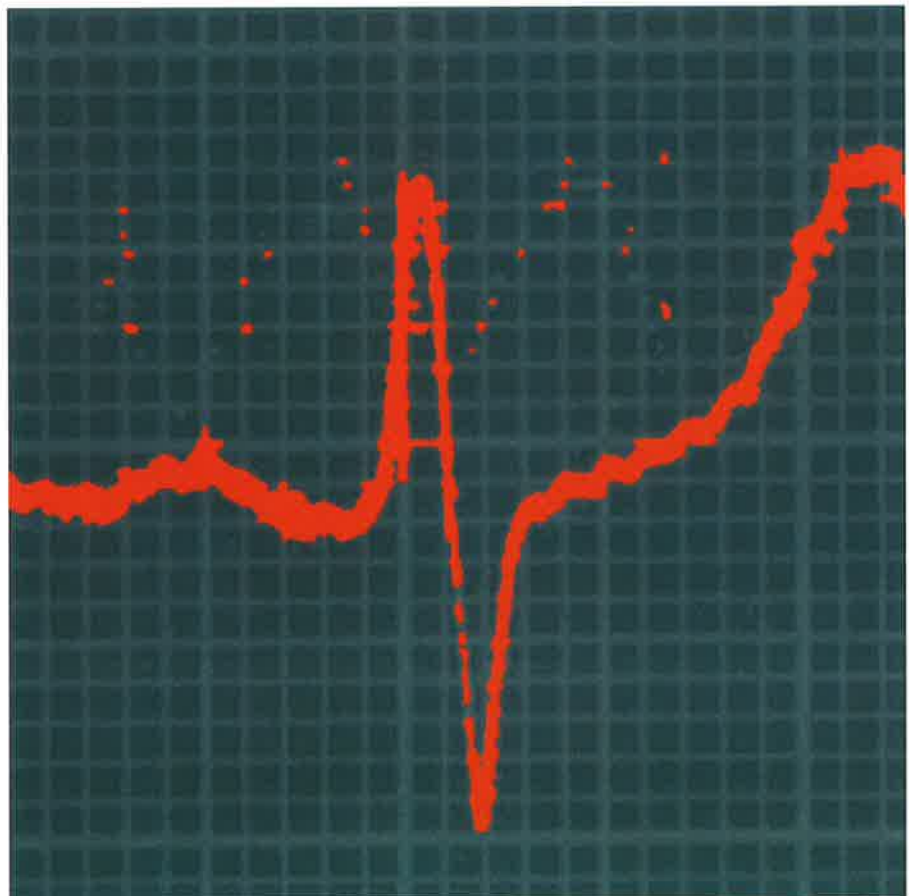


BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN



GESUNDHEITSBERICHT 2003

der Bundesministerin
für Gesundheit und Frauen
an den Nationalrat



Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen
und der Staatssekretär im Bundesministerium
für Gesundheit und Frauen

GESUNDHEITSBERICHT AN DEN NATIONALRAT 2003

Berichtszeitraum 1999 - 2001

Wien 2004

**BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN**



Projektteam des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen

Andreas Birner, Gertrud Bronneberg, Eberhard Danmayr, Gerhard Fülöp, Waltraud Glatz, Sabine Haas, Claudia Habl, Cornelia Haid, Anton Hlava, Reinhard Kern, Sebastian Kux, Barbara Anna Lugmayr, Stephan Mildschuh, Claudia Nemeth, Thomas Neruda, Anna Parr, Gerhard Patzner, Ingrid Rosian, Ingrid Rottenhofer, Gabriele Sax, Johann Seethaler, Johannes M. Treytl, Renate Weidenhofer

Koordination: Anton Hlava

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen - Für den Inhalt verantwortlich: Generaldirektor für öffentliche Gesundheit Sektionsleiter MedR. Dr. Hubert Hrabčík
- Technische Gestaltung: Hausdruckerei des BMGF - Alle: 1030 Wien, Radetzkystrasse 2



Vorwort

Alle drei Jahre wird – dem Ersuchen des Nationalrates vom 16. Dezember 1989 entsprechend – ein Gesundheitsbericht vorgelegt, der eine überblicksmäßige Darstellung des österreichischen Gesundheitswesens beinhaltet.

Der nun vorliegende Gesundheitsbericht 2003 umfasst die Jahre 1999-2001. Er nimmt aber auch, basierend auf den Regierungserklärungen von 2001 und 2003, Bezug auf aktuelle gesundheitspolitische Perspektiven.

Wie bei der Erstellung der bisherigen Gesundheitsberichte darf die Leserin/der Leser eine ambitionierte Zusammenfassung des Datenmaterials erwarten. Dafür verantwortlich zeichnet das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen), das in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unseres Ressorts sich der mühevollen Arbeit unterzogen hat, Daten zu sichten, aufzuarbeiten und zusammenzuführen. Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die am Zustandekommen des Gesundheitsberichtes 2003 mitgewirkt haben. Das Ergebnis steht nun in gedruckter Form als informative Lektüre den Mitgliedern des österreichischen Nationalrates zur Verfügung.

Abschließend möchten wir noch alle zur einer gesunden Lebensweise ermuntern: Erhalten Sie sich Ihre Gesundheit, indem Sie in Bewegung bleiben, auf ausgewogene Ernährung achten und die medizinischen Vorsorgeuntersuchungen nutzen.

Maria Rauch-Kallat
Bundesministerin für Gesundheit
und Frauen

Univ.-Prof. Dr. Reinhart Waneck
Staatssekretär im BMGF

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	11
2	Gesundheitspolitische Leitlinien	13
3	Zusammenfassende Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens 1999-2002 und Zukunftsperspektiven	23
3.1	Gesundheitszustand der Bevölkerung	23
3.2	Gesundheitsausgaben	24
3.3	Rechtliche Grundlagen	24
3.4	Versorgungsbereiche	25
3.5	Ausbildung und Ausbildungsreform	40
4	Gesundheitszustand der Bevölkerung	44
5	Gesundheitsausgaben	51
5.1	Gesundheitsausgaben gesamt	51
5.2	Ausgaben der Krankenversicherung	51
5.3	Internationaler Vergleich	53
5.4	Ausblick	54
6	Rechtliche Grundlagen	56
6.1	Vorbemerkung	56
6.2	Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens 2001-2004	57
6.3	Krankenanstaltenwesen	58
6.4	Dokumentation im Gesundheitswesen	60
6.5	Ärztegesetz 1998	61
6.6	Legistische Änderungen bei anderen Gesundheitsberufen	63
6.7	Rechtliche Fragen des Transplantationswesens	64
6.8	In-vitro-Fertilisation	64
6.9	Angelegenheiten von Apotheken, Arzneimittelwesen	65
6.10	Blutsicherheitsgesetz	66
6.11	Medizinprodukte	67
6.12	Patientenrechte	67
7	Versorgungsbereiche	69
7.1	Ärztliche Versorgung	69
7.1.1	Entwicklung 1991 bis 2001	69

7.1.2	Ärztbestand 1999/2000	70
7.1.3	Niedergelassene Ärzteschaft	71
7.1.4	Spitalsärzteschaft	74
7.1.5	Ausblick.....	75
7.2	Nichtärztliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen	75
7.2.1	Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	76
7.2.2	Medizinisch-technische Dienste	78
7.2.3	Hebammen.....	81
7.2.4	Kardiotechnischer Dienst	81
7.2.5	Sanitätshilfsdienste	82
7.3	Rehabilitation.....	83
7.3.1	Ausgangslage.....	83
7.3.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	87
7.3.3	Ausblick.....	88
7.4	Krankenanstalten.....	89
7.4.1	Entwicklung der stationären Akutversorgung.....	89
7.4.1.1	Ausgangslage	89
7.4.1.2	Gesundheitspolitische Zielsetzungen	92
7.4.1.3	Ausgewählte Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	94
7.4.1.4	Ausblick	96
7.4.2	Krankenanstellenfinanzierung.....	96
7.4.2.1	Kostenentwicklung in den Fonds-Krankenanstalten.....	96
7.4.2.2	Weiterentwicklung des LKF-Systems seit 1999	98
7.4.2.3	Ausblick	100
7.5	Psychosoziale Versorgung	101
7.5.1	Ausgangslage.....	101
7.5.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	102
7.5.3	Ausblick.....	111
7.6	Gesundheitsförderung und -vorsorge.....	114
7.6.1	Problemstellung und Zielsetzung	114
7.6.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	116
7.6.2.1	Themenbezogene Gesundheitsförderung und -vorsorge	116
7.6.2.2	Fonds Gesundes Österreich.....	134
7.6.2.3	Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung.....	137
7.6.2.4	Spezifische Gesundheitsförderung	140
7.7	Transplantationswesen	143
7.7.1	Ausgangssituation	143
7.7.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	148
7.7.2.1	Organtransplantation.....	148
7.7.2.2	Gewebetransplantation	153
7.7.2.3	Stammzelltransplantation	154
7.7.3	Ausblick.....	156
7.8	Onkologische Versorgung.....	157
7.8.1	Ausgangslage.....	157
7.8.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	157
7.9	In-vitro-Fertilisation	160
7.9.1	Ausgangslage.....	160

7.9.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	160
7.9.3	Ausblick.....	161
7.10	Blut und Blutprodukte	161
7.10.1	Ausgangslage.....	161
7.10.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	161
7.10.3	Ausblick.....	162
7.11	Arzneimittel	163
7.11.1	Aufgabenstellung.....	163
7.11.2	Regelungen und Eckdaten.....	163
7.11.3	Aktivitäten im Berichtszeitraum	168
7.11.4	Ausblick.....	170
7.12	Medizinprodukte	172
7.12.1	Ausgangslage.....	172
7.12.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	172
7.12.3	Ausblick.....	173
7.13	Öffentlicher Gesundheitsdienst	174
7.13.1	Ausgangslage.....	174
7.13.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	175
7.13.3	Ausblick.....	177
8	Ausbildung und Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen	178
8.1	Ärzteschaft	178
8.1.1	Ausgangslage.....	178
8.1.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	178
8.2	Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	179
8.2.1	Ausgangslage.....	179
8.2.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	179
8.2.3	Ausblick.....	183
8.3	Gehobene medizinisch-technische Dienste.....	184
8.3.1	Ausgangslage.....	184
8.3.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	184
	8.3.2.1 Projekt Curricula MTD.....	184
	8.3.2.2 Projekt Qualitätssicherung MTD	185
8.3.3	Ausblick.....	185
	8.3.3.1 Projekt Curricula MTD.....	185
	8.3.3.2 Projekt Qualitätssicherung MTD	185
8.4	Kardiotechnischer Dienst	186
8.4.1	Ausgangslage.....	186
8.4.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	186
8.4.3	Ausblick.....	187
8.5	Sanitätshilfsdienste.....	187
8.5.1	Ausgangslage.....	187
8.5.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	188
8.6	Medizinische Massage und Heilmassage.....	190
8.6.1	Ausgangslage.....	190
8.6.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum	190

Tabellen-, Abbildungs- und Kartenverzeichnis

Tabellen:

Tabelle 5.1:	Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung für Versicherungsleistungen 1999-2001	52
Tabelle 5.2:	Einschätzung der Vergleichbarkeit der Daten zu den Gesundheitsausgaben in der OECD-Health-Database	53
Tabelle 7.1:	Entwicklung der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte 1991-2001	69
Tabelle 7.2:	Entwicklung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in den österreichischen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Sparten, Geschlecht und insgesamt 1990-2001	79
Tabelle 7.3:	Entwicklung der Medizinisch-technischen Dienste in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Berufsgruppen, Geschlecht und insgesamt 1990-2001	80
Tabelle 7.4:	Anzahl der Hebammen nach Art der Berufsausübung entsprechend dem Hebammengesetz 1994 und insgesamt 1996-2001	81
Tabelle 7.5:	Entwicklung der Sanitätshilfsdienste in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Berufsgruppen, Geschlecht, Ausbildungsgrad und insgesamt 1990-2001	84
Tabelle 7.6:	Ausgaben der Sozialversicherung für die Rehabilitation 1996-2001.....	87
Tabelle 7.7:	Parameter der Betteninanspruchnahme 1991-2001	90
Tabelle 7.8:	Kostensteigerungsraten in den Fonds-Krankenanstalten im Vergleich zum Wachstum des BIP 1998-2001.....	97
Tabelle 7.9:	Entwicklung der Primärkosten in den Fonds-Krankenanstalten nach Kostenartengruppen 1998-2001.....	98
Tabelle 7.10:	Entwicklung der Endkosten in den Fonds-Krankenanstalten nach Bundesländern 1998-2001.....	98
Tabelle 7.11:	Zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigte Personen nach Bundesländern, Stand 31. Dezember 2002.....	108
Tabelle 7.12:	Zur selbstständigen psychologischen Berufsausübung im Bereich des Gesundheitswesens berechtigte Personen nach Bundesländern und insgesamt, Stand 31. Dezember 2002.....	109
Tabelle 7.13:	Planstellen und besetzte Stellen für klinisch-psychologische Diagnostik nach Bundesländern und insgesamt, Stand 1. August 2002	110
Tabelle 7.14:	Umsetzung der Bestimmungen (BGBl. Nr. 801/1993) zur klinischpsychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Betreuung und zur berufsbegleitenden Supervision in den Krankenanstalten.....	111
Tabelle 7.15:	Entwicklung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen 1990-2001	119
Tabelle 7.16:	WHO Zahngesundheitsziele 2000-2020	120
Tabelle 7.17:	Gemeldete Organspender pro Million Einwohner nach Bundesländern 1995-2002	144

Tabelle 7.18: Transplantationsgeschehen 2002 in Österreich, gegliedert nach Transplantationszentren und Organen	145
Tabelle 7.19: Anzahl der IVF-Versuche und Schwangerschaftsraten in den Jahren 2000 und 2001	161

Abbildungen:

Abbildung 4.1: Die häufigsten Todesursachen der bis 29-Jährigen nach Geschlecht und Fünfjahres-Altersgruppen 1999-2001	46
Abbildung 4.2: Die häufigsten Todesursachen der 30- bis 59-Jährigen nach Geschlecht und Fünfjahres-Altersgruppen 1999-2001	47
Abbildung 4.3: Die häufigsten Todesursachen der über 59-Jährigen nach Geschlecht und Fünfjahres-Altersgruppen 1999-2001	48
Abbildung 5.1: Versicherungsleistungen der Krankenversicherung 2001	52
Abbildung 5.2: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im EU-Vergleich für das Jahr 2000 (in Prozent).....	54
Abbildung 7.1: Struktur des Ärztebestandes 1999/2000.....	73
Abbildung 7.2: Entwicklung der Beschäftigten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den österreichischen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen 1990-2001	77
Abbildung 7.3: Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation 1990-2001 (indexiert: 1990 = 100 %).....	87
Abbildung 7.4: Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Fonds-Krankenanstalten 1991-2001 (indexiert: 1991 = 100 %).....	91
Abbildung 7.5: Anzahl der „Drogenopfer“ in Österreich nach Todesursache 1992-2001.....	127
Abbildung 7.6: Entwicklung der Anzahl der sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erstbehandlung und fortgesetzter Behandlung 1992-2001	130
Abbildung 7.7: Projekteinreichungen und Projektvergaben des FGÖ 1999-2001	135
Abbildung 7.8: Entwicklung der Anzahl an autologen, allogenen verwandten und allogenen nicht-verwandten Stammzellentransplantation 1996-2002	147
Abbildung 7.9: Widerspruchregister gegen Organspende - jährliche Eintragungen und Abfragen 1995 bis 31. Dezember 2002	152
Abbildung 7.10: Gesamtbedarf an Gewebepräparaten 1998 bis 2001 bzw. 1999 bis 2001 für die Gewebearten Knochen, Hornhaut und Herzklappen	153
Abbildung 7.11: Arzneimittelsystem in Österreich.....	164
Abbildung 7.12: Entwicklung der Ausgaben und der Verordnungen zu Lasten der Sozialversicherung 1990-2001 (indexiert: 1990 = 100)	166

Karte:

Karte 7.1: Belagstagedichte 2001	93
--	----

Häufig verwendete Abkürzungen

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
BGBI	Bundesgesetzblatt, ab 1997 mit der Kennzeichnung „I“ für Gesetze und „II“ für Verordnungen
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMAGS	Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, nunmehr BMSG
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
BTD	Belagstagedichte
EU	Europäische Union
Euro/€	1 Euro = 13,7603 öS
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
HVSV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
KA	Krankenanstalt(en)
KAG	Krankenanstaltengesetz (des Bundes)
KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ÖSTAT	Österreichisches Statistisches Zentralamt, nunmehr Statistik Österreich
SMG	Suchtmittelgesetz
ST.AT	Statistik Austria
UNO	Organisation der Vereinten Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Mit dem vorliegenden „Gesundheitsbericht 2003“ wird nunmehr zum vierten Mal dem Ersuchen des Nationalrats vom 16. Dezember 1988 entsprochen, alle drei Jahre eine Darstellung der Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens vorzulegen. Mit der Erstellung des vorliegenden Gesundheitsberichts war das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) betraut, das eng mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsressorts zusammenarbeitete.

Gesichtspunkte der Berichterstattung:

In Abgrenzung zum jährlich vom Gesundheitsressort in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt „Statistik Österreich“ herausgegebenen „Gesundheitsstatistischen Jahrbuch“ sind für die Erstellung des Gesundheitsberichts an den Nationalrat folgende Gesichtspunkte maßgebend:

- Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der historischen Entwicklung und im internationalen Vergleich,
- Bezugsetzung der Aktivitäten des Gesundheitsressorts im Berichtszeitraum zu den gesundheitspolitischen Zielsetzungen der Bundesregierung, der Europäischen Union und der Weltgesundheitsorganisation (insbesondere zu den für die europäische Region formulierten Zielen zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“) sowie
- Darstellung der Perspektiven der österreichischen Gesundheitspolitik.

Erfasste Tätigkeitsbereiche:

Bei den in diesem Bericht dargestellten Tätigkeitsbereichen des Gesundheitsressorts handelt es sich um die 1972 aus dem Sozialministerium herausgelösten Kernbereiche des Gesundheitswesens, die damals einem eigenen Bundesministerium übertragen wurden und im Februar 1997 wiederum in das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, nunmehr Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, zurückgekehrt sind. Als Einschränkung ist jedoch anzumerken, dass bestimmte Aufgabenbereiche wie z. B. das Veterinärwesen, die auch dem Gesundheitswesen zuzurechnen sind, von der Verfassung aber als eigene Aufgabenbereiche umschrieben werden, hier nicht behandelt werden.

Berichtszeitraum:

Der Berichtszeitraum des „Gesundheitsberichts 2003“ erstreckt sich auf die Jahre 1999 bis 2001 und schließt damit unmittelbar an die im „Gesundheitsbericht 2000“ referierten Jahre 1996 bis 1998 an. Der Abstand des Berichtszeitraumes zum Erscheinungsjahr ist durch den Zeitbedarf für die Zusammenführung und Aufarbeitung des benötigten Datenmaterials bedingt. Bei entsprechender Datenlage und bei datenunabhängigen Aussagen, insbesondere bei wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen, wurde aber auch die Entwicklung in

den Jahren nach 2001 berücksichtigt. Mit dieser Vorgehensweise soll dem Aktualitätsanspruch des Gesundheitsberichts Rechnung getragen werden.

Zum Aufbau des Berichts:

In Kapitel 2 werden die für den Berichtszeitraum verbindlichen gesundheitspolitischen Aussagen aus den Regierungserklärungen, die gesundheitspolitischen Zielsetzungen der Europäischen Union und die von der Weltgesundheitsorganisation für die europäische Region formulierten Ziele zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ kurz zusammengefasst. Im Sinne eines Ausblicks werden auch die gesundheitspolitischen Zielsetzungen der im Amt befindlichen Bundesregierung referiert.

Kapitel 3 bietet eine zusammenfassende Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens im Berichtszeitraum, abgeleitet aus den nachfolgenden, thematisch ins Detail gehenden Kapiteln.

Kapitel 4 enthält eine gestraffte Darstellung des Gesundheitszustands der österreichischen Bevölkerung anhand ausgewählter Kennzahlen, Statistiken und Untersuchungen.

Kapitel 5 beschäftigt sich mit den Gesundheitsausgaben auf Basis einer Neuberechnung für das Jahr 2002.

Kapitel 6 fasst unter dem Titel „Rechtliche Grundlagen“ die wichtigsten gesetzgeberischen Leistungen mit Bezug zum Gesundheitswesen ab dem Jahr 1999 zusammen.

Die Kapitel 7 und 8 sind der eingehenden Darstellung der einzelnen Tätigkeitsbereiche des Gesundheitsressorts gewidmet, wobei Kapitel 7 die verschiedenen Versorgungsbereiche und Kapitel 8 die Ausbildung und Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen behandelt.

Die Bearbeitung der einzelnen Themen folgt weitgehend folgendem Raster:

- Darstellung der Ausgangslage, Erläuterung der zugrundeliegenden Problemstellung,
- Beschreibung der im Berichtszeitraum erfolgten Aktivitäten des Gesundheitsressorts,
- Ausblick (Einschätzung der Auswirkung bereits getroffener und Hinweise auf geplante Maßnahmen).

2 Gesundheitspolitische Leitlinien

Im Folgenden werden jene gesundheitspolitischen Absichtserklärungen und Festlegungen angeführt, die für den Berichtszeitraum bestimmend sind:

- die gesundheitspolitischen Aussagen in den für den Berichtszeitraum 1999-2001 relevanten Regierungserklärungen,
- die für Österreich als Mitgliedstaat verbindlichen gesundheitspolitischen Zielsetzungen der Europäischen Union sowie
- die von der Weltgesundheitsorganisation für die europäische Region formulierten Ziele zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“.

Aus Aktualitätsgründen bzw. im Sinne eines Ausblicks wird außerdem kurz auf die letzte, bereits außerhalb des Berichtszeitraums abgegebene Regierungserklärung sowie auf den in Arbeit befindlichen „Nationalen Österreichischen Gesundheitsplan“ eingegangen.

Bezüglich der aus legislativen Maßnahmen resultierenden gesundheitspolitischen Zielsetzungen sei auf Kapitel 6 „Rechtliche Grundlagen“ verwiesen. Diesbezügliche Hinweise finden sich aber auch in den nach Sachbereichen geordneten Kapiteln.

Gesundheitspolitische Aussagen in den Regierungserklärungen

Direkten Bezug auf den Berichtszeitraum 1999-2001 haben die Regierungserklärungen vom 29. Jänner 1997 (Klima) und vom 9. Februar 2000 (Schüssel I). Im Sinne eines Ausblicks wird auch kurz auf die Regierungserklärung vom 6. März 2003 (Schüssel II) eingegangen.

In der Regierungserklärung vom 29. Jänner 1997 wurden zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens folgende Zielsetzungen formuliert:

- Sicherstellung der Finanzierbarkeit eines Gesundheitssystems, dessen Einrichtungen einer modernen Medizin entsprechen und jedem, der sie benötigt, und zwar unabhängig von seiner finanziellen Leistungsfähigkeit, zur Verfügung stehen;
- Abstimmung der Wirkungsbereiche der Krankenanstalten und extramuralen Behandlungsdienste, aber auch der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aufeinander als Voraussetzung für eine erfolgreiche Reform des Gesundheitssystems;
- Reduzierung der Kostennachteile, die Österreich bei Heilbehelfen und Heilmitteln hat, sowie Erreichen einer modernen und effizienten Organisation der Träger des Gesundheitssystems durch eine verstärkte Inanspruchnahme der Einsparungspotenziale in der Verwaltung;
- Feststellung, dass eine moderne Gesundheitspolitik mehr bedeutet, als nur sicherzustellen, Kranke wieder gesund zu machen, eine moderne Gesundheitspolitik muss Gesunde gesund erhalten, sie muss die Vorbeugung und die Früherkennung von Krankheiten ebenso wie die Beseitigung von krankmachenden Faktoren in unserer Arbeits- und Lebenswelt sicherstellen.

In der Regierungserklärung vom 9. Februar 2000 wurden unter dem Titel „Neu regieren heißt: Gesundheit fördern und die medizinische Qualität sichern“ zur Gesundheitspolitik folgende Aussagen getroffen:

„Damit die Qualität der Gesundheitsversorgung erhalten und neue medizinische Kenntnisse rasch berücksichtigt werden können, wollen wir das Gesundheitssystem ‚fit‘ für die Anforderungen der Zukunft machen.

Wir werden sicherstellen, dass es für alle Bürger den gleichen Zugang zu allen medizinischen Leistungen gibt, und dass die Patientenrechte gestärkt werden. Zu einem leistungsstarken Gesundheitssystem zählt auch die Information der Patienten über die medizinische Leistungserbringung. Damit wollen wir Transparenz und Kostenbewusstsein für die Leistungen der sozialen Krankenversicherungen schaffen.

Damit Österreichs Patienten optimal versorgt werden, soll es ein verpflichtendes Qualitätssicherungssystem für das gesamte Gesundheitswesen geben und in der ärztlichen Grundausbildung der Patientenbezug erhöht werden. Um die Position Österreichs in der internationalen Forschung zielgerichtet weiterzuentwickeln, soll es zur Bildung von Forschungsschwerpunkten kommen.

Um Krankheitsrisiken und damit verbundene Kosten soweit als möglich zu senken, wird ein nationaler Plan zur Gesundheitsförderung und -vorsorge entwickelt. Mehr Vorsorgemedizin schafft bessere Lebensqualität!

Deshalb ist es der Bundesregierung auch ein besonderes Anliegen, den Sport in Österreich zu fördern. Es soll mehr Sportangebote für Kinder und Jugendliche geben. Bewegungserziehung wird künftig bereits im Kindergarten verankert.“

Im Sinne eines Ausblicks werden nachstehend aus der Regierungserklärung vom 6. März 2003 jene Passagen zitiert, die sich auf das Gesundheitswesen beziehen:

„Wir leben in einer Zeit, in der sich die Lebenswelten, die Welten grundsätzlich verändern: Dank des medizinischen Fortschritts, der besseren Ernährung, durch Bewegung und Sport und durch den höheren Lebensstandard bleiben die Menschen gesünder und werden älter. Seit 1970 ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei Frauen um acht Jahre gestiegen, bei Männern sogar um zehn Jahre. Damit haben wir eine ganze Generation neu ‚gewonnen‘ - und das bringt uns völlig neue Lebensperspektiven und Lebenschancen.

Gleichzeitig müssen wir aber auch dafür sorgen, und zwar rechtzeitig, dass die finanzielle Sicherheit im Alter künftig garantiert ist, dass der Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Generationen auch wirklich offen steht...

Österreich will auch im Jahr 2010 über ein Gesundheitssystem verfügen, dessen höchstwertige medizinische Leistungen allen offen stehen: in der Behandlung von Krankheiten, in der Prävention, und zwar unabhängig von Alter und Einkommen. Wir wollen durch die Verdoppelung der Vorsorgeuntersuchungen auf 1,5 Millionen pro Jahr Herz-Kreislaufkrankungen, Krebsleiden und Schlaganfälle um 25 Prozent reduzieren...

Zwischen Gesundheit und Lebensqualität besteht ein ganz enger Zusammenhang. Ein zeitgemäßes Gesundheitssystem muss daher vorrangig zwei Aufgaben erfüllen: Wer krank ist, muss sich darauf verlassen können, dass das Angebot und die Leistungen unseres hochwertigen Gesundheitssystems zur Verfügung stehen. Wer gesund ist, soll unterstützt werden, Krankheiten vorzubeugen. Deshalb werden wir die Eigenverantwortung, die Vorsorgemedizin deutlich stärken und die Menschen über Bonusmodelle zu dieser Eigenverantwortung aktivieren.

Ich sage es hier sehr klar: Es geht bei der notwendigen Reform des Gesundheitswesens nicht darum, weniger Geld für den Gesundheitsbereich bereitzustellen. Niemand spart auf Kosten der Gesundheit. Im Gegenteil: Frei werdende finanzielle Mittel sollen direkt den Patienten zugute kommen. Wir stellen die kranken Kassen auf gesunde Beine.

Unsere konkreten Reformpläne:

Durch die Zusammenführung von Kranken- und Unfallversicherung - natürlich bei Erhaltung der Qualität in beiden Bereichen - sowie Strukturreformen bei den Gebietskrankenkassen können wir durch weniger Verwaltung ohne Qualitätsverlust viel Geld der Versicherten sparen.

Die Einrichtung von Landesgesundheitsfonds, wie jetzt gerade in Vorarlberg erprobt, kann einerseits Kosten sparen, andererseits aber auch die Versorgung - insbesondere bei den niedergelassenen praktischen Ärzten - deutlich verbessern.

Beitragsgerechtigkeit ist auch eine Frage der Fairness. Für gleiche Leistungen soll der gleiche Beitrag geleistet werden. Daher vereinheitlichen wir zum ersten Mal die Krankenversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer, denn es gibt ja kein vernünftiges Argument dafür, dass Arbeiter 0,75 Prozent mehr Krankenversicherungsbeitrag zahlen als Angestellte.

Eine Anhebung der Pensionisten-Krankenversicherungsbeiträge sichert deren Zugang zum medizinischen Fortschritt in jeder Lebenslage, in jedem Jahr, in jedem Bereich.

Wir wollen überdies eine Reform der Selbstbehalte, denn derzeit belasten die bestehenden Selbstbehalte, meist ohne Obergrenzen, insbesondere die chronisch Kranken. Daher sollen die Sozialversicherungsträger das Recht haben, ein faireres System zu entwickeln und einzurichten.

Im Arzneimittelbereich sind durch eine Änderung der Verschreibep Praxis nicht nur Einsparungen zu erzielen, sondern vor allem durch 12-Monats-Rezepte und andere Maßnahmen auch Erleichterungen für chronisch kranke Patienten zu erreichen.

Wir sehen in der Telemedizin ein absolutes Zukunftsprojekt zum Wohle der Patienten: Daten von Untersuchungen werden sowohl für Krankenhäuser als auch für Ärzte schneller zugänglich. Dem Patienten werden unnötige Doppeluntersuchungen erspart. Bessere, umfassendere Diagnosen werden möglich. Krankenhäuser und praktische Ärzte erhalten einen dauerhaf-

ten und direkten Zugriff zu den neuesten Entwicklungen der Medizin bei Diagnosen, Medikation und Operationstechniken.

Die menschliche Qualität unserer Gesellschaft misst sich aber auch daran, wie wir unsere Mitmenschen in der letzten Phase ihres Lebens begleiten. Es soll in Hinkunft für alle, die es brauchen, ein ausreichendes Angebot an Hospizeinrichtungen zur Verfügung stehen.“

Nationaler Österreichischer Gesundheitsplan

Programmatische Impulse sind auch vom „Nationalen Österreichischen Gesundheitsplan“ zu erwarten, der auf Initiative des Staatssekretärs für Gesundheit, Univ.Prof. Dr. med. Reinhart Waneck, von hochrangig besetzten Expertengruppen erarbeitet wird. Erste Ergebnisse dieser Grundlagenarbeit wurden anlässlich der 3. Österreichischen Gesundheitskonferenz am 23. Mai 2002 vorgestellt (siehe dazu den vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen herausgegebenen Konferenzbericht, insbesondere die Beiträge von Staatssekretär Dr. Waneck „Ein nationaler Gesundheitsplan für Österreich“ und vom Vorsitzenden des Obersten Sanitätsrates, Univ.Prof. Dr. Ernst Wolner, „Ein nationaler Gesundheitsplan - Utopie oder Realität?“).

Bei der Entwicklung des nationalen Gesundheitsplans sind folgende wesentliche Neuerungen vorgesehen:

- Verstärkte Partizipation der Bürgerinnen und Bürger bei der (Weiter-)Entwicklung von Gesundheitspolitik
- Gleichstellung der Prävention und der Vorsorgemedizin mit der Kurativmedizin
- Verbesserte Koordination zwischen den einzelnen Sektoren und Institutionen
- Einführung des Gender Mainstreaming in das öffentliche Gesundheitswesen
- Durch die Stärkung des Präventiv- und Vorsorgebereiches stehen „Betroffene“ im Mittelpunkt; der Begriff der „Patientenorientierung“ wird zur „Betroffenenorientierung“ erweitert.

Der Plan fokussiert sich auf die gezielte Bekämpfung folgender zehn „häufigsten Erkrankungen“:

- Diabetes
- Rheumatische Erkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Herz-/Kreislaufkrankungen
- Brustkrebs
- Prostata-Karzinom
- Lungenerkrankungen
- Karies
- Psychiatrische Erkrankungen
- Hepatitis

In diesem Zusammenhang bieten sich insbesondere folgende Aktionsfelder an:

- Ernährung
- Bewegung
- Alkohol
- Tabak
- Know-how-Transfer
- Medizinische Zukunftsforschung
- Infektionskrankheiten
- Vorsorge in den einzelnen Lebensaltern
- Kooperation Landwirtschaft - Ernährungs-
wirtschaft - Gesundheitswesen
- Tourismus - Gesundheitswesen

Gesundheitspolitische Zielsetzungen der Europäischen Union

Hinsichtlich des in diesem Abschnitt interessierenden Aspekts „Gesundheitspolitische Leitlinien“ ist festzuhalten, dass das Vertragswerk zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft ursprünglich keine ausdrücklichen Bestimmungen zum Gesundheitswesen enthielt. Erst im Maastrichter Vertrag, der am 1. November 1993 in Kraft trat, wird in Artikel 3 Buchstabe o und in Artikel 129 der Gesundheitsschutz als eigenständiger europäischer Politikbereich angesprochen und als „Bestandteil der übrigen Politiken der Gemeinschaft“, also als Querschnittsaufgabe, definiert.

Artikel 129 des Maastrichter Vertrags bestimmt, dass der Beitrag der Gemeinschaft zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus vorrangig auf die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, mit dritten Ländern und mit den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen ausgerichtet ist.

Gemäß Artikel 129 ist die „Tätigkeit der Gemeinschaft...auf die Verhütung von Krankheiten, insbesondere der weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten einschließlich Drogenabhängigkeit, gerichtet; dabei werden die Erforschung der Ursachen und der Übertragung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert“.

Unter direkter Bezugnahme auf den Artikel 129 erschien am 24. November 1993 die „Mitteilung der Kommission über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit“. In diesem Dokument werden unter den Punkten 32 bis 35 wesentliche Aussagen zum Verständnis des Artikels 129 und damit zu den gesundheitspolitischen Zielen auf Gemeinschaftsebene getroffen (in leicht gekürzter Wiedergabe):

„32. Will die Gemeinschaft Maßnahmen ergreifen, so hat dies nach Artikel 129 auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung zu erfolgen. Die Prävention mit allen ihren Facetten wird somit zum Mittelpunkt der gemeinschaftlichen Tätigkeit: als primäre Prävention zur Erhaltung der Gesundheit und zur Minimierung der Exposition gegenüber Risikofaktoren, die Krankheiten verursachen können, als sekundäre Prävention zur Vermeidung des Ausbruchs von Krankheiten bei Exponierten durch Reihenuntersuchungen, Impfungen, Präventivmedikation/Prophylaxe, oder als tertiäre Prävention, mit der das Fortschreiten oder Wiederauftreten einer Erkrankung verhindert werden soll...“

33. Die präventive Tätigkeit der Gemeinschaft muss sich natürlich den weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten widmen... Ein Punkt muss an dieser Stelle jedoch betont werden: Artikel 129 verlangt ausdrücklich Maßnahmen gegen Drogenabhängigkeit.

34. In Artikel 129 wird implizit anerkannt, dass es zweierlei Arten von Maßnahmen gibt: solche, die an den Einzelnen gerichtet sind und seine Möglichkeiten zur Verbesserung seiner Gesundheit, für eine gesündere Lebensweise und risikofreies oder risikoarmes Verhalten fördern sollen, also z. B. Gesundheitsinformation und -erziehung, und andererseits gesellschaftlich ausgerichtete Aktionen zur Erforschung der Ursachen und Übertragungswege von Krankheiten...

35. Von herausragender Bedeutung ist in Artikel 129 die Bestimmung, mit der Erfordernisse im Bereich des Gesundheitsschutzes zu einem wesentlichen Bestandteil der anderen Gemeinschaftspolitiken gemacht werden. Bei der künftigen Erarbeitung von Politiken und Maßnahmen, die sich auf die Gesundheit auswirken, muss die Gesundheitspolitik von Anfang an eingehend berücksichtigt und angemessen einbezogen werden. Auf diese Weise können andere Politiken trotz unterschiedlicher Rechtsgrundlagen in den Dienst des Gesundheitsschutzes gestellt werden.“

Mit dem am 1. Mai 1999 in Kraft getretenen Vertrag von Amsterdam ist das Gesundheitswesen zwar Querschnittsmaterie geblieben, es wurde aber durch eine entsprechende Adaptierung des Artikels 129 des Maastrichter Vertrags die Voraussetzung dafür geschaffen, die Anliegen des Gesundheitsschutzes verstärkt zur Geltung zu bringen.

Artikel 152 des Vertrags von Amsterdam legt zu den Gestaltungsmöglichkeiten für eine europäische Gesundheitspolitik Folgendes fest:

„(1) Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfasst die Bekämpfung der weitverbreiteten schweren Krankheiten; dabei werden die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert.

Die Gemeinschaft ergänzt die Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Verringerung drogenkonsumbedingter Gesundheitsschäden einschließlich der Informations- und Vorbeugungsmaßnahmen.

(2) Die Gemeinschaft fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit.

Die Mitgliedstaaten koordinieren untereinander im Einvernehmen mit der Kommission ihre Politiken und Programme in den in Absatz 1 genannten Bereichen. Die Kommission kann in

enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind.

(3) Die Gemeinschaft fördert die Zusammenarbeit mit dritten Ländern und den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen.

(4) Der Rat trägt gemäß dem Verfahren des Artikels 251 und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses sowie des Ausschusses der Regionen mit folgenden Maßnahmen zur Verwirklichung der Ziele dieses Artikels bei:

- a) Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut und Blutderivate; diese Maßnahmen hindern die Mitgliedstaaten nicht daran, strengere Schutzmaßnahmen beizubehalten oder einzuführen;
- b) abweichend von Artikel 37 Maßnahmen in den Bereichen Veterinärwesen und Pflanzenschutz, die unmittelbar den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung zum Ziel haben;
- c) Förderungsmaßnahmen, die den Schutz und die Verbesserung der menschlichen Gesundheit zum Ziel haben, unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten.

Der Rat kann ferner mit qualifizierter Mehrheit auf Vorschlag der Kommission für die in diesem Artikel genannten Zwecke Empfehlungen erlassen.

(5) Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt. Insbesondere lassen die Maßnahmen nach Absatz 4 Buchstabe a die einzelstaatlichen Regelungen über die Spende oder die medizinische Verwendung von Organen und Blut unberührt.“

Die oben angesprochene Mitteilung der Kommission vom November 1993 hatte auch die Aufgabe eines ersten Strategiepapiers, anhand dessen die Arbeiten im Bereich der öffentlichen Gesundheit entwickelt wurden. In der Folge wurden acht Aktionsprogramme zu folgenden Themen verabschiedet:

- Gesundheitsförderung
- Gesundheitsberichtserstattung
- Prävention von Aids und bestimmten anderen übertragbaren Krankheiten
- Krebsbekämpfung
- Verbesserung des Wissens über seltene Krankheiten
- Verhütung von Verletzungen
- Prävention von durch Umweltverschmutzung bedingten Krankheiten
- Suchtprävention

Alle diese Aktionsprogramme wurden in den „Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1997-2001)“ übernommen.

Im Mai 2000 veröffentlichte die Kommission eine Mitteilung über gesundheitspolitische Strategien der Europäischen Gemeinschaft, die sich im Wesentlichen an drei Zielen orientiert:

- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Information und Kenntnisse auf allen gesellschaftlichen Ebenen,
- Einrichtung eines Schnellreaktionssystems zur raschen Antwort auf Gesundheitsgefahren,
- Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren, insbesondere der mit der Lebensführung verbundenen gesundheitsschädlichen Faktoren.

Von zentraler Bedeutung für die Umsetzung dieser Strategie ist das neue Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit, das von der Kommission ursprünglich für den Zeitraum 2001-2006 vorgeschlagen und schließlich von Parlament und Rat im September 2002 für den Zeitraum 2003-2008 beschlossen wurde.

Ziele und Maßnahmen der früheren acht Aktionsprogramme im Bereich der öffentlichen Gesundheit sind in das neue Programm eingeflossen. Sie werden als Teil der Gesamtstrategie weiter verfolgt.

Von der Weltgesundheitsorganisation für die europäische Region formulierte Ziele zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“

Das gesundheitspolitische Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ wurde anlässlich der Weltgesundheitsversammlung 1977 ins Leben gerufen und auf der Konferenz von Alma-Ata im Jahr 1978 konkretisiert. 1984 wurden für die europäische Region 38 Ziele formuliert, die im Rahmen der Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ anzustreben waren. Österreich hat sich als Mitgliedstaat der Weltgesundheitsorganisation aktiv an der Umsetzung dieser Zielvorgaben beteiligt und auch an der Revision der Strategie in Hinblick auf die ersten beiden Jahrzehnte des 21. Jahrhunderts mitgewirkt. Das Ergebnis dieses Revisionsprozesses, der in den Jahren 1997/98 durchgeführt wurde, ist in der nachstehenden tabellarischen Übersicht dargestellt (Quelle: WHO/Regionalbüro für Europa, Kopenhagen 1999).

„Gesundheit 21“ - Neuformulierung der Ziele zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ der WHO in der europäischen Region

Ziel-Nr.	Ziel-Titel	Ziel-Formulierung	Jahr der Zielerreichung				
			2000	2005	2010	2015	2020
Gesundheitliche Chancengleichheit durch solidarisches Handeln sichern							
Ziel 1	Solidarität für die Gesundheit in der europäischen Region	Verringerung des derzeitigen zwischenstaatlichen Gefälles im Gesundheitszustand um mindestens ein Drittel.					
Ziel 2	Gesundheitliche Chancengleichheit	Verringerung des derzeitigen innerstaatlichen Gesundheitsgefälles um mindestens ein Viertel durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von sozioökonomisch benachteiligten Gruppen.					
Bessere Gesundheit für die 870 Millionen Menschen in der europäischen Region							
Ziel 3	Ein gesunder Lebensanfang	Besserer Gesundheitszustand aller Neugeborenen, Säuglinge und Kinder im Vorschulalter in der europäischen Region.					
Ziel 4	Gesundheit junger Menschen	Anhebung des Gesundheitszustands der jungen Menschen in der europäischen Region, damit sie besser in der Lage sind, ihre Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen.					
Ziel 5	Altern in Gesundheit	Möglichkeiten für die über 65-Jährigen, ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen.					
Prävention und Bekämpfung von Krankheiten und Verletzungen							
Ziel 6	Verbesserung der psychischen Gesundheit	Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung sowie des Angebots, der Qualität und der Zugänglichkeit von Diensten für Personen mit psychischen Problemen.					
Ziel 7	Verringerung übertragbarer Krankheiten	Systematische Anwendung von Programmen zur Ausrottung oder Bekämpfung von für die öffentliche Gesundheit bedeutsamen Infektionskrankheiten, um die durch diese Krankheiten verursachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen erheblich zu verringern.					
Ziel 8	Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten	Senkung von Morbidität, Behinderung und vorzeitigen Todesfällen infolge der wichtigsten chronischen Krankheiten auf den tiefstmöglichen Stand.					
Ziel 9	Verringerung von auf Gewalt einwirkende und Unfälle zurückzuführende Verletzungen	Signifikanter und nachhaltiger Rückgang der Verletzungen, Behinderungen und Todesfälle infolge von Unfällen und Gewalt.					
Multisektorale Strategien für die Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit							
Ziel 10	Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt	Herbeiführung einer mehr Sicherheit bietenden natürlichen Umwelt, in der die Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Schadstoffen die international vereinbarten Standards nicht übersteigt.					

Ziel-Nr.	Ziel-Titel	Ziel-Formulierung	Jahr der Zielerreichung				
			2000	2005	2010	2015	2020
Ziel 11	Gesünder leben	Entscheidung der Menschen aller Gesellschaftsschichten für gesündere Lebensgewohnheiten.	→				
Ziel 12	Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden	Signifikante Reduktion der auf den Konsum von suchterzeugenden Substanzen wie Tabak, Alkohol und psychotropen Stoffen zurückzuführenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen.	→				
Ziel 13	Settings zur Förderung der Gesundheit	Bessere Möglichkeiten für die Menschen, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihrer Gemeinde in einem gesunden natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.	→				
Ziel 14	Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit	Bereitschaft aller Sektoren, ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anzuerkennen und zu akzeptieren.	→				
Ergebnisorientierte Gesundheitsvorsorge							
Ziel 15	Ein integrierter Gesundheitssektor	Wesentlich verbesserter Zugang der Menschen zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung, unterstützt durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem.	→				
Ziel 16	Qualitätsbewusstes Management der Versorgung	Einführung eines ergebnisorientierten Managements in allen Bereichen des Gesundheitswesens - angefangen bei bevölkerungsweiten Gesundheitsprogrammen bis hin zur klinischen Versorgung einzelner Patienten.	→				
Ziel 17	Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung	Entwicklung von belastbaren Finanzierungs- und Ressourcenzuweisungsverfahren für Gesundheitsversorgungssysteme auf der Grundlage des chancengleichen Zugangs, der Wirtschaftlichkeit, der Solidarität und der optimalen Qualität.	→				
Ziel 18	Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben	Es ist Sorge dafür zu tragen, dass sich Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Sektoren die zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit erforderlichen Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen aneignen.	→				
Konzepte und Instrumente zur Steuerung des Wandels							
Ziel 19	Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit	Schaffung von Forschungs-, Informations- und Kommunikationssystemen, die den Erwerb, die effektive Nutzung und Verbreitung von Wissen zur Unterstützung der „Gesundheit für alle“ fördern.	→				
Ziel 20	Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	Bildung von Allianzen und Partnerschaften zur Umsetzung der GFA-Konzepte, die Einzelne und Gruppen sowie Organisationen aus allen privaten und öffentlichen Bereichen und nicht zuletzt die zivile Gesellschaft insgesamt in die Verfolgung gesundheitlicher Belange mit einbinden.	→				
Ziel 21	Konzepte und Strategien zur „Gesundheit für alle“	Formulierung und Umsetzung der GFA-Konzepte auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene, unterstützt durch geeignete institutionelle Infrastrukturen, Managementprozesse und innovative Ideen.	→				

3 Zusammenfassende Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens 1999-2001 und Zukunftsperspektiven

Die nachstehende Zusammenfassung entspricht in ihrer thematischen Abfolge den ausführlichen Darstellungen in den Kapiteln 5 bis 8 (siehe auch die entsprechenden Seitenverweise unter jedem Zwischentitel) und greift jeweils die wesentlichsten Informationen über die Ressorttätigkeit im Berichtszeitraum und die beabsichtigte oder prognostizierte Weiterentwicklung heraus. Gegebenenfalls wird aus Aktualitätsgründen auch auf wichtige Maßnahmen eingegangen, die erst außerhalb des Berichtszeitraums, also nach 2001, gesetzt wurden.

3.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung

(siehe Kapitel 4, Seite 44 ff.)

Lebenserwartung: Im Berichtszeitraum 1999 bis 2001 stieg die Lebenserwartung bei der Geburt für Männer von 74,9 auf 75,5 Jahre und für Frauen von 80,6 auf 81,2 Jahre. Die Anzahl der frei von körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen erwartbaren Jahre hat sich bei Männern auf 69,2 und bei Frauen auf 73,2 Jahre erhöht. Gestiegen ist gleichzeitig aber auch der Zeitraum, von dem zu erwarten ist, dass er mit funktionellen Einbußen von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten verbracht wird. Im Vergleich mit den anderen EU-Ländern lag Österreich 2000 an vierter Stelle hinsichtlich der Lebenserwartung.

Säuglingssterblichkeit: Die Säuglingssterblichkeit bei Mädchen sank im Berichtszeitraum auf den tiefsten Wert seit 1982 (3,7 im ersten Lebensjahr verstorbene Kinder pro 1.000 Lebendgeborene), die der Knaben stieg jedoch (von 4,4 im Jahr 1999 auf 6,0 im Jahr 2001). Im Vergleich mit den anderen EU-Ländern lag Österreich 2000 im Mittelfeld.

Todesursachen: Die häufigsten Todesursachen (über alle Altersgruppen hinweg) stellten mit rund 52 Prozent Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems dar, gefolgt von Krebserkrankungen. In beiden Fällen vergrößert sich dabei der Anteil mit zunehmendem Alter. Der Anteil verstorbener Männer je 100.000 Einwohner überstieg in allen Altersgruppen jenen der Frauen.

Krankenhausmorbidity: Im Berichtszeitraum stieg die Zahl der stationären Aufnahmen weiterhin (um über zehn Prozent) gegenüber der Vorperiode. Zu den häufigsten Einweisungsgründen in den stationären Bereich zählten Krankheiten des Kreislaufsystems und Krebserkrankungen. Den größten Teil der Zunahmen machten Krebserkrankungen sowie orthopädische Krankheiten aus.

„Ambulante Morbidität“: Befragungen im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms „Fragen zur Gesundheit“ (ST.AT 1999) ergeben einen Anteil von 73,5 Prozent der Bevölkerung, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen. Erkältungskrankheiten,

Grippe, Angina und akute Bronchitis wurden am häufigsten als Erkrankungen angegeben. Rücken- und Kreuzschmerzen, Gelenks- und Muskelschmerzen sowie Kopfschmerzen/Migräne zählten zu den am häufigsten genannten Beschwerden, Gelenkserkrankungen, Bluthochdruck und Schäden der Wirbelsäule zu den am häufigsten genannten chronischen Erkrankungen.

Pflegebedürftigkeit: Rund 4,1 % der Wohnbevölkerung bezogen 2000 Pflegegeld, waren demnach offiziell als pflegebedürftig eingestuft. Gegenüber 1997 bedeutete dies einen Zuwachs um rund sechs Prozent. Der Anteil der Frauen betrug mehr als zwei Drittel.

3.2 Gesundheitsausgaben

(siehe Kapitel 5, Seite 51 ff.)

Nach der jüngsten, von Statistik Austria im April 2003 durchgeführten Berechnung der Gesundheitsausgaben, betragen diese im Jahr 2002 rund € 17,1 Mrd.; der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt belief sich auf 7,9 Prozent. Im EU-Vergleich lag Österreich im Jahr 2000 - jenem Jahr, für welches für alle EU-Länder Daten verfügbar sind - nach Daten der OECD (Organisation für Zusammenarbeit und Entwicklung) beim Vergleich des Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt unter dem EU-Durchschnitt von acht Prozent. Einschränkend ist jedoch hinzuzufügen, dass die österreichischen Daten zu den Gesundheitsausgaben nicht ausreichend mit den Daten jener Länder harmonisiert sind, die für den Vergleich herangezogen werden. Daher wird empfohlen, die Datenlage bzw. das statistische Berichtswesen über die Ausgaben und Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens gemäß dem von der OECD vorgeschlagenen standardisierten Verfahren (System of Health Accounts) zu erfassen, um zum einen die Ausgaben und Finanzierungsströme im Gesundheitswesen transparent darzustellen zu können, und um zum anderen den Anforderungen der internationalen Vergleichbarkeit zu entsprechen. In einer Vielzahl der EU-Länder kommt das Verfahren nach dem System of Health Accounts bereits zum Einsatz.

In der Krankenversicherung entfielen im Jahr 2001 31 Prozent der Ausgaben auf Krankenanstalten, 26 Prozent auf ärztliche Hilfe und 23 Prozent auf Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel. Auf diese drei Versicherungsleistungen entfällt somit das Gros (80 Prozent) der Ausgaben der Krankenversicherung. Im Berichtszeitraum 1999 bis 2001 nahmen prozentuell am stärksten die Ausgaben für „Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel“ zu, demgegenüber gingen die Ausgaben für das Krankengeld absolut zurück.

3.3 Rechtliche Grundlagen

(siehe Kapitel 6, Seite 56 ff.)

Das Kapitel „Rechtliche Grundlagen“ befasst sich mit Schwerpunkten der Gesetzgebung des hier behandelten Zeitraumes. Diese betreffen folgende Bereiche:

- Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens 2001-2004
- Krankenanstaltenwesen
- Dokumentation im Gesundheitswesen
- Ärztegesetz 1998
- Legistische Änderungen bei anderen Gesundheitsberufen
- Rechtliche Fragen des Transplantationswesens
- In-vitro-Fertilisation
- Angelegenheiten von Apotheken, Arzneimittelwesen
- Blutsicherheitsgesetz
- Medizinprodukte
- Patientenrechte

Ein Schwerpunkt der legistischen Arbeit lag dabei - wie auch in früheren Berichtsperioden - in der Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens und - damit unmittelbar zusammenhängend - im Krankenanstaltenwesen und im Bereich der Dokumentation im Gesundheitswesen. Ziel der Maßnahmen ist es, durch vermehrtes Kostenbewusstsein und erhöhte Kostentransparenz einen unnötigen Anstieg der Kosten - ohne Abstriche in der Behandlungsqualität - zu vermeiden. Dies soll vor allem durch die Weiterentwicklung des Krankenanstaltenplanes und Großgeräteplanes zu einem Leistungsangebotsplan erreicht werden.

Mehrere umfangreiche Novellierungen erfuhr auch das Ärztegesetz 1998. Diese betrafen u. a. den Bereich der ärztlichen Aus- und Weiterbildung (siehe Punkt 3.5 bzw. Kapitel 8).

3.4 Versorgungsbereiche

(siehe Kapitel 7, Seite 69 ff.)

Ärztliche Versorgung

(siehe Abschnitt 7.1, Seite 69 ff.)

Die Gesamtanzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Österreich ist zwischen 1991 und 2001 von rund 26.800 um rund 5.500, also um etwa 32 Prozent, auf etwa 35.300 angestiegen. Die Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hat sich in diesem Zeitraum um rund ein Drittel erhöht, jene der angestellten Ärztinnen und Ärzte (ohne Turnusärztinnen und -ärzte) ist hingegen um etwa zwei Drittel gestiegen. Der Anteil der Turnusärztinnen und -ärzte ist von fast einem Viertel im Jahr 1991 nach einem abrupten Rückgang im Zeitraum 1994 bis 1999 auf nunmehr etwa 16 Prozent gesunken, wobei auch deren Gesamtanzahl deutlich zurückgegangen ist (von rund 6.700 auf rund 5.600).

Daraus wird deutlich, dass in den letzten zehn Jahren zunehmend mehr Ärztinnen und Ärzte nach Absolvierung der Turnusausbildung anstelle einer Praxiseröffnung bzw. -übernahme im

Krankenhaus verblieben. Diese Entwicklung ist im Zusammenhang mit dem (zum Teil auch heute noch) bestehenden Nachholbedarf insbesondere an Fachärztinnen und -ärzten im intramuralen Versorgungsbereich zu sehen. Im Hintergrund standen dabei der Mangel an Fachärztinnen und -ärzten zur Beseitigung der intramuralen Versorgungsdefizite, der zunehmende Kostendruck im Krankenhaussektor sowie das Bemühen um eine dem vorausgeschätzten Ärztebedarf angemessene Dimensionierung der Ausbildungskapazitäten im Spitalsbereich.

Unter den rund 35.300 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten befanden sich im Jahr 2001 neben den rund 5.600 Turnusärztinnen und -ärzten ca. 11.100 Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sowie rund 18.600 Fachärztinnen und -ärzte. Letztere verteilen sich auf etwa 40 Sonderfächer, wobei die Zahnärztinnen und -ärzte die größte Gruppe bilden, gefolgt von den Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin, Anästhesiologie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Chirurgie.

Nichtärztliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen

(siehe Abschnitt 7.2, Seite 75 ff.)

Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe umfassen die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, die medizinisch-technischen Dienste, die Hebammen, die diplomierten Kardiotechnikerinnen und -techniker sowie die Sanitätshilfsdienste. Der in diesen Berufen von den Krankenhäusern gemeldete Personalstand betrug 2001 insgesamt 74.461 Personen, der Frauenanteil betrug 84 Prozent.

Die in den Krankenhäusern dokumentierten Beschäftigtenzahlen der nichtärztlichen Berufe sind im Zeitraum 1990 bis 2001 um insgesamt 33 Prozent gestiegen. Der bis Mitte der 1990er-Jahre zu verzeichnende deutliche Zuwachs mit jährlichen Steigerungsraten zwischen fünf und acht Prozent ist in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre abgeflacht.

Die Personalentwicklung stellt sich in den einzelnen Gesundheitsdiensten unterschiedlich dar. In der Gesundheits- und Krankenpflege stieg die Anzahl der Beschäftigten von 30.842 im Jahr 1990 auf 57.138 im Jahr 2001. Diese beträchtliche Steigerung (rund 85 Prozent) ist vorwiegend auf die Berufsgruppe der Pflegehelferinnen und -helfer zurückzuführen, die 1991 geschaffen wurde und nunmehr zur Gesundheits- und Krankenpflege zu zählen ist. Die Pflegehelferin bzw. der Pflegehelfer ersetzt die Berufsgruppe der Stationsgehilfinnen und -gehilfen, die zu den Sanitätsgehilfinnen und -gehilfen zählte. Dementsprechend verringerte sich die Anzahl der in den Sanitätshilfsdiensten Tätigen. Diese Entwicklungen spiegeln den Trend zu einer höheren Qualifizierung in der Pflege wider.

Deutliche Personalaufstockungen sind auch in den medizinisch-technischen Diensten erkennbar. Am stärksten erhöhte sich dabei der Personalstand im Ergotherapeutischen Dienst mit 128 Prozent, gefolgt vom Logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienst mit 112 Prozent.

Die Anzahl der Hebammen in Krankenanstalten stieg im Zeitraum 1990 bis 2001 von 865 auf 1.385. Hebammen können außer in Krankenhäusern auch freipraktizierend tätig sein. Im Jahr 2001 waren insgesamt 1.579 Hebammen tätig.

Die Einschränkung der Berichterstattung auf die Entwicklung in Krankenhäusern mit bettenführenden Abteilungen ist dadurch begründet, dass nur für diesen Bereich aufgrund einer verpflichtenden Dokumentation verlässliche Statistiken vorliegen. Das Gesundheitsressort beauftragte daher im April 2002 das ÖBIG mit einer Studie zur Berichterstattung über die nichtärztlichen Gesundheitsberufe, in deren Zuge der Beschäftigtenstand in den einzelnen Berufsgruppen in den derzeit nicht routinemäßig erfassten Arbeitsfeldern (das sind insbesondere Alten- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Arztordinationen, mobile Dienste) erhoben wird. Angestrebt wird ein standardisiertes Melde- und Berichtswesen für alle relevanten beruflichen Arbeitsfelder dieser Berufsgruppen, um zukünftig umfassende Informationen zur Entwicklung der Beschäftigtenzahlen zu erhalten.

Rehabilitation

(siehe Abschnitt 7.3, Seite 83 ff.)

Die Rehabilitation umfasst medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen und wird - je nach Zuständigkeitsbereich - von der Unfallversicherung, der Pensionsversicherung oder der Krankenversicherung durchgeführt. Für die stationäre medizinische Rehabilitation stehen in Österreich insgesamt 29 Rehabilitationszentren der Sozialversicherung sowie 15 Rehabilitationseinrichtungen in privater Trägerschaft, mit denen die Sozialversicherung einen Vertrag abgeschlossen hat, zur Verfügung.

Die ambulante medizinische Rehabilitation ist in den Sozialversicherungsgesetzen nicht explizit geregelt. Ambulante Rehabilitationsleistungen werden in zwei Einrichtungen der Sozialversicherung angeboten. Ambulante Leistungen mit rehabilitativem Charakter werden vorwiegend in Krankenhausambulanzen, in selbstständigen Ambulatorien sowie von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten erbracht.

Die Ausgaben der Sozialversicherung für die Rehabilitation sowie die Gesundheitsfestigung und Gesundheitsvorsorge betragen im Jahr 2001 rund 598,4 Mio. Euro.

Im Jahr 2003 wurde das ÖBIG vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bzw. dem Strukturfonds mit der Erstellung eines Rehabilitationsplans bzw. mit einer vertiefenden Studie zur ambulanten Rehabilitation beauftragt.

Krankenanstalten

(siehe Abschnitt 7.4, Seite 89 ff.)

Die stationäre Akutversorgung ist in hohem Maße in den sogenannten „Fonds-Krankenhäusern“ konzentriert. Diese werden seit Inkrafttreten der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 über die Landesfonds des jeweiligen Bundeslandes finanziert und unterliegen den Bestimmungen des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP).

Die Anzahl der systemisierten Betten in den insgesamt rund 310 Krankenhäusern im Sinne des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) sank von knapp 80.000 Ende 1992 auf rund 71.700 Ende 2001, jene der systemisierten (Akut-)Betten in den nunmehr rund

150 Fonds-Krankenhäusern von etwa 58.000 Ende 1992 auf rund 52.000 Ende 2001. Zwischen 1997 und 2001 wurden die systemisierten Betten insgesamt um rund 3.400 bzw. in den Fonds-Krankenhäusern um rund 2.700 Betten reduziert. Die Zahl der stationären Aufnahmen in den Fonds-Krankenanstalten erhöhte sich im selben Zeitraum um rund zwölf Prozent auf fast 2,2 Mio. im Jahr 2001 und damit deutlich stärker als im Vergleichszeitraum 1991 bis 1995 (+ 9 %). Parallel dazu sank die durchschnittliche Aufenthaltsdauer seit 1997 um fast 14 Prozent auf 6,6 Tage im Jahr 2001 und damit ähnlich stark wie im Vergleichszeitraum 1991 bis 1995 (- 13 %).

Die kontinuierliche Zunahme der Krankenhausaufenthalte in den letzten Jahren lässt sich zu einem Teil durch die steigende Zahl an Eintagspflegen (tagesklinische und halbstationäre Fälle) erklären. Der Anteil der Eintagspflegen an allen stationären Fällen ist zwischen 1995 und 2001 von rund sechs Prozent auf fast zwölf Prozent angewachsen. Auch diese Entwicklung lässt sich zum Teil auf die weitere deutliche Reduktion der durchschnittlichen Dauer eines Krankenhausaufenthalts zurückführen. Verblieb eine Patientin bzw. ein Patient Anfang der 1990er-Jahre noch rund zwölf Tage im Krankenhaus, so lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Jahr 1995 bei knapp elf Tagen und im Jahr 2001 bei nur mehr 8,4 Tagen.

Die Entwicklung der Bettenkapazitäten und der Betteninanspruchnahme im Zeitraum 1995 bis 2001 entspricht der Fortsetzung eines langjährigen Trends im Bereich der Fonds-Krankenanstalten. Mit Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) per 1. Jänner 1997 hat sich diese Entwicklung noch etwas beschleunigt: Der ansteigenden Zahl an Krankenhausaufnahmen steht eine sinkende durchschnittliche Aufenthaltsdauer gegenüber, sodass aufgrund der rückläufigen Zahl an stationären Krankenhaustagen (Belagstagen) mit immer weniger Krankenhausbetten das Auslangen gefunden werden kann.

Mit dem bisher kontinuierlich vollzogenen Akutbettenabbau wurde hauptsächlich das Ziel der Kostendämpfung im stationären Akutbereich verfolgt. Dieses Ziel steht in Zusammenhang mit der bis Mitte der 1990er-Jahre stark überproportionalen Kostenentwicklung im Krankenhausbereich, die vor allem durch die deutlich verbesserte Personalausstattung, steigende Medikamentenkosten, aber auch durch die Kostenentwicklung im Bereich der medizinisch-technischen Ausstattung begründet war. Die Reduktion der jährlichen Kostensteigerungsraten im Bereich der Fonds-Krankenanstalten (von über neun Prozent Anfang der 1990er-Jahre auf rund vier Prozent im Zeitraum 1998-2001) kann als Erfolg im Sinne des Kostendämpfungs-Ziels gewertet werden.

Gesundheitspolitische Zielsetzungen:

Im Beobachtungszeitraum 1999 bis 2001 wurden im Rahmen der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung neue Ziele und Maßnahmen zwischen Bund und Ländern verhandelt und für den Zeitraum 2001 bis 2004 einvernehmlich festgelegt. Die inhaltlichen Schwerpunkte dieser neuen Vereinbarung sind:

- Integrierte, regional abgestimmte Planung aller Bereiche des Gesundheitswesens;

- Implementierung eines verbindlichen Qualitätssicherungssystems;
- Verbesserung des „Schnittstellenmanagements“;
- intensivere Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie für das Gesundheitswesen („Gesundheitstelematik“);
- Weiterentwicklung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF).

Bestandteil dieser Vereinbarung war insbesondere auch (wie schon bei der vorangegangenen Vereinbarung) der ÖKAP/GGP mit Planungshorizont 2005, der in Teilbereichen bereits zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelt wurde und mit dem auch Richtlinien für Strukturqualitätskriterien vereinbart wurden.

Kostenentwicklung in den Fonds-Krankenhäusern:

Der Anteil der Endkosten der Fonds-Krankenhäusern am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist in den Jahren von 1998 bis 2001 nahezu gleich geblieben und betrug im Jahr 2001 3,56 Prozent. Während in den Vorperioden noch überdurchschnittliche Steigerungsraten der Krankenanstaltenkosten zu verzeichnen waren, konnte - nicht zuletzt auch aufgrund der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 1997 - dieser Kostenentwicklung entgegengesteuert werden.

Dokumentation im ambulanten Bereich:

Um Transparenz und eine einheitliche Steuerung im Gesundheitswesen sicherzustellen, ist die Entwicklung und Einführung eines leistungsorientierten Pauschalvergütungssystems auch im spitalsambulanten sowie im niedergelassenen Bereich erforderlich. Ein entsprechend zu entwickelndes Dokumentationssystem soll in Pilotprojekten erprobt werden, um auch eventuelle Verschiebungen der Leistungserbringung zwischen den Institutionen rechtzeitig beobachten und steuern zu können. Gemäß der erwähnten Vereinbarung nach Art 15a B-VG ist dabei als Grundlage für die Diagnosendokumentation der Diagnoseschlüssel ICD-10 bzw. ein mit dem Diagnoseschlüssel ICD-10 kompatibler Codierschlüssel in Anwendung zu bringen, für die Leistungsdokumentation ist ein praxisorientierter, leicht administrierbarer Leistungskatalog heranzuziehen.

Landesgesundheitsfonds:

Im Regierungsprogramm der Österreichischen Bundesregierung für die XXII. Regierungsperiode ist festgehalten, dass zur Nutzung von Synergieeffekten Landesgesundheitsfonds geschaffen werden sollen, die als Instrument einer gesamthaften regionalen Planung, Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen dienen. Das schließt auch die Finanzierung der Krankenanstalten mit ein. Eine länderübergreifende Kooperation wird dabei angestrebt.

Psychosoziale Versorgung

(siehe Abschnitt 7.5, Seite 101 ff.)

Die Umstrukturierung und Weiterentwicklung der Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen mit der Zielsetzung, ein wohn- und lebenskontextnahes Versorgungsangebot bereitzustellen, ist nach wie vor ein zentrales Anliegen der Gesundheitspolitik. Dieses ist in der im Oktober 1996 zwischen Bund und Ländern abgeschlossene Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens verankert und wurde jüngst in der Vereinbarung nach Art 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl I 2002/60, bekräftigt.

Im Bereich der psychiatrischen Versorgung hat sich die Dezentralisierung und Integration der stationären Versorgung als erfolgreiche Strategie für den Aufbau einer gemeindenahen Versorgung erwiesen: Der Großteil der behandelten Patienten kommt aus den definierten Versorgungsregionen, die Akzeptanz bei den behandelten Menschen sowie der Bevölkerung der Region ist aufgrund der geringen geographischen Entfernung, der größeren Bekanntheit sowie der Position des Behandlungsangebots in einer allgemeinen Krankenanstalt wesentlich höher als in den klassischen psychiatrischen Krankenanstalten. Aus denselben Gründen konnte auch die Vernetzung der stationären mit der extramuralen Versorgung rasch und intensiv entwickelt werden. In nahezu allen Bezirkshauptstädten gibt es ein Grundangebot an ambulanter und nachgehender Beratung und Betreuung. Es bestehen jedoch nach wie vor Entwicklungserfordernisse hinsichtlich der personellen Ausstattung sowie der Mobilität der Dienste, um soziale und geographische Hürden in der Betreuung und Behandlung kompensieren zu können. Auch vor dem Hintergrund der Verringerung der Bettenzahl sowie der durchschnittlichen Verweildauer bei gleichzeitig gestiegenen Aufnahmezahlen im stationären Sektor ist ein bedarfsgerechtes extramurales Angebot unverzichtbar.

Mit der Aufnahme der psychosomatischen Behandlung und Betreuung im stationären Akutbereich in den ÖKAP/GGP 2001 wurde ein weiterer innovativer Schritt in der Versorgung von Menschen mit psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit somatischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen gesetzt.

Die Versorgung mit den Berufsgruppen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen wird seit 1991 kontinuierlich beobachtet. Mit Stand vom 31. Dezember 2002 sind insgesamt 7.515 berufsberechtigte Personen in den einschlägigen Listen des BMSG, nunmehr BMGF eingetragen, davon sind 5.325 Personen (auch) Psychotherapeutinnen und -therapeuten, 3.129 (auch) klinische Psychologinnen und Psychologen sowie 3.112 (auch) Gesundheitspsychologinnen und -psychologen. Das Personenangebot ist seit Bestehen der Berufsgruppen zwar massiv gestiegen, der Großteil ist jedoch nach wie vor in den Landeshauptstädten und deren Umlandgemeinden konzentriert. Zudem sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern beträchtlich. Im ambulanten Versorgungsbereich bestehen somit nach wie vor geographische Barrieren und eingeschränkte Wahlmöglichkeiten sowie finanzielle Hürden für die potenziellen Nutzer. Obwohl der geschätzte Bedarf an Psychotherapie in der Bevölkerung nicht abgedeckt wird, sind Psychotherapeutinnen und -therapeuten vielfach nicht ausgelastet und haben freie Kapazitäten.

Für die stationäre psychotherapeutische und psychologische Versorgung sind nun, acht Jahre nach der Novelle zum Krankenanstaltengesetz des Bundes (BGBl 1993/801), die letzten Ausführungsgesetze der Länder erlassen worden. In der Versorgungssituation spiegelt sich die Konzentration des Personenangebots auf die beiden Bundesländer Wien und Salzburg wider. Der Großteil der berufsberechtigten Personen arbeitet in psychiatrischen und neurologischen Krankenanstalten. In Standardkrankenanstalten, Pflegeanstalten für chronisch Kranke und auch in einigen Schwerpunktkrankenhäusern sind noch keine personellen Ressourcen vorhanden.

In einer Reihe von gesetzlichen Regelungen - Novelle zum Familienberatungsförderungsgesetz, Novelle zum Verbrechenopfergesetz, Entwurf zum Bundesgesetz über Mediation in Zivilrechtssachen - ist die psychotherapeutische und psychologische Tätigkeit ebenfalls verankert worden. Mit den EWR-Anpassungsgesetzen für Psychotherapie und Psychologen wurde die Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Hochschuldiplomen in den Mitgliedstaaten des EWR in Österreich legislativ umgesetzt. Im Bereich der Qualitätssicherung der Ausbildung wurden u. a. Fort- und Weiterbildungsrichtlinien für Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Richtlinien für die Bestellung von Lehrpersonen für das psychotherapeutische Fachspezifikum beschlossen.

Für die kommenden Jahre sind die Weiterentwicklung und Vertiefung der Psychiatrieplanung, der Aufbau der Psychosomatik, die Fortführung der Qualitätssicherung und Professionalisierung im Zusammenhang mit den drei psychosozialen Berufsgruppen sowie die Entwicklung von Maßnahmen für die Zugänglichkeit dieses Versorgungsangebots geplant.

Gesundheitsförderung und -vorsorge

(siehe Abschnitt 7.6, Seite 114 ff.)

Gesundheitsvorsorge oder Prävention umfasst neben Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten (Primärprävention) auch die Früherkennung schon bestehender Schäden (Sekundärprävention) sowie Maßnahmen im Bereich der Rückfallprophylaxe und Rehabilitation (Tertiärprävention). Die Finanzierung von öffentlichen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erfolgt in Österreich durch Gemeinden, Länder, Sozialversicherung und Bund sowie - seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsförderungsgesetzes 1998 - durch den Fonds Gesundes Österreich. Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung werden derzeit vom ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsressorts nach 1998 zum zweiten Mal erhoben, dieses Mal für das Jahr 2001.

Gesundheit von Mutter und Kind (Mutter-Kind-Pass):

Das für die Inanspruchnehmenden unentgeltliche Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm umfasst fünf Schwangerenuntersuchungen einschließlich zweier Laborkontrollen und einer internistischen Untersuchung der schwangeren Frau sowie fünf Kindesuntersuchungen im ersten Lebensjahr einschließlich einer orthopädischen, einer HNO- und einer Augenuntersuchung. Weitere Kindesuntersuchungen sind jeweils Ende des zweiten, dritten und vierten Lebensjahres vorgesehen. Mit Beginn des Jahres 2002 wurde eine zusätzliche Kindesuntersuchung im 5. Lebensjahr eingeführt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, zwei Ultra-

schalluntersuchungen der Schwangeren, zwei Hüftultraschalluntersuchungen des Kindes sowie eine augenfachärztliche Untersuchung des Kindes Ende des zweiten Lebensjahres durchzuführen.

Für 1997 bis 2001 geborene Kinder konnte von den Eltern mit einem definierten Maximaleinkommen ein einmaliger Mutter-Kind-Pass-Bonus des Bundes in der Höhe von € 145,- beantragt werden. Die Voraussetzung dafür war die Absolvierung aller bis Ende des 1. Lebensjahres vorgesehenen Untersuchungen mit Ausnahme der Ultraschalluntersuchungen. Nach Entfall der erhöhten Geburtenbeihilfe bei Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen im Jahr 1997 gingen die absolvierten Untersuchungen bundesweit leicht zurück. Durch die Koppelung des Bezugs des im Jahr 2002 eingeführten Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe ab dem 21. Lebensmonat des Kindes an die zeitgerechte Absolvierung von fünf Untersuchungen der werdenden Mutter und fünf Untersuchungen des Kindes bis zum 14. Lebensmonat ist aber wieder ein Anstieg der Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Leistungen zu erwarten.

Vorsorgeuntersuchungen:

Im Berichtszeitraum hat keine Änderung der Organisation der Vorsorgeuntersuchung stattgefunden. Einfluss auf die Inanspruchnahme nehmen Faktoren wie Ärztedichte, Altersstruktur der Bevölkerung sowie Aktivitäten der öffentlichen Hand, insbesondere der Krankenkassen, im Bereich Prävention. Die Inanspruchnahme ist im Betrachtungszeitraum weiterhin gestiegen, wobei die Zahl der gynäkologischen Untersuchungen insgesamt rückläufig war.

Grundsätzliche Überlegungen zur Verbesserung von Maßnahmen der Sekundärprävention, darunter Screeningmaßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen, gehen dahin, Schwerpunkte (z. B. Erkennung erhöhter Blutzuckerspiegelwerte) zu setzen. Darüber hinaus soll der Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen erleichtert werden. Dies könnte z. B. die Durchführung der Untersuchung im Rahmen von Gesundheitsvorsorgeaktionen und Gesundheitsförderungsprojekten in Betrieben, was zum Teil auch jetzt schon geschieht, erfolgen.

Kariesprophylaxe:

Um feststellen zu können, wie weit die von der WHO definierten Ziele hinsichtlich Zahngesundheit in Österreich erreicht werden, werden Zahnstaterhebungen in den entsprechenden Bevölkerungsgruppen durchgeführt. Mittlerweile wurde der Zahnstatus in allen Altersgruppen erhoben. In der Altersgruppe der Sechsjährigen wurde 2001 bereits die zweite Erhebung durchgeführt. Demnach waren 49 Prozent der Sechs- bis Siebenjährigen kariesfrei. Die Ergebnisse der Zahnstaterhebung 2002 für Zwölfjährige liegen ab Herbst 2003 vor. In der Altersgruppe der Achtzehnjährigen wurde in der 1998 durchgeführten Erhebung festgestellt, dass die Ziele knapp erreicht werden. Im Jahr 2000 wurde die Erhebung des Zahnstatus in beiden vorgesehenen erwachsenen Altersgruppen durchgeführt. Auffällig war der eindeutig bessere Zahnfleischzustand bei Frauen als bei Männern.

Bei allen Erhebungen im Kindes- und Jugendalter wurde festgestellt, dass Karieserkrankungen allgemein und durchschnittlich zurückgehen, eine kleine Gruppe von ca. 15 bis 20 Prozent jedoch den Großteil der kariösen Läsionen auf sich vereinen. Diese Ergebnisse müssen

Anlass sein, nicht nur eine flächendeckende kariesprophylaktische „Versorgung“ zu erreichen, sondern Programme zu entwickeln, die es erlauben, Risikogruppen und -personen zu erkennen und zu betreuen.

Weiters wurde 1999 zum ersten Mal eine OSR-Kommission „Zahnmedizin, Prophylaxe“ eingerichtet. In ihrer ersten Funktionsperiode hat diese ein Kariesprophylaxekonzept erstellt, das in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung publiziert wurde. Darüber hinaus werden vom ÖBIG jährliche Fachtagungen zum Themenbereich Prophylaxe organisiert.

Das Gesundheitsressort wird weiterhin den Zahngesundheitszustand der Bevölkerung in Österreich erheben lassen. Um der Bedeutung der Zahngesundheit Rechnung zu tragen, wird dem Thema Zahngesundheit im Nationalen Gesundheitsplan ein Kapitel gewidmet sein.

Rauchen:

Allein in Österreich sterben jährlich rund 14.000 Personen an den Folgen von Tabakkonsum. Seit 1. 1. 2001 ist die Nikotinabhängigkeit auch in Österreich eine anerkannte Suchtkrankheit.

Neben dem vorrangigen Ziel, den Rauchbeginn überhaupt zu verhindern, richten sich die Bemühungen auf Hilfestellung zur Raucherentwöhnung sowie auf den verstärkten Schutz von Nichtrauchern. Seit 1. 1. 2000 dürfen keine Zigaretten mehr mit einem Teergehalt von mehr als 12 mg verkauft werden. Ambulante Raucherentwöhnung wird von einer Reihe von Krankenkassen angeboten, für schwere Fälle steht das stationäre Raucherentwöhnungsprogramm „Nichtrauchen in 20 Tagen“ zur Verfügung. Vom Fonds Gesundes Österreich werden laufend praxisrelevante Aktivitäten und Forschungsprojekte zum Thema „Rauchen“ gefördert. Das Thema Nichtrauchen war im Jahre 2001 auch ein Schwerpunkt der Lebensstilkampagne „Bewusst lebt besser“ mit der Zielgruppe nicht oder nur gelegentlich rauchender Jugendlicher. Die Gefahren des Rauchens werden auch im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms im Österreichischen Netzwerk „Gesundheitsfördernder Schulen,“ behandelt. Forschungsinstitute wurden mit Untersuchungen zu Rauchverhalten und -motivation von Jugendlichen beauftragt, weiters wird das Projekt „rauchfreie Schule“ unterstützt.

Eine der wichtigsten Aufgaben ist in den nächsten Jahren die Einführung weitgehender Werbeverbote im Tabakbereich. Des Weiteren wird die Reduktion der Schadstoffinhalte im Zigarettenrauch sowie die Angabe der diesbezüglichen Werte auf den Zigarettenpackungen nebst Art und Form von Warnhinweisen und sonstigen Produktinformationen festgelegt.

Alkohol:

Anfang 2000 wurde im Auftrag des Gesundheitsressorts die „Alkoholkoordinations- und Informationsstelle“ (AKIS) am Anton-Proksch-Institut (API) geschaffen und in Folge als zentrale Drehscheibe im Alkoholbereich etabliert. Im Rahmen dieser Tätigkeit wurde auch das 1999 erstmals erschienene „Handbuch Alkohol - Österreich“ im Jahr 2001 aktualisiert. Darüber hinaus setzte das Gesundheitsressort im Berichtszeitraum einen Schwerpunkt auf Jugend und Alkohol.

Illegale Drogen:

Ein Schwerpunkt des Gesundheitsressorts im Bereich illegale Drogen lag in den letzten Jahren auf der Weiterentwicklung des Monitoringsystems, womit auch Anforderungen der EU entsprochen wurde. Im Bereich Prävention wird weiterhin mit den regionalen Fachstellen für Suchtprävention kooperiert. Das österreichische Netz der Drogenhilfe wird durch jährliche Förderungen unterstützt. Das Gesundheitsressort hat die zentrale Verantwortung für die Koordination auf nationaler Ebene (insbesondere Federführung in der Bundesdrogenkoordination). Daneben gewinnt die Kooperation auf internationaler Ebene an Bedeutung. In den letzten Jahren wurden weiters Maßnahmen der Qualitätssicherung forciert und Forschungsaktivitäten im Drogenbereich unterstützt.

Prävention von Infektionskrankheiten:

Eine wichtige Aufgabe des Gesundheitsressorts in Bezug auf die Prävention von Infektionskrankheiten besteht im Monitoring der übertragbaren Krankheiten. Das Ressort führt die laufende Statistik über alle meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten.

Bei den direkten Präventionsmaßnahmen lag das Hauptaugenmerk im Berichtszeitraum bei modifizierter Schwerpunktsetzung weiterhin auf der HIV-Prävention, wobei die Maßnahmen auf alle sexuell übertragbare Krankheiten ausgedehnt wurden.

Weiters wurden seitens des Gesundheitsressorts Maßnahmen zur Verbesserung des Meldesystems und der Datenqualität sowie die Implementierung oder Erweiterung von Datenbanken in Angriff genommen. 1998 wurden nationale Referenzzentralen (NRZ) für Krankheiten, welche im Rahmen der verbesserten EU-weiten Infektionsüberwachung verstärkt zu beachten sind, eingerichtet. Sie sind in den Datenfluss der meldepflichtigen Labors eingebunden, für welche sie auch Untersuchungen durchführen.

Zur epidemiologischen Überwachung und Abklärung von Infektionskrankheiten wurde mit 1. Juni 2002 die „Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH“ (AGES) eingerichtet. Sie ist „mit der Führung von Referenzzentralen sowie eines Melde-, Erfassungs- und Koordinationssystems für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten“ und mit der Weiterleitung der Daten an die zuständigen Stellen der EU-Administration betraut.

Als Folge der weltweiten Bedrohungen durch Bioterrorismus wurde ein Krisenstab im Gesundheitsressort eingerichtet, weiters wurden im Rahmen der Implementierung eines EU-weiten Frühwarnsystems rund um die Uhr erreichbare Kontaktstellen in Österreich installiert. Darüber hinaus wurde mit der Erstellung eines Pockenalarmplanes begonnen und für die Verfügbarkeit ausreichender Mengen an Impfstoff Sorge getragen.

Weitere Aktivitäten zielten auf die Verbesserung der Durchimpfungsraten, die Evaluation der Schutzimpfungen sowie die Analyse und Verbesserung der Hepatitis-C-Überwachung ab.

Bestehende Datenbanken sollen weiter optimiert werden, die Realisierung der Einzelfallmeldung für alle Infektionskrankheiten wird angestrebt. Ziel ist die Schaffung eines weitgehend automatisierten elektronischen Meldesystems, das die rasche Verfügbarkeit bestmöglicher

Informationen über Infektionskrankheiten unter Einhaltung höchster Datenschutzstandards gewährleistet.

Fonds Gesundes Österreich:

Die Arbeit des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) basiert auf dem 1998 in Kraft getretenen Gesundheitsförderungsgesetz. Im Rahmen dieses Gesetzes stellt der Bund für gesundheitsfördernde Maßnahmen jährlich rund € 7,2 Millionen zur Verfügung, deren administrative und inhaltliche Abwicklung durch den FGÖ erfolgt. Die Hauptziele des FGÖ im Berichtszeitraum waren die Forcierung von primärpräventiven Aktivitäten, die Etablierung von regionalen, settingorientierten Gesundheitsförderungsprojekten, die Finanzierung von Studien sowie die Vernetzung von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen und begleitende öffentlichkeitswirksame Aktivitäten. Als eine Serviceleistung wird nach einer Idee des Gesundheitsressorts seit 1996 eine Datenbank über Projekte im Gesundheitsförderungs- und Präventionsbereich geführt, die auf der Website des Fonds (www.fgoe.org) abrufbar ist.

Weitere Aktivitäten des FGÖ umfassen neben Beratungsgesprächen und Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der Gesundheitsförderung auch die Planung und Umsetzung von Medienkampagnen zur Förderung und Propagierung eines gesunden Lebensstils. Darüber hinaus wurde im Oktober 1999 in Kooperation mit dem Verein für Konsumenteninformation eine Ernährungshotline eingerichtet. Seit 1999 wird außerdem jährlich eine Gesundheitsförderungs- und eine Präventionskonferenz mit unterschiedlichen Schwerpunkten organisiert.

Gesundheitsförderung im städtischen Bereich - Netzwerk „Gesunde Städte“:

Das 1992 gegründete Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“ umfasst mittlerweile 31 Mitgliedstädte, deren Ziel es ist, durch die aktive Beteiligung der Bevölkerung das Leben in den Städten gesünder zu gestalten. Die Themen reichen dabei von kommunaler Drogenpolitik über Gesundheitsförderung für Frauen bis hin zur Unfallverhütung.

Gesundheitsförderung im Krankenhaus:

Hauptziel des internationalen Netzwerkes gesundheitsfördernder Krankenhäuser ist es, in Umsetzung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung Krankenhäuser dabei zu unterstützen, den Gesundheitsgewinn ihrer Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der regionalen Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich zu verbessern. Dies erfolgt durch die Qualitätsentwicklung der bestehenden Kerndienstleistungen und Strukturen in einem Haus und durch die Entwicklung zusätzlicher Dienstleistungen und Strukturen im Bereich der Krankenhausumwelt. Zur Weiterentwicklung der Netzwerkstrategien sowie zur Unterstützung von Wissens- und Erfahrungsaustausch wird jährlich eine internationale Konferenz organisiert. Der Bericht „Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus dem internationalen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ wurde 2003 in der Schriftenreihe des Gesundheitsressorts publiziert.

Gesundheitsförderung in der Schule:

Das Programm der „Gesundheitsfördernden Schule“ wurde im Rahmen eines internationalen Netzwerks der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des Europarates und der Europäischen Union von 1993 bis 1996 in elf Pilotschulen aus ganz Österreich erprobt und erfolgreich umgesetzt. Das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ (ÖNGS) wird vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaften und Kunst und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen getragen und finanziert.

Die wichtigsten Ziele dieses Netzwerks sind die Sensibilisierung für einen Gesundheitsbegriff, der körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden umfasst, das Vermitteln von Kenntnissen und Fähigkeiten, die die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise unterstützen, die Gestaltung der Organisation Schule zu einem gesunden Erfahrungs- und Lebensraum sowie die Stärkung der Gemeinschaft in der Schule, die Förderung der Elternmitarbeit und die Partizipation mit relevanten Umwelten.

Bis 2002 konnte das ÖNGS für weitere interessierte Schulen geöffnet werden, in diesem Jahr waren österreichweit bereits 102 Schulen beteiligt. Zur Betreuung der Netzwerkschulen wurde ein Netzwerksekretariat eingerichtet. Der weitere Ausbau des Schulnetzwerks und die Etablierung regionaler Unterstützungsstrukturen in den Bundesländern ist vorgesehen.

Gesundheitsförderung im Betrieb:

Seit 1996 besteht das „Europäische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“, dessen österreichische Kontaktstelle bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse angesiedelt ist. Ihre Aufgabe besteht darin, die in den Mitgliedstaaten der EU zu den einschlägigen Themen verfügbaren Informationen zu sammeln und allen Interessierten in Österreich zugänglich zu machen. Um die Strategie betrieblicher Gesundheitsförderung auch regional zu verbreiten, wurde zu Beginn des Jahres 2000 das „Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“ (ÖNBG) mit Kontaktstellen in jedem Bundesland gegründet. Diese Institution vergibt seit dem Jahr 2000 in Kooperation mit dem FGÖ und den Sozialpartnern den so genannten „BGF-Oskar“, einen Preis für betriebliche Gesundheitsförderung für Unternehmen, die sich besonders um Gesundheit und Wohlbefinden ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Arbeitsplatz verdient gemacht haben.

Spezifische Gesundheitsförderung:

Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte sind umso effektiver, je genauer sie auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmt sind. Wesentlich für Gesundheit bzw. Krankheitsrisiko einer Person ist v. a. Geschlecht, Herkunft, Alter, soziale Schicht, Einkommen und Lebensstil. Das Gesundheitsressort wollte daher feststellen, ob auch in Österreich sozialschichtabhängige gesundheitliche Ungleichheiten bestehen, in welchem Ausmaß die Bevölkerung auf Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem stößt und inwiefern das Angebot an Vorsorgeleistungen die Bedürfnisse der Bevölkerung deckt.

Dem Bedarf an geschlechtsspezifischer Gesundheitspolitik wurde vom Gesundheitsressort durch die Etablierung einer Abteilung für Frauengesundheit und der Gründung der männer-

politischen Grundsatzabteilung im Frühling 2001 Rechnung getragen. Hauptaufgaben dieser Abteilungen sind neben der allgemeinen Verbesserung von geschlechtsspezifischer Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung die Kontakte mit verschiedenen Gesundheits- und Beratungseinrichtungen und deren Vernetzung, der Aufbau von Kompetenzzentren sowie die wissenschaftliche Bearbeitung geschlechtsspezifischer Themen; wozu auch eine Reihe von Tagungen veranstaltet und mehrere Studien beauftragt wurden.

Von der Abteilung Sozialpolitik wurden Aktivitäten für sozial benachteiligte Personen gesetzt, deren wichtigste die Erstellung eines nationalen Aktionsplans gegen Armut (NAP), der auch ein Gesundheitskapitel umfasst, war. In weiterer Folge wurde die Erarbeitung eines nationalen Gesundheitsplans in Angriff genommen. Zusätzlich beauftragte das Ressort das ÖBIG mit der Erstellung der Studie „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“, in der erstmalig für Österreich ein Zusammenhang zwischen dem Einkommen einer Person und ihrem Gesundheitszustand bzw. -verhalten nachgewiesen werden konnte. Eine wichtige Initiative wurde mit der so genannten Behindertenmilliarde (€ 72.672.834,-) auch im Bereich der Behindertenförderung gesetzt. Mit diesen Mitteln konnten im Jahr 2001 376 Projekte (2002 voraussichtlich 362) gefördert werden, die unter dem Schlagwort „Beschäftigungsoffensive“ zusammengefasst werden können. Außerdem ist vom Ressort beabsichtigt, Förderungen nach dem Behinderteneinstellungsgesetz auszuweiten.

Transplantationswesen

(siehe Abschnitt 7.7, Seite 143 ff.)

Der Versorgungsgrad der Österreichischen Bevölkerung mit Organtransplantationen lag im vergangenen Jahrzehnt im internationalen Spitzenfeld. Dazu haben neben der Leistungsfähigkeit der österreichischen Transplantationszentren auch nachstehende Maßnahmen beigetragen: Seit 1993 werden den Krankenanstalten Kostenersätze für Aufwendungen bei der Organgewinnung (und auch der Knochenmarkspendertypisierung) gewährt. Im Jahre 1998 wurden regionalspezifische Programme zur Förderung der Meldebereitschaft präsumtiver Organspender durch die Krankenanstalten begonnen, die in der Einrichtung so genannter regionaler Transplantationsreferenten resultierten. Als zentrales Vorhaben gilt die Entwicklung und Durchführung weiterer Fördermaßnahmen zum Organspendewesen. Das auf Initiative des Gesundheitsressorts im Jahre 1991 am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) eingerichtete Koordinationsbüro für das Transplantationswesen ist mit der Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen betraut.

Neben der Organtransplantation hat in den letzten Jahren die Transplantation von menschlichen Geweben und Zellen zunehmend an Bedeutung gewonnen. In diesem Bereich liegen große Chancen für Patientinnen und Patienten, die an schweren Erkrankungen leiden. Gleichzeitig zeigen Erfahrungen, dass diese neuen Therapien auch mit Risiken (insbesondere im Hinblick auf Krankheitsübertragungen vom Spender auf den Empfänger) behaftet sind. Wie auch bei der Organtransplantation besteht bei einigen Gewebearten zusätzlich ein Mangel an Spender-gewebe. Zur Umsetzung von Maßnahmen, die der Sicherung einer ausreichenden und qualitativ hochstehenden Versorgung der Bevölkerung mit Gewebe- und Zelltransplantaten dienen, wurde im Jahr 1999 am ÖBIG eine eigene Koordinationsstelle für

Gewebetransplantationen eingerichtet. Die Projektarbeiten der Koordinationsstelle umfassen die Erstellung von Richtlinien für Gewebebanken, die Kalkulation von Kostenersätzen für Transplantate sowie die fortlaufende Dokumentation des Transplantationsgeschehens und erfolgen in enger Abstimmung mit medizinischen Expertinnen und Experten.

Onkologische Versorgung

(siehe Abschnitt 7.8, Seite 157 ff.)

Um die Versorgung von Krebspatienten auf ein hohes Niveau zu stellen, wurden Qualitätskriterien hinsichtlich beruflicher Qualifikation des versorgenden Personals, der Einrichtung und Ausstattung der die Therapien durchführenden Krankenanstalten, der palliativ-onkologischen Versorgung, der Schmerzbehandlung sowie der psycho-onkologischen und psychosozialen Versorgung definiert. Weiters wurde ein dreistufiges Versorgungsmodell (Onkologisches Zentrum (ONKZ) - Onkologischer Schwerpunkt (ONKS) - Internistische Fachabteilung mit Onkologie (ONKF) entwickelt.

Im Berichtszeitraum wurde auch die Versorgung krebskranker Kinder und Jugendlicher zum Thema gemacht. Dabei wurde das Modell der pädiatrisch hämatologisch/onkologischen Zentren entwickelt. An die Versorgung krebskranker Kinder und Jugendlicher sind hohe Anforderungen hinsichtlich personeller Qualifikation und Erfahrung, diagnostischer und therapeutischer Kenntnisse und räumlicher Ausstattung zu stellen. Aus Gründen der Erreichbarkeit und unter Bedachtnahme auf die epidemiologische Lage sowie aus Gründen der Qualitätssicherung wurden für Österreich fünf Zentren vorgeschlagen.

In-vitro-Fertilisation

(siehe Abschnitt 7.9, Seite 160 f.)

Im Juli 1999 hat der Nationalrat ein Bundesgesetz beschlossen, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation ab 1. Jänner 2000 eingerichtet wird (IVF-Fonds-Gesetz). Darin ist festgelegt, dass beim nunmehrigen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ein Fonds zur Mitfinanzierung der In-vitro-Fertilisation einzurichten ist. In den Jahren 2000 und 2001 wurden mit Unterstützung des IVF-Fonds 8.652 IVF-Versuche von 6.221 Kinderwunschpaaren durchgeführt. Die Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion lag im Jahr 2000 durchschnittlich bei 24 Prozent und im Jahr 2001 durchschnittlich bei 23 Prozent.

Blut und Blutprodukte

(siehe Abschnitt 7.10, Seite 161 ff.)

Blut und Blutprodukte fallen, soweit sie zur Anwendung am Menschen bestimmt sind, unter das Arzneimittelrecht. Als weitere Rechtsnormen kamen in der Berichtsperiode das Blutsicherheitsgesetz und die Blutspenderverordnung hinzu.

Die Maßnahmen der letzten Jahre zielten insbesondere auf die Erhöhung der Sicherheit der Blutprodukte sowie der Implementierung blutsparender Maßnahmen ab (z. B. durch verpflichtende Durchführung des Hepatitis-C-Virus-Genom-Nachweises mittels der Nuklein-

säureamplifikationsmethode (NAT), Ausschluss von Blutspendern, die sich länger in Großbritannien aufgehalten haben). Weiters trugen die Einrichtung und Inspektion von Blutdepots, deren Aufgaben in den „Mindeststandards für Blutdepots“ festgeschrieben wurden, zur Verringerung der Transfusionsrate, aber auch zur deutlichen Senkung der Verwurfrate bei.

Arzneimittel

(siehe Abschnitt 7.11, Seite 163 ff.)

Da die Arzneimittelausgaben in den letzten Jahren starke Zuwächse erfuhren, wurden im Berichtszeitraum Maßnahmen zur Kostendämpfung eingeleitet. So wurden unter anderem die Spannen des Großhandels im Jahr 2000 abgesenkt und mit den Apothekern ein „Solidaritätsmodell“ vereinbart. Zur Unterstützung des Ressorts bei der Beobachtung der Preisentwicklung wurde das ÖBIG-Service zu Arzneimittelpreisen (Pharma-Preisinformation, PPI) eingerichtet und Studien zur Untersuchung der Arzneimittelmärkte oder zu Einsparpotenzialen in Österreich durch Generika durchgeführt.

Auch kam es zu zahlreichen Neuregelungen und Änderungen im Arzneimittelrecht (z. B. Anti-Doping-Konvention, Klagsmöglichkeit der Verbraucherschutzverbände, Adaptierungen des Arzneiwareneinfuhrgesetzes, Umsetzung der europäischen Pharmakovigilanzbestimmungen). Aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofs vom 27. 11. 2001 musste die Verfahrensordnung für die Aufnahme von Arzneimitteln in das Heilmittelverzeichnis neu geregelt werden. Im Zuge dessen wurde beim Ressort eine unabhängige Heilmittelkommission eingerichtet, deren Aufgabe es ist, bei Beschwerden von Pharmaunternehmen gegen Entscheidungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zu entscheiden.

Medizinprodukte

(siehe Abschnitt 7.12, Seite 172 f.)

Unter der Vielfalt an Medizinprodukten haben in den vergangenen Jahren speziell die In-vitro-Diagnostika (= medizinische Labordiagnostika und Laborgeräte) große Bedeutung erlangt. Eine Richtlinie der EU (98/79/EG) definiert für diese Produkte allgemeine Sicherheits- und Leistungsanforderungen, ein neues europäisches Zulassungsverfahren sowie Kontrollmechanismen. Daraus ergab sich für Österreich die Notwendigkeit, ein Register für Medizinprodukte einzurichten und darin die in diesem Staat ansässigen Personen und Firmen, welche für das erstmalige Inverkehrbringen von Medizinprodukten oder IVD im Europäischen Wirtschaftsraum verantwortlich sind, datenmäßig zu erfassen. Durch die Novelle BGBl I 1999/117 wurde im Berichtszeitraum die notwendige Anpassung des Medizinproduktegesetzes (MPG BGBl 1996/657) an die Bestimmungen der Richtlinie 98/79/EG vorgenommen. In der Folge ergab sich durch diese Adaptierung des MPG auch der Bedarf an einer Neufassung der Verordnungen „Klassifizierung von Medizinprodukten“ und „Grundlegende Anforderungen an Medizinprodukte“, dem durch die Verordnungen BGBl II 2000/381 bzw. BGBl II 2001/9 entsprochen wurde.

Zur konkreten Realisierung der mit der MPG-Novelle BGBl I 1999/117 normierten Registrierungspflicht hat das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) im

Jänner 2000 das ÖBIG mit der Einrichtung und Führung des Österreichischen Medizinproduktregisters beauftragt. Grundlegend hierfür wurde vom ÖBIG ein Konzept der internetbasierten Datenerhebung mittels eines Web-Site-Eingabeformulars erstellt. Im Jahr 2001 wurde dieses Konzept EDV-technisch umgesetzt. Besonderes Augenmerk wurde auf die Einhaltung aller Datenschutzbestimmungen gelegt. Parallel dazu gibt es Bestrebungen auf europäischer Ebene, eine zentrale Datenbank für Medizinprodukte inklusive IVD, in der auch Vigilanzdaten erfasst werden sollen, aufzubauen.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

(siehe Abschnitt 7.13, Seite 174 ff.)

Innerhalb des Gesundheitswesens ist der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) jener Teil, der die Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben und Interessen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens innehat. Seine Hauptfunktion ist die Gesunderhaltung der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen. Er umfasst so wichtige Aufgaben wie Gesundheitsaufsicht und Hygieneüberwachung, gesundheitlichen Umweltschutz (beides sind Aufgabenbereiche im Sinne der Verhältnisprävention), Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich der Vorbeugung vor übertragbaren Krankheiten durch Impfungen. Die Weiterentwicklung der Impfdokumentation und die Erhöhung der Durchimpfungsraten sind wichtige Aufgaben für die Zukunft. Ebenso wie die laufende Modernisierung des ÖGD. Die Gesellschaft benötigt den - von Privatinteressen unabhängigen - medizinischen Sachverstand der Amtsärztinnen und Amtsärzte.

3.5 Ausbildung und Ausbildungsreform

(siehe Kapitel 8, Seite 178 ff.)

Ärzterschaft

(siehe Abschnitt 8.2, Seite 178)

Die Ärztegesetz-Novelle 2001 (siehe auch Kapitel 6) brachte wesentliche Änderungen im Bereich der Aus- und Fortbildung. Diese Änderungen betrafen vor allem Maßnahmen der Qualitätssicherung der Ausbildung wie die Prüfung von Ausbildungsstätten (Visitationen), die Einführung von Prüfungen für Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin und für Fachärztinnen und -ärzte sowie die ärztliche Fortbildung betreffende Präzisierungen.

Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

(siehe Abschnitt 8.2, Seite 179 ff.)

Im Berichtszeitraum zeigte sich die Notwendigkeit der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) 1997. Aus diesem Grund legte das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) im Mai 2002 den Entwurf eines Bundesgesetzes zur Begutachtung vor, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und das MTF-SHD-G geändert und zur Beschlussfassung vorbereitet wurden. Geändert wurden insbesondere die Regelungen der Sonderausbildung für Kinderintensivpflege und Kinderanäs-

thesiepflege, der Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben sowie der Weiterbildung für Pflegehelferinnen und Pflegehelfer.

Um in einem erweiterten Tätigkeitsbereich der Pflege (Spezialaufgaben sowie Lehr- und Führungsaufgaben) gemäß § 17 des GuKG 1997 tätig werden zu können, sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verpflichtet, eine Sonderausbildung zu absolvieren. Die Konzepte für die Sonderausbildungen in Lehr- und Führungsaufgaben wurden vom ÖBIG im März 2001 dementsprechend modifiziert und für die Verankerung in der Verordnung vorbereitet. Derzeit werden die Verordnungsentwürfe von Anbieterorganisationen für die Ausgestaltung der Sonderaus- und -weiterbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehilfe herangezogen.

Das ÖBIG entwickelte bzw. überarbeitete im Auftrag des Gesundheitsressorts Curricula für die Ausbildungen in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege, Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegehilfe, um die Ausbildungsqualität in diesem Bereich zu fördern und um Grundlagen für Qualitätssicherung zur Verfügung zu stellen.

Im Rahmen des Leonardo-da-Vinci-II-Programmes wurde - ebenfalls gefördert vom Gesundheitsressort - ein modular aufgebautes Curriculum für die Weiterbildung „European Competence in Care and Nursing (ECCN)“ zur Förderung der Mobilität von Pflegefachkräften in Europa entwickelt.

Die demographische Entwicklung, die gesundheitspolitische Leitlinie „ambulant vor stationär“, die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder, der vorwiegend in Pflegeheimen sowie im ambulanten Pflegebereich existierende Fehlbestand an Pflegepersonal sowie die rückläufigen Bewerberzahlen an Österreichs Gesundheits- und Krankenpflegesschulen haben die Pflegeausbildung wieder in das Zentrum öffentlichen Interesses gerückt. Obwohl das Bundesgesetz zur Regelung dieser Berufe erst sechs Jahre jung und bereits einmal novelliert ist, besteht Handlungsbedarf, um dem Versorgungsauftrag zu entsprechen und den Bedarf im Bereich Pflege zukünftig decken zu können.

Gehobene medizinisch-technische Berufe

(siehe Abschnitt 8.3, Seite 184 ff.)

Projekt Curricula MTD:

Das Gesundheitsressort beauftragte das ÖBIG, Curricula für die Ausbildung in den sieben Sparten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) zu entwickeln. In der zweiten und dritten Phase der Curriculumentwicklung (2000 und 2001) wurden die Konzeptionsrahmen für die Ausbildung des Diätendienstes und ernährungsmedizinischen Beratungsdienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes, des orthoptischen Dienstes, des physiotherapeutischen Dienstes, des medizinisch-technischen Laboratoriumsdienstes sowie des radiologisch-technischen Dienstes erarbeitet und mit der Ausarbeitung von Unterrichtsfächern der drei erstgenannten Sparten begonnen.

Projekt Qualitätssicherung MTD:

Das Gesundheitsressort beauftragte das ÖBIG des Weiteren, das aktuelle Berufsfeld der sieben Sparten der MTD (Berufsprofile, Leistungskataloge, etc.) zu erheben, damit daraus die entsprechenden Qualitätserfordernisse für die Ausbildung und für die Curriculumentwicklung (s. o.) abgeleitet werden können. Im Berichtszeitraum wurden auf Grundlage von Befragungen von Berufsangehörigen sowie unter Hinzuziehung weiterer Datenquellen Berufsprofile erstellt und den relevanten Projektumwelten zur kommunikativen Validierung übermittelt.

Kardiotechnischer Dienst

(siehe Abschnitt 8.4, Seite 186 f.)

Im Vergleich zu anderen Berufen im Gesundheitswesen ist der Kardiotechnische Dienst noch recht jung. 1963 übernahm zum ersten Mal ein Kardiotechniker die Handhabung der Herz-Lungen-Maschine zur Durchführung der extrakorporalen Zirkulation beim Eingriff am offenen Herzen. Obwohl nur eine kleine Berufsgruppe - zum Stichtag 31. Dezember 2000 gab es 38 Kardiotechnikerinnen und Kardiotechniker in Berufsausübung und fünf in Ausbildung - erhielt sie ein eigenes Gesetz, das mit 1. Jänner 1999 in Kraft trat. Am 7. September 2001 wurde die Ausbildungsverordnung erlassen, und seit Sommer 2002 liegt das am ÖBIG mit Experten erarbeitete Curriculum für die theoretische Ausbildung vor.

Sanitätshilfsdienste

(siehe Abschnitt 8.5, Seite 187 ff.)

Von den zehn im Krankenpflegegesetz aus dem Jahr 1991 (dem späteren MTD-SHD-Gesetz) geregelten Sanitätshilfsdiensten wurden die Tätigkeitsbereiche und die Ausbildungsregelungen der Sanitätsgehilfinnen und -gehilfen sowie der Heilmasseurinnen und Heilmasseure durch Erlass eigener Gesetze neu geregelt.

Rettungssanitäter und Notfallsanitäter:

Aus dem einstigen Sanitätsgehilfen wurde durch die Erlassung eines neuen Gesetzes der Rettungs- bzw. Notfallsanitäter. Am 1. Juli 2002 trat das Gesetz in Kraft. Aus einem einstigen Hilfsdienst wurde nun ein qualifizierter Beruf mit Aufstiegschancen im Rahmen der Notfallkompetenzen. Im Rahmen der Gesetzgebung handelt es sich hier um ein Novum: Zum ersten Mal wird auch eine ehrenamtliche Tätigkeit gesetzlich geregelt. Die Ausbildungsverordnung steht noch aus.

Medizinischer Masseur und Heilmasseur

(siehe Abschnitt 8.6, Seite 190 ff.)

So wie der Sanitätsgehilfe gehörten auch der Heilbademeister und der Heilmasseur zu den Sanitätshilfsdiensten. Am 1. März 2003 trat das neue Gesetz bezüglich des medizinischen Masseurs und Heilmasseurs in Kraft. Der einstige Sanitätshilfsdienst wurde damit aufgehoben. Am 20. Mai 2003 wurde die Ausbildungsverordnung veröffentlicht. Durch die längere

und qualifiziertere Ausbildung wurde das Tätigkeitsspektrums erheblich erweitert. So wie beim Rettungssanitäter können zusätzlich zur Grundqualifikation weitere Kompetenzen erworben werden. Darüber hinaus kann der Heilmasseur nach Ablegung einer entsprechenden Prüfung auch freiberuflich tätig sein.

4 Gesundheitszustand der Bevölkerung

Zielsetzung dieses Kapitels ist eine knappe Darstellung des Gesundheitszustandes der österreichischen Wohnbevölkerung anhand ausgewählter Kennzahlen und Statistiken mit Hinweisen auf die historische Entwicklung sowie internationalen Vergleichen. Auf eine umfassende bzw. ins Detail gehende Beschreibung wird verzichtet, da sie Gegenstand des vom Gesundheitsressort in Zusammenarbeit mit Statistik Österreich herausgegebenen „Gesundheitsstatistischen Jahrbuchs“ ist. Gesundheitsrelevante Daten, insbesondere aus der Arbeitswelt, finden sich in dem ebenfalls jährlich herausgegebenen „Bericht über die soziale Lage“ des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (dem nunmehrigen Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz). Des Weiteren wird im Auftrag des Gesundheitsressorts am ÖBIG ein epidemiologischer österreichischer Gesundheitsbericht erstellt.

Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei der Geburt der österreichischen Männer ist im Berichtszeitraum von 74,9 Jahren im Jahr 1999 auf 75,5 Jahre im Jahr 2001 gestiegen, jene der Frauen von 80,6 Jahren auf 81,2 Jahre. Der sich längerfristig abzeichnende Trend einer Annäherung der Lebenserwartung der Männer an jene der Frauen hat sich in den Jahren 1999-2001 nicht fortgesetzt, der Abstand betrug konstant 5,7 Jahre. Im Alter von 60 Jahren konnte 2001 ein österreichischer Mann mit 20 weiteren Lebensjahren rechnen (1998: 19,4), eine Frau mit 23,8 weiteren Lebensjahren (1998: 23,3).

Auch die Anzahl jener Jahre, die frei von erheblichen körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen (das sind solche Behinderungen, die zu einer dauernden Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit führen) erwartet werden können, ist weiter gestiegen: bei den Männern auf 69,2 Jahre, bei den Frauen auf 73,2 Jahre. Dennoch hat sich bei beiden Geschlechtern auch jene Zeitspanne, welche - meist im letzten Lebensabschnitt - mit funktionellen Einbußen von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten verbracht werden, bei beiden Geschlechtern verlängert. Diese Lebensspanne beträgt nunmehr rund 6,3 Jahre bei den Männern und 8,0 Jahre bei den Frauen.

Im Jahr 2000 lag Österreich hinsichtlich der Lebenserwartung (Männer und Frauen) mit Spanien an vierter Stelle der EU-Länder. Eine höhere Lebenserwartung wiesen in diesem Jahr Schweden (+ 0,9 Jahre), Italien (+ 0,4 Jahre) und Frankreich (+ 0,2 Jahre) auf.

Säuglingssterblichkeit

Während sich bei den Mädchen der langjährig zu beobachtende Trend sinkender Säuglingssterblichkeit auch im Berichtszeitraum weiter fortgesetzt hat und 2001 mit 3,7 im ersten Lebensjahr verstorbenen Kindern pro 1.000 Lebendgeborenen den tiefsten Wert seit 1982 erreicht hat, stieg die Säuglingssterblichkeit bei den Buben nach 1999 (4,4) wieder an; der

Wert erreichte 2001 mit 6,0 Promille wieder die Größenordnung des Jahres 1995. Häufigste Ursachen waren „angeborene Missbildungen“ (31,5 % bei abnehmender Tendenz), „nicht näher bezeichnete Unreife“ (25,5 % bei leichter Zunahme 1999-2001) sowie „sonstige perinatale Todesursachen“ (vorwiegend bedingt durch Komplikationen der Plazenta, Nabelschnur oder Eihäute, durch Asphyxie und Hypoxie sowie durch Schädigungen durch Schwangerschaftskomplikationen; 24 % bei steigender Tendenz 1999-2001). Der „plötzliche Kindstod“, in den Jahren 1985 bis 1993 noch bei mehr als 100 im ersten Lebensjahr verstorbenen Kindern jährlich als Todesursache diagnostiziert, verlor weiter an Bedeutung, die Anzahl der an dieser Todesursache verstorbenen Säuglinge sank bis 2001 auf 23 (6 % der verstorbenen Säuglinge).

Im Vergleich mit den Ländern der Europäischen Union (EU 15) rangiert Österreich hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit mit den Niederlanden, Frankreich und Spanien im Mittelfeld. Deutlich niedrigere Säuglingssterblichkeiten weisen die skandinavischen Länder und Deutschland auf, die höchsten Säuglingssterblichkeiten wurden im Jahr 2000 in Griechenland und Irland ausgewiesen.

Todesursachen

Bedingt durch die im Vergleich zum Ausland hohe Obduktionsquote besitzt Österreich eine qualitativ hochstehende Todesursachenstatistik. Sie stellt eine wesentliche Grundlage für epidemiologische Aussagen dar. Aus Vergleichsgründen werden in der Regel auf Alter und Geschlecht bezogene statistische Maßzahlen angegeben.

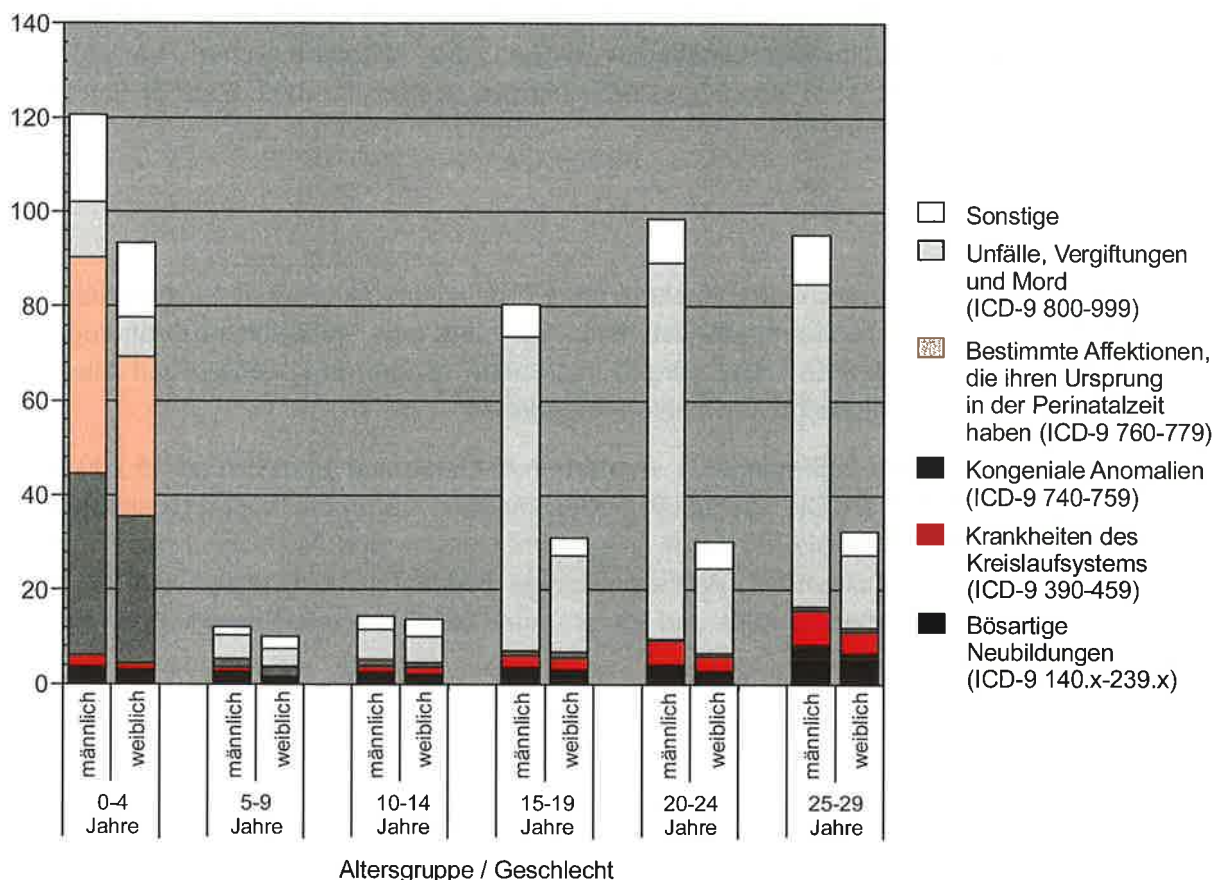
Im Durchschnitt der Jahre 1999 bis 2001 verstarben in Österreich jährlich rund 35.200 Männer und rund 41.400 Frauen. Die häufigsten Todesursachen waren bei beiden Geschlechtern Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems, insgesamt wurden rund 52 Prozent der Todesfälle auf diese Ursache zurückgeführt. Weitere wichtige Todesursachengruppen sind Krebserkrankungen (rund ein Viertel), Unfälle und Vergiftungen (5,7 %) sowie Erkrankungen der Atmungsorgane (5,2 %).

Die geschlechts- und altersgruppenspezifische Betrachtung der Todesursachenstatistik zeigt, dass der hohe Anteil der Herz-/Kreislauf-Todesursachen auf den großen Anteil dieser Diagnose in den zahlenmäßig deutlich überwiegenden Todesfällen in den höheren Altersgruppen, namentlich bei den Frauen, zurückzuführen ist. Bei den in jüngeren Jahren verstorbenen Personen überwiegen andere Todesursachen. Dabei übertrifft die Anzahl verstorbener Männer in allen betrachteten Altersgruppen jene der Frauen, die (altersstandardisierte) Sterblichkeit der Männer ist - spiegelbildlich zur niedrigeren Lebenserwartung - höher als jene der Frauen. Bereits bei den Kindern bis zu fünf Jahren übersteigt die Sterblichkeit der Buben jene der Mädchen um nahezu ein Drittel (was auch auf die höhere Säuglingssterblichkeit zurückzuführen ist). Die Differenz bei der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit steigt mit zunehmendem Alter des Todeseintritts bis zum frühen Erwachsenenalter (in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen sterben je 100.000 Einwohner mehr als dreimal so viele Männer wie Frauen) und nimmt mit steigendem Alter wieder tendenziell ab.

Während bei den bis zu Fünfjährigen Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit und angeborene Anomalien die häufigsten Todesursachen sind, überwiegen bei den Kindern ab fünf Jahren und den Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen Unfälle und Vergiftungen bei weitem alle anderen Todesursachen. Dies trifft auf beide Geschlechter zu, sowohl Anzahl als auch Anteil sind bei der männlichen Bevölkerung aber weit höher als bei der weiblichen: bei den 20- bis 24-Jährigen sterben je 100.000 Einwohner mehr als viermal so viele Männer wie Frauen an Unfällen.

Abbildung 4.1: Die häufigsten Todesursachen der bis 29-Jährigen nach Geschlecht und Fünfjahres-Altersgruppen 1999-2001

Verstorbene je 100.000 EW

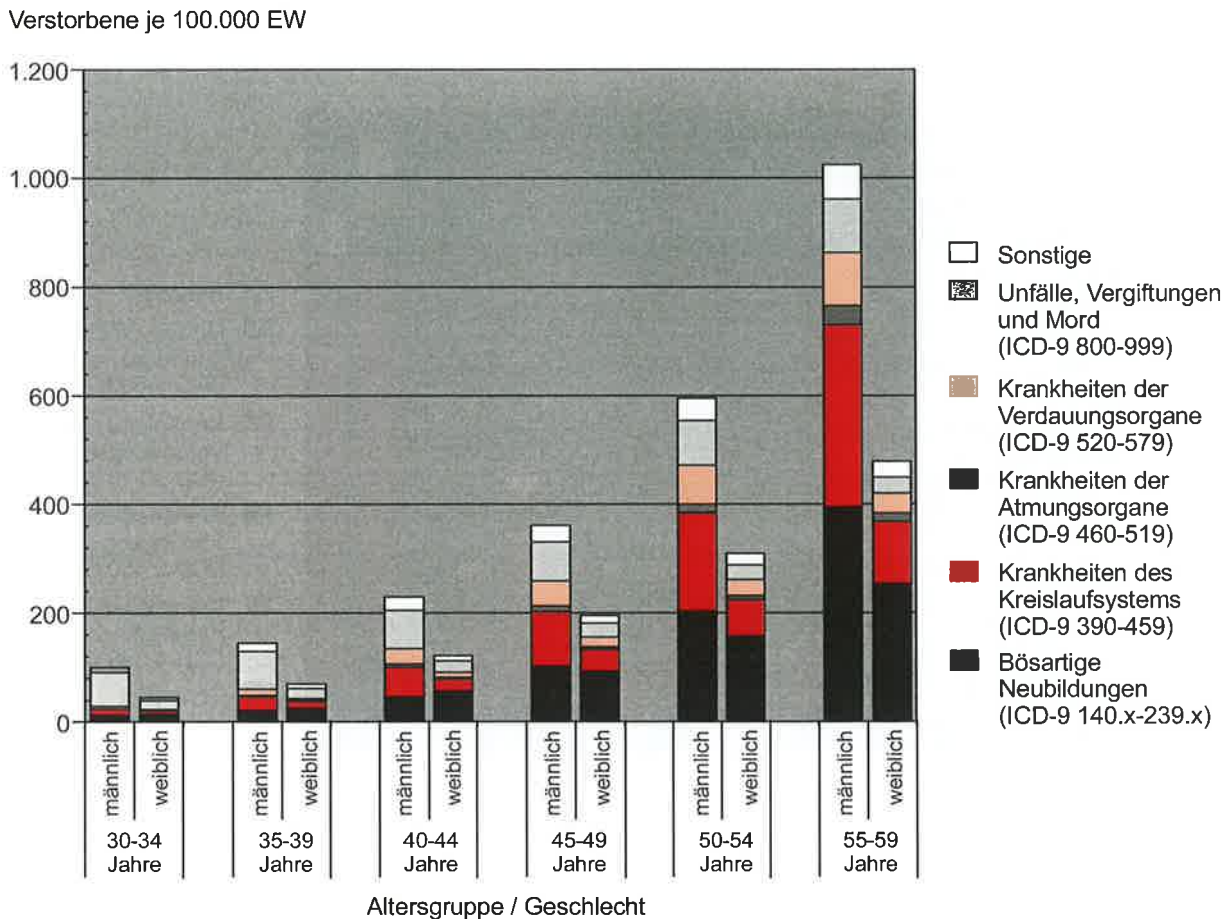


Quellen: ST.AT-Todesursachenstatistik 1999-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit des Krebs als Todesursache zu. Bei den Frauen ist ab der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen Krebs bereits die häufigste Todesursache, bei den Männern ab der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen. Während im Alter von 35 bis 44 Jahren die Krebssterblichkeit der Frauen (um 10-20 %) höher als jene der Männer ist, übersteigt ab der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen die Sterblichkeit der Männer jene der Frauen mit zunehmender Tendenz: bei den 65- bis 69-Jährigen sind unter der männlichen

Bevölkerung nahezu doppelt so viele Krebstote zu beklagen wie unter der weiblichen Bevölkerung.

Abbildung 4.2: Die häufigsten Todesursachen der 30- bis 59-Jährigen nach Geschlecht und Fünfjahres-Altersgruppen 1999-2001



Quellen: ST.AT-Todesursachenstatistik 1999-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

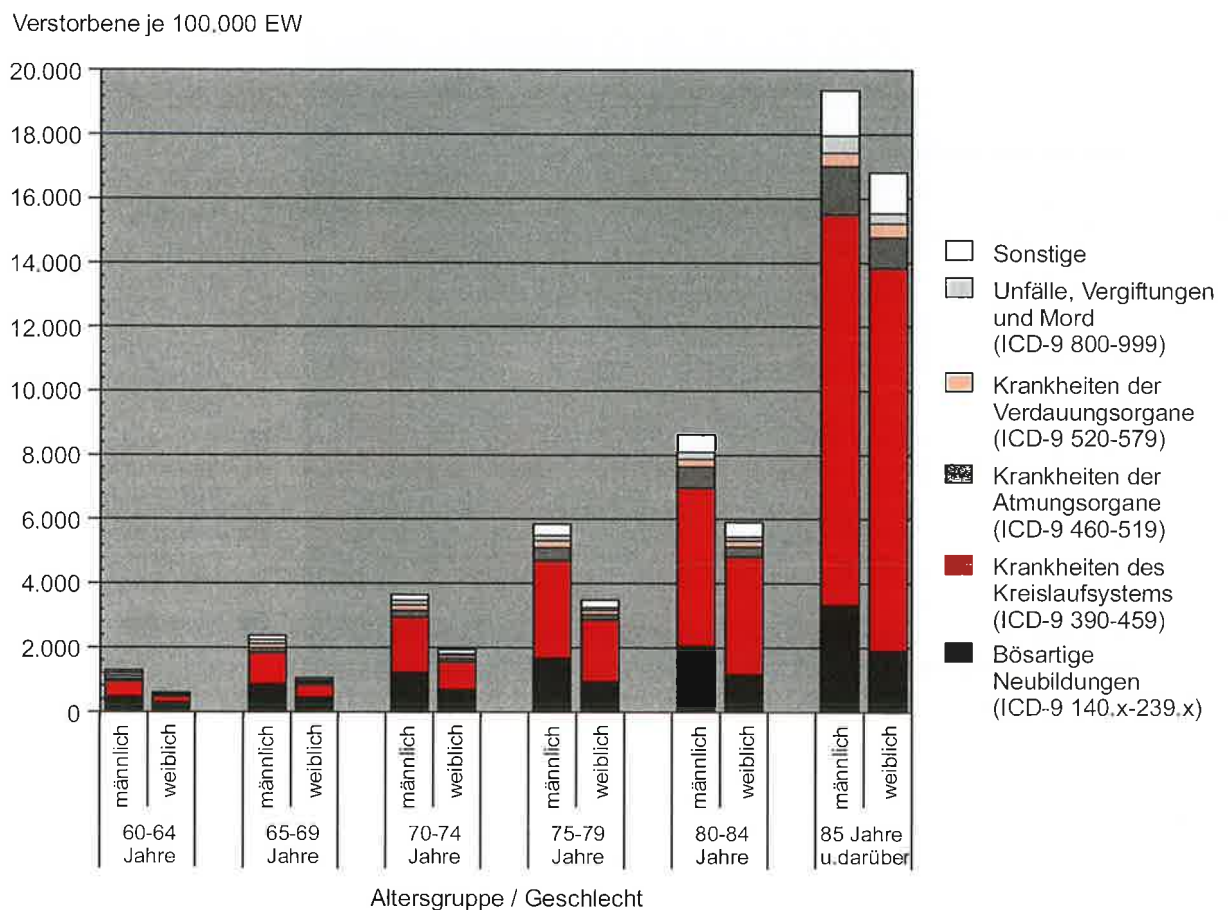
Ogleich die Krebssterblichkeit mit weiter zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern tendenziell auch weiterhin stark ansteigt, lösen Herz-/Kreislauf-Erkrankungen den Krebs in Folge als häufigste Todesursache ab - bei den Frauen in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen, bei den Männern bereits bei den 60- bis 64-Jährigen.

Krankenhausmorbidität

Die österreichischen Krankenanstalten sind verpflichtet, jährlich Statistikdaten sowie personenbezogene Daten über ihre Patientinnen und Patienten zu liefern. Die gesetzliche Grundlage dafür wurde im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen aus dem

Jahr 1996 und in den entsprechenden Verordnungen zu diesem Gesetz neu definiert. Die genannten Daten sind eine wertvolle Grundlage für die Krankenanstaltenplanung sowie für die Beurteilung der Krankenhausmorbidity.

Abbildung 4.3: Die häufigsten Todesursachen der über 59-Jährigen nach Geschlecht und Fünfjahres-Altersgruppen 1999-2001



Quellen: ST.AT-Todesursachenstatistik 1999-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Anzahl der stationären Aufnahmen ist im Berichtszeitraum weiterhin angestiegen, im Durchschnitt der Jahre 1999-2001 wurden jährlich rund 2,3 Mio. Aufnahmen von Personen mit Wohnsitz in Österreich in österreichischen Krankenanstalten dokumentiert - das bedeutet eine Zunahme von mehr als zehn Prozent gegenüber der Vorperiode (1996-1998). Die häufigsten Ursachen für stationäre Aufnahmen waren - wie bereits in den Jahren 1996 bis 1998 - bei beiden Geschlechtern Krankheiten des Kreislaufsystems (14,1 %) und Krebserkrankungen (12,8 %). Häufigste zu einer stationären Aufnahme führende Krebserkrankungen waren bei den Männern Prostata-, Darm- und Lungenkrebs, bei den Frauen Brust-, Eierstock- und Darmkrebs. Während bei den Männern Verletzungen und Vergiftungen an dritter Stelle bei der Häufigkeit für stationäre Aufnahmen lagen (12,8 %), waren es bei den Frauen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (10,7 %). Weitere häufige Krankhei-

ten, die zu stationären Aufnahmen führten, waren Krankheiten der Verdauungsorgane und Komplikationen der Schwangerschaft oder Geburt. Insgesamt bedingten die genannten Erkrankungsgruppen über 60 Prozent der im Zeitraum 1999 bis 2001 dokumentierten stationären Aufnahmen.

Die höchsten Zunahmen gegenüber der Vorperiode wurde bei den Krebserkrankungen (27 % bei den Männern, 19 % bei den Frauen, insgesamt 22,5 %) und bei Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (Männer 20,6 %, Frauen 24,3 %, insg. 20,6 %) verzeichnet. Die Zuwächse an stationären Aufnahmen bei diesen beiden Krankheitsgruppen bilden nahezu 43 Prozent der gesamten Zunahmen an stationären Fällen.

„Ambulante Morbidität“

Bezüglich des Gesundheitszustandes und der Erkrankungen der Bevölkerung, die nicht zu einem stationären Aufenthalt in einer Krankenanstalt führen, stehen zur Zeit nur Ergebnisse aus Befragungen zur Verfügung. 1999 wurde von ST.AT im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms „Fragen zur Gesundheit“ der Gesundheitszustand (nach eigener Einschätzung), Arten gesundheitlicher Beschwerden und Krankheiten, gesundheitsbeeinflussende Verhaltensweisen sowie der Konsum medizinischer Leistungen erhoben.

Gemäß den Ergebnissen dieser Befragung schätzen 73,5 Prozent der Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ ein, 20,4 Prozent als „mittelmäßig“ und 6,1 Prozent als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Der eigene Gesundheitszustand wird von Frauen (in geringfügigem Ausmaß) schlechter eingeschätzt als von Männern.

Die am häufigsten genannten Krankheiten waren Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina und akute Bronchitis (ca. ein Viertel der Befragten litt in den zwölf Monaten vor der Befragung an einer dieser Erkrankungen). Andere Erkrankungen wurden weitaus seltener genannt: An Verletzungen litten 4,5 Prozent, an Magen- oder Darmerkrankungen 3,5 Prozent, an Wirbelsäulenschäden 3,0 Prozent, an Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten 2,8 Prozent und an Gelenkerkrankungen 2,3 Prozent. Zwei Prozent der Frauen litten im Jahr vor der Befragung an einer gynäkologischen Erkrankung. Alle übrigen Krankheiten wurden von höchstens knapp mehr als einem Prozent der Befragten angegeben.

Die am häufigsten genannten Beschwerden sind Rücken- und Kreuzschmerzen (20,7 %), Gelenks-, Nerven- oder Muskelschmerzen (17,4 %), Kopfschmerzen/Migräne (11,8 %), Schlafstörungen (10,5 %) sowie Wetterempfindlichkeit (10,2 %). Abgesehen von den Rücken- und Kreuzschmerzen, unter denen Männer und Frauen gleichermaßen leiden, sind von allen angeführten Beschwerden Frauen in höherem Ausmaß betroffen als Männer.

Unter den chronischen Erkrankungen der österreichischen Bevölkerung weisen Gelenkerkrankungen (inkl. Rheumatismus 7,9 %), Bluthochdruck sowie Schäden der Wirbelsäule (jeweils 5,6 %) die höchsten Anteile auf. Von all den genannten chronischen Erkrankungen sind Frauen zu höheren Anteilen betroffen als Männer.

Pflegebedürftigkeit

Mit Stichtag 31. 12. 2000 bezogen in Österreich rund 328.000 Personen (4,1 % der Wohnbevölkerung) Pflegegeld, waren also im Sinne des Bundespflegegesetzes (und der entsprechenden Landesgesetze) als pflegebedürftig eingestuft. Diese Menschen hatten demnach einen ständigen Betreuungs- und Hilfsbedarf auf Grund einer körperlichen, psychischen oder geistigen Behinderung für die Dauer von voraussichtlich mindestens sechs Monaten. Mehr als zwei Drittel der Pflegegeldbezieher waren Frauen. Gegenüber 1997 stieg die Anzahl der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher um rund sechs Prozent, wobei der Zuwachs der Bezieher höherer Zuwendungen, also von Personen mit einem höheren Ausmaß an Pflegebedürftigkeit, deutlich überdurchschnittlich war.

Quellen

BMGF-Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, Daten auf elektronischen Datenträgern

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, BMGF, Fa. Pagler & Pagler: Pflegegeldbezieher 1997 und 2000, Daten auf elektronischen Datenträgern

ST.AT - Todesursachenstatistik 1996-2001, Daten auf elektronischen Datenträgern

ST.AT - Volkszählungen 1991 und 2001, Daten auf elektronischen Datenträgern

ST.AT - Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen, Ergebnisse des Mikrozensus 1999, Wien 2002

5 Gesundheitsausgaben

5.1 Gesundheitsausgaben gesamt

Nach den jüngsten, von Statistik Austria im April 2003 durchgeführten Berechnungen betragen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2002 rund € 17,1 Mrd.; der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt belief sich auf 7,9 Prozent. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben werden mit 68,5 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben ausgewiesen, gegenüber dem Jahr 1997 - das ist jener Zeitraum, für den die statistische Datenreihe keine Brüche aufweist - nahm der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben um 1,5 Prozentpunkte ab. Die Gesundheitsausgaben insgesamt stiegen von 1997 auf 2002 um etwas mehr als 20 Prozent an.

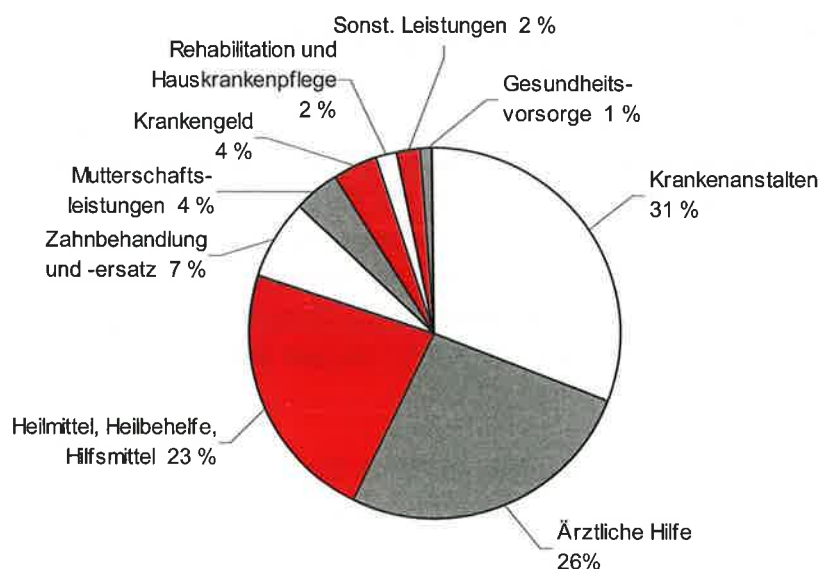
Die Berechnung der Gesundheitsausgaben durch Statistik Austria erfolgt gemäß einer von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) vorgegebenen Systematik („Europäisches System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung - ESGV 1995“). Nach dem OECD-Konzept der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung werden jedoch die Beiträge der Länder und Gemeinden zur Defizitabdeckung bei der Krankenanstaltenfinanzierung nicht berücksichtigt. Diese Nicht-Berücksichtigung von Subventionen bei der Krankenanstaltenfinanzierung gemäß OECD-Konzept ist eine Erklärung dafür, dass das Industriewissenschaftliche Institut (IWI 2002) höhere Gesundheitsausgaben als Statistik Austria ermittelte. Ein weiterer wesentlicher Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse liegt darin, dass bei den Berechnungen des Industriewissenschaftlichen Institutes die Ausgaben für die Pflegeheime inkludiert sind, bei Statistik Austria zählen diese Ausgaben jedoch nicht zu den Gesundheitsausgaben, sondern zu den Sozialausgaben.

5.2 Ausgaben der Krankenversicherung

2001 waren rund acht Millionen Menschen bzw. etwa 99 Prozent der Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung geschützt. Die Ausgaben der Krankenversicherung beliefen sich auf € 10,4 Mrd., davon entfielen € 9,77 Mrd. auf Leistungen für Versicherte. Die Aufteilung der Ausgaben der Krankenversicherung nach Art der Leistungen für die Versicherten zeigt Abbildung 5.1.

Tabelle 5.1 veranschaulicht die Entwicklung der einzelnen Ausgabenpositionen. Im Berichtszeitraum 1999 bis 2001 stiegen die Ausgaben für „Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel“ am stärksten, wobei sich die Dynamik der Steigerung gegenüber den Jahren zuvor (vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2000) deutlich verringert hat. Absolut abgenommen haben im Jahr 2001 gegenüber 1999 die Ausgaben für das Krankengeld. Ausgaben für Gesundheitsvorsorge, Zahnbehandlung und -ersatz sowie sonstige Leistungen blieben auf gleichem Niveau.

Abbildung 5.1: Versicherungsleistungen der Krankenversicherung 2001



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2002; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle 5.1: Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung für Versicherungsleistungen 1999-2001

Versicherungsleistungen	Ausgaben 1999 in Mrd. €	Ausgaben 2001 in Mrd. €	Entwicklung in Prozent 1999-2001
Ärztliche Hilfe	2,38	2,55	+7,1
Krankengeld	0,41	0,37	-9,8
Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel	2,05	2,27	+10,7
Gesundheitsvorsorge	0,14	0,14	0,0
Zahnbehandlung u.-ersatz	0,68	0,68	0,0
Mutterschaftsleistungen	0,40	0,43	+7,5
Krankenanstalten	2,69	2,94	+9,3
Rehabilitation u. Hauskrankenpflege	0,18	0,19	+3,3
Sonst. Leistungen	0,20	0,20	0,0
Gesamt	9,13	9,77	+7,0

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2002; ÖBIG-eigene Berechnungen

5.3 Internationaler Vergleich

Für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens bieten sich internationale Vergleiche an. Die Organisation für Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat bereits in den 1980er-Jahren begonnen, statistische Daten für internationale Vergleiche zu sammeln. Einen neuen Anlauf zur Harmonisierung dieser - sowohl die Ausgaben als auch die Finanzierung betreffenden - Daten unternahm die OECD im Mai 2000 mit der Herausgabe eines Handbuchs (A System of Health Accounts, SHA), das Richtlinien für die Erfassung und Meldung von Daten enthält. Bezüglich der Umsetzung der Vorgaben befinden sich die einzelnen OECD-Mitgliedsländer jedoch in unterschiedlichen Phasen. Hinsichtlich der Einschätzung der Vergleichbarkeit der Daten zu den Gesundheitsausgaben siehe Tabelle 5.2.

Tabelle 5.2: Einschätzung der Vergleichbarkeit der Daten zu den Gesundheitsausgaben in der OECD-Health-Database

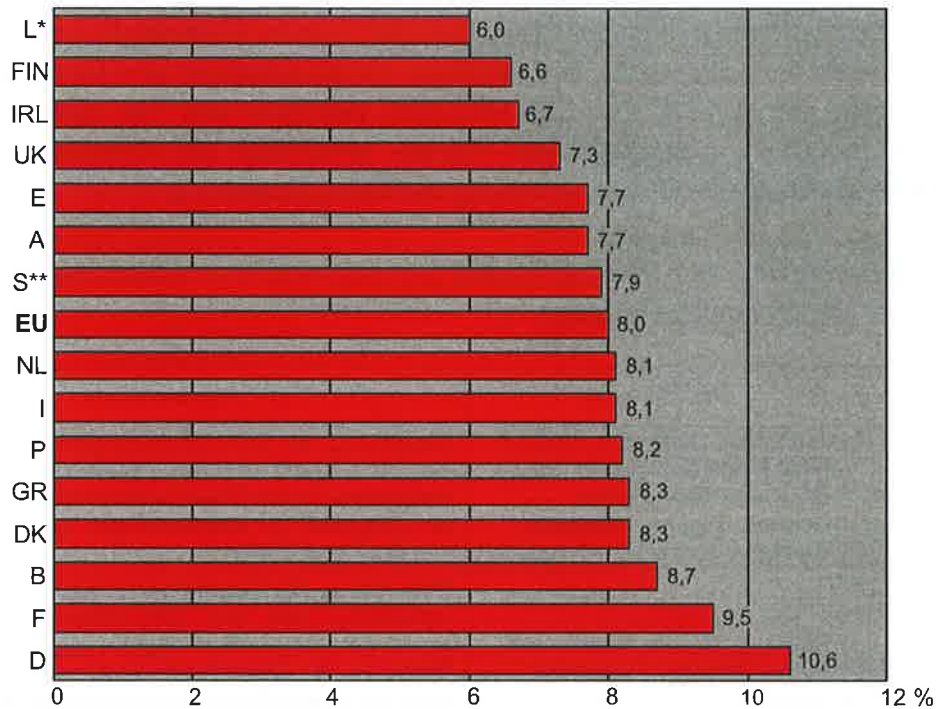
Gruppe	OECD-Länder	Anmerkungen
Gruppe 1: Hohe Vergleichbarkeit	Australien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Japan, Kanada, Korea, Niederlande, Schweiz, Ungarn, Vereinigte Staaten, Vereinigtes Königreich	Berechnung der Gesundheitsausgaben erfolgt im Großen und Ganzen nach den OECD/SHA-Richtlinien. Abweichungen zu den SHA-Richtlinien sind in Teilaggregaten (Ausgaben für Krankenhäuser, Ausgaben für Arzneimittel) festzustellen.
Gruppe 2: Eingeschränkte Vergleichbarkeit	Finnland, Mexiko, Neuseeland, Polen, Spanien, Tschechien, Türkei	Berechnung der Gesundheitsausgaben erfolgt nicht vollständig nach den OECD/SHA-Richtlinien. Aufgrund der variierenden Abgrenzung von Begrifflichkeiten (z. B. Gesundheitswesen und Sozialwesen) oder der unterschiedlichen Behandlung von gesundheitsbezogenen Bereichen ist die Vergleichbarkeit der Daten eingeschränkt gegeben.
Gruppe 3: Beschränkte Vergleichbarkeit	Griechenland, Irland, Island, Italien, Luxemburg, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Slowakei	Berechnung der Gesundheitsausgaben beruht auf nationaler volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung. Diese Gesamtrechnung ist allerdings für die Schätzung der Gesundheitsausgaben nicht gut geeignet und weist Probleme bei internationalen Vergleichen auf. Durch falsche Zuordnung kommt es oftmals zur Unter- oder Überschätzung der Gesundheitsausgaben. Es kommt oft zu Brüchen im zeitlichen Verlauf. Kritisch ist ebenso die Datenqualität des privaten Sektors zu betrachten, da Daten oft nicht verfügbar sind. Details zu den Datenquellen und den Berechnungsmethoden sind in vielen Fällen nicht genau dargestellt.
Gruppe 4: Geringe Vergleichbarkeit	Belgien	Schätzung der Gesundheitsausgaben erfolgt vom OECD-Sekretariat selbst.

Quelle: OECD Health Data, 4. Edt., Version 20.8.2002

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Einschränkungen kann - solange die statistische Datenlage nicht besser harmonisiert ist - ein internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben nur als Orientierung dienen. Abbildung 5.2 zeigt den Anteil der Gesundheitsausgaben der EU-Länder am Bruttoinlandsprodukt. Österreich liegt hier unter dem EU-

Durchschnitt, wobei die erwähnten Einschränkungen hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Daten (vgl. Tabelle 5.2) zu beachten sind.

Abbildung 5.2: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im EU-Vergleich für das Jahr 2000 (in Prozent)



* = 1999, ** = 1998

Quellen: OECD Health Data, 4. Edt., Version 20.8.2002; Österreich: Auskunft Statistik Austria Stand 4/2003

Im Auftrag des Gesundheitsressorts wurde vom ÖBIG eine umfassende Studie zum Thema „Selbstbeteiligungen. Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich“ durchgeführt und Anfang 2003 publiziert (ÖBIG 2003). In dieser Untersuchung wurden Selbstbeteiligungsbestimmungen in einer Reihe von Ländern untersucht und der „Behandlungsbeitrag-Ambulanz“ einer Evaluierung unterzogen. Die Studienautoren kamen zum Schluss, dass Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen nur sehr eingeschränkt als Steuerungsinstrument einsetzbar ist.

5.4 Ausblick

Wie bereits im Gesundheitsbericht an den Nationalrat des Jahres 2000 festgestellt, lassen die Datenlage sowie das statistische Berichtswesen hinsichtlich der Ausgaben und der Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens noch stark zu wünschen übrig. Für eine Verbesserung der Harmonisierung und transparenten Darstellung der Ausgaben- und Finanzierungsströme müssten Maßnahmen eingeleitet werden, die die Verfügbarkeit laufender

valider Informationen über das tatsächliche Ausmaß der Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung gewährleisten. Auf internationaler Ebene besteht die Gefahr, dass Österreich als „Nachzügler“ eingestuft wird. Eine Vielzahl von Ländern ermittelt ihre gesundheitsstatistischen Daten bereits nach dem von der OECD herausgegebenen Handbuch (A System of Health Accounts, SHA), das Richtlinien für die Erfassung und Meldung von Daten enthält. Österreich sollte das jetzige Konzept zur Ermittlung der Gesundheitsausgaben entsprechend umstellen, um umfassende, konsistente und international vergleichbare Daten bereitstellen zu können.

Quellen

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.) 2002
Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2002. Wien

IWI 2002
Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens. Wien

ÖBIG 2003
Selbstbeteiligung. Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich. Wien

OECD Health Data 2002, 4. Edt., Version Version 20.8.2002

6 Rechtliche Grundlagen

6.1 Vorbemerkung

Die begriffliche Unschärfe des Ausdruckes „Gesundheitswesen“ im allgemeinen Sprachgebrauch war bereits Gegenstand früherer Gesundheitsberichte (vgl. Gesundheitsbericht 1997, Seite 53; Gesundheitsbericht 2000, Seite 54). In diesem Bericht wird der Begriff im eingeschränkten Sinn des Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG verwendet. Demnach ist Gesundheitswesen grundsätzlich eine Angelegenheit, die in die Gesetzgebung und Vollziehung des Bundes fällt.

Allerdings umschreibt auch die Bundesverfassung den Begriffsinhalt des Ausdruckes „Gesundheitswesen“ nicht. Dieser wird vielmehr als gegeben vorausgesetzt. Dem Begriff kommt damit im Sinne der vom Verfassungsgerichtshof in ständiger Rechtsprechung entwickelten sogenannten „Versteinerungstheorie“ jene rechtliche Prägung zu, in der er im Zeitpunkt der Einführung des Kompetenztatbestandes - hier im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kompetenzartikel der Bundesverfassung am 1. Oktober 1925 - von der Rechtsordnung verwendet wurde.

Eine Prüfung des Begriffes „Gesundheitswesens“ im oben erläuterten Sinn ergibt, dass sich der Begriff mit „Angelegenheiten der Volksgesundheit“ deckt und die Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung umfasst (VfGH, K II-2/59, VfSlg 3.650).

Konkret geht es dabei nicht um alle, wohl aber um die besonders wichtigen Aufgaben dieses Bereiches, wie sie bereits im Reichssanitätsgesetz, R 1870/68 i. d. F. R 1896/17 - allerdings nur demonstrativ - aufgezählt sind. (Weniger wichtige Aufgaben weist bereits dieses Gesetz den Gemeinden zu.)

Durch die nur demonstrative Aufzählung war und ist es möglich den Begriff intrasystemar weiter zu entwickeln. Dadurch wurde es z. B. möglich, Maßnahmen des Strahlenschutzes oder der Wohnhygiene ebenfalls als Aufgabe des Gesundheitswesens im Sinne des Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG zu subsumieren (zum Strahlenschutz vgl. z. B. das erwähnte Judikat VfSlg 3650).

Verschiedene Aufgaben aus diesem Bereich sind jedoch in Gesetzgebung und/oder Vollziehung von anderen Behörden (Gemeinden, Landesbehörden, anderen Ministerien, anderen Körperschaften öffentlichen Rechts) wahrzunehmen. Zur Illustration einige Beispiele: Örtliche Gesundheitspolizei, Rettungswesen, Leichen- und Bestattungswesen = Gemeindeaufgabe; wesentliche Teile des Krankenanstaltenwesens sowie der gesundheitlichen Kriterien für Kurorte, Kuranstalten und Kureinrichtungen = Länderaufgabe; Sozialversicherung = Aufgabe der Sozialversicherungsträger als Selbstverwaltungskörper; medizinische Forschung und Lehre = Aufgabe des Wissenschaftsressorts.

Selbst innerhalb der Ressortaufgaben sind einzelne Teile auszuklammern, sofern sie nach der Systematik der Bundesverfassung als eigene - also vom Gesundheitswesen abge-

sonderte - Kompetenzmaterien behandelt werden, auch wenn sie im hohen Maße gesundheitsrelevant sind (z. B. Veterinärwesen, Ernährungswesen).

Andererseits ist der Begriff allerdings in einem Punkt wesentlich zu erweitern, nämlich im Bereich der immer wichtiger werdenden Gesundheitsökonomie mit seinen Querverbindungen, vor allem zum Krankenanstaltenwesen und Sozialversicherungswesen.

6.2 Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens 2001-2004

Mit steigenden Kosten des Gesundheitswesens sehen sich alle Industriestaaten konfrontiert. Neben demographischen Ursachen können auch falsche Abrechnungsanreize eine wesentliche Mitursache von - bis zu einem gewissen Grad vermeidbaren - Kostensteigerungen sein. Solche falschen Anreize in Verbindung mit unkoordinierten Leistungsüberschneidungen oder Doppelgleisigkeiten, Überkapazitäten und mangelnder Transparenz schufen ein Bedürfnis nach Reorganisation des österreichischen Gesundheitswesens, deren Anfänge in den Zeitraum Ende achtziger/Anfang neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts zurückreichen (vergleiche Gesundheitsbericht 2000, Seite 55).

Kostensteigerungen unterliegt zwar das Gesundheitswesen insgesamt, betreffen aber vorrangig den intramuralen Bereich. Grundsätzlich knüpft die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens - wie überhaupt das System sozialer Sicherheit - an die Erwerbsarbeit an: bestimmte in Erwerbsarbeit erwirtschaftete Einkommensanteile stehen für die soziale Sicherheit, insbesondere Alters-, Arbeitslosen- und eben Gesundheitssicherung, zur Verfügung. Im Krankenanstaltenbereich fließen allerdings immer höhere allgemeine Steuermittel ein, mehr als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens.

Handlungsbedarf entstand also vor allem im Krankenanstaltenbereich. Die Umsetzung von Reformen ist hier durch eine komplexe Verfassungsrechtslage erschwert. Wie oben angedeutet, ist das Krankenanstaltenwesen gemäß Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG nur in der Gesetzgebung über die Grundsätze Bundessache, die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung sind Landessache; nur Einzelbereiche, wie die sanitäre Aufsicht oder bestimmte Regelungen für Universitätskliniken, sind unmittelbar anwendbares Bundesrecht, weil sie ausdrücklich aus der Art-12-B-VG-Kompetenz herausgenommen und der Art-10-B-VG-Kompetenz zugeordnet sind.

Der Ausweg zur Koordination von Aufgaben von zehn verschiedenen Gesetzgebern (neun Bundesländer sowie der Bund) liegt im zu diesem Zweck geschaffenen Art 15a B-VG, der Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern über Angelegenheiten des jeweiligen Wirkungsbereiches ermöglicht.

Seit dem Jahr 1978 lösen sich derartige, über mehrere Jahre abgeschlossene, Vereinbarungen betreffend Krankenanstaltenfinanzierung, Diagnose- und Leistungsdokumentation und andere Strukturelemente des Krankenanstaltenwesens ab (vergleiche Gesundheitsbericht 2000, Seite 55 ff.).

Die jüngste einschlägige Vereinbarung nach Art 15a B-VG mit dem Titel „Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“, BGBl I 2002/60, wurde zwar erst außerhalb der Berichtsperiode kundgemacht, seine Wirkung reicht aber in den Berichtszeitraum, da wesentliche Inhalte der Vereinbarung bereits ab 1.1.2001 angewendet werden. Die Laufzeit reicht bis zum Ende des Jahres 2004.

Die Vertragspartner Bund und Länder einigten sich darauf, bei der Planung des österreichischen Gesundheitswesens grundsätzlich alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung einzuschließen (stationärer und ambulanter Bereich, Rehabilitationsbereich). Im Zentrum bleibt allerdings der Sektor Krankenanstalten. Planung und Steuerung dieses Bereiches besorgt seit den Anfängen der Reorganisation ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit (früher Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, jetzt Strukturfonds) für jene Krankenanstalten, die auch aus Mitteln des Bundes mitfinanziert werden (Fonds-Krankenanstalten).

Die Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) zu einem Leistungsangebotsplan ist gemäß dieser Vereinbarung fortzusetzen. Die Planung ist laufend zu evaluieren und der Plan einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien zu revidieren. Näheres zu diesem Thema wird in diesem Bericht unter Punkt 7.4 behandelt, weiters auch im folgenden Abschnitt.

Die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG befasst sich auch mit der Förderung des Transplantationswesens. Dazu unter Punkt 7.7 Näheres.

6.3 Krankenanstaltenwesen

In der Berichtsperiode wurde das Krankenanstaltenwesen durch Novellen zum Krankenanstaltengesetz (KAG) des Bundes (jetzt Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten - KAKuG) sowie der Krankenanstaltengesetze der Länder mehrfach legislativ überarbeitet. Dabei stand die Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl I 2002/60, derart im Mittelpunkt rechtlicher Neuregelungen, dass die Behandlung dieser Novellen im unmittelbaren Anschluss an den vorigen Abschnitt angezeigt ist. Novellen, die andere Maßnahmen zum Inhalt haben, können aber an dieser Stelle vorweg mitbehandelt werden.

Verschiedene kleinere Novellen betrafen nur Formalangelegenheiten (Umbenennungen durch die Änderung in der Bezeichnung des zuständigen Ministeriums, Umbenennung von Schilling- in Eurobeträge, Klarstellungen betreffend der fehlenden Krankenanstalteneigenschaft einer bestimmten Institution; in Parenthese sei angemerkt, dass solche Novellen auch eine Reihe anderer Gesetze aus dem Bereich des Gesundheitswesens betrafen, Novellen, die in der Folge als für die Belange dieses Berichtes unerheblich übergangen werden).

Interessanter ist die Novelle BGBl I 2000/80: Durch die Anpassung der Bestimmungen über den Arzneimittelverkehr an das EU-Recht kam es zu einer größeren Bewegungsfreiheit der Krankenanstalten bei der Beschaffung von Arzneimitteln mit potenziell kostendämpfender Wirkung. Näheres auch unter Abschnitt 6.9.

Die KAG-Novelle BGBl I 2000/135 ermöglicht Personen unter 18 Jahren die Zustimmung zu Behandlungen losgelöst vom Willen des gesetzlichen Vertreters, wenn sie die nach dem ABGB erforderliche Handlungsfähigkeit besitzen. Dazu Näheres unter Abschnitt 6.12.

Andere Novellen liegen bereits außerhalb des Berichtszeitraumes, so insbesondere die Übernahme der Regelungen betreffend Kuranstalten. (Das bisherige Bundesgesetz über natürliche Heilvorkommen und Kurorte wurde aufgehoben; der Titel des bisherigen Krankenanstaltengesetzes des Bundes lautet nun „Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten - KAKuG“, BGBl I 2002/65 i. d. dzt. F.)

Von diesen Novellen sei auch noch eine weitere Neuregelung aus dem Bereich der Beschaffung von Arzneimitteln im Krankenanstaltenbereich erwähnt (Novelle zu KAKuG BGBl I 2002/90). Dazu unter Abschnitt 6.9 Näheres.

Doch nun zur Novelle zur Umsetzung der im vorigen Abschnitt behandelten Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG (BGBl I 2001/5), in welcher sich ebenfalls eine patientenrechtsrelevante Änderung findet (siehe Abschnitt 6.12). Mit dieser Novelle treten jene Bestimmungen des KAG (jetzt KAKuG) wieder in Kraft, die durch den Ablauf der vorangegangenen Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG außer Kraft getreten waren. Darüber hinaus wurde das Gesetz in verschiedenen Punkten an die neue Vereinbarung angepasst, und zwar in folgenden Bereichen:

1. Regelung von Departements und Fachschwerpunkten als neue Organisationseinheiten neben den Abteilungen, Weiterführung einer verbindlichen österreichweiten Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung, Anpassung der Grundsätze und der Ziele an die weiterentwickelte Planung sowie Erlassung der Krankenanstaltenpläne, die sich im Rahmen des ÖKAP/GGP befinden (§ 10a). Dazu unter Abschnitt 7.4.1 Näheres.
2. Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan als weitere Voraussetzung für die Erteilung einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung für Krankenanstalten, die aufgrund der neuen Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG finanziert werden bzw. finanziert werden sollen (§ 3 Abs 2a sowie § 3 Abs 4 lit a und b).
3. Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan als Voraussetzung für die Zulässigkeit von Angliederungsverträgen (§ 19 Abs 1; Angliederung meint in diesem Zusammenhang die Angliederung einzelner Krankenanstalten an andere Spitäler meist höherer Ordnung).
4. Regelung der Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung (§ 12). Die Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan ist dabei ein wichtiges Kriterium.
5. Definition der Tages- und Nachtklinik sowie des halbstationären Bereiches (§ 6 Abs 1 lit b) und Regelung von Departements und Fachschwerpunkten (§ 2a Abs 3 und 4).
6. Regelung der Facharztanwesenheit und der Rufbereitschaft auch für Fachschwerpunkte (§ 8 Abs 1 Z 5). Die Rufbereitschaft wird zur Kostendämpfung auch auf Fachschwerpunkte ausgedehnt, allerdings nur außerhalb der Betriebszeiten.

7. Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (§§ 27, 27b und 28). Zu diesem zentralen Punkt (Erhöhung der Kosten- und Leistungstransparenz, Optimierung des Ressourceneinsatzes) vergleiche Abschnitt 7.4.2.
8. Einrichtung von Landesfonds (§ 27b). Die Landesfonds werden in veränderter Form - siehe Punkt 13 - weitergeführt.
9. Verpflichtung der Krankenanstalten, auch Organen von Landesfonds die Einsichtnahme in Krankengeschichten zu ermöglichen (§ 10 Abs 1 Z 4).
10. Schaffung der Möglichkeit, dass die wirtschaftliche Aufsicht über Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, von den Landesfonds wahrgenommen werden kann (§ 11 Abs 2).
11. Schaffung der Möglichkeit, die Deckung des Betriebsabganges über die Landesfonds durchzuführen (§ 34 Abs 3).
12. Einrichtung des Strukturfonds (§§ 56a - 59i).

Der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und die Strukturkommission als Organ des Strukturfonds haben zentrale Aufgaben im Rahmen der umfassenden Reform des Gesundheitswesens zu erfüllen.

Die Strukturkommission soll das österreichische Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung steuern. Sie soll die Integration und die Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche vorantreiben und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen forcieren. Damit werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um bei Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus Rationalisierungspotenziale und Synergieeffekte im Gesundheitswesen zu realisieren.

13. Neuregelung der Zweckzuschüsse des Bundes (§§ 57 ff.).

Schwerpunkt dieser Neuregelung ist eine stärkere Durchgriffsmöglichkeit des Strukturfonds auf die Landesfonds zur Umsetzung der Ziele der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG. Die Bundesmittel fließen nunmehr über den Strukturfonds, dieser kann einen Teil der Mittel z. B. bei maßgeblichen Verstößen gegen festgelegte Pläne (Krankenanstaltenplan, Großgeräteplan) oder gegen Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation zurückhalten.

Soweit die Novelle die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung umsetzt, trat sie mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

6.4 Dokumentation im Gesundheitswesen

Dieser im Zusammenhang mit der Neustrukturierung des Gesundheitswesens immer wichtiger werdende Bereich schließt systematisch unmittelbar an die bereits behandelten Abschnitte an. Die bisher über verschiedene Quellen verstreuten Rechtsgrundlagen der Dokumentationspflichten, namentlich im intramuralen Bereich, wurden im Bundesgesetz über die

Dokumentationspflicht im Gesundheitswesen, BGBl 1996/745, zusammengeführt (vergleiche Gesundheitsbericht 2000, Seite 57).

Auch dieses Gesetz war im Hinblick auf die neue Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG entsprechend anzupassen (BGBl I 2001/5).

Im außerstationären Bereich (spitalsambulanter Bereich und Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft) ist demnach zur Erarbeitung eines praktikablen Dokumentationssystems spätestens ab 1. 7. 2001 eine geeignete Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Form von Modellversuchen zu erproben. Dieses zu entwickelnde Dokumentationssystem soll Daten für die Entwicklung einer österreichweiten - alle Gesundheitsbereiche umfassenden - Gesundheitsplanung und geeigneter Abrechnungssysteme liefern.

Die Novelle ermöglicht auch die Weitergabe von Daten an den Strukturfonds, die Länder und die Träger der Sozialversicherung.

6.5 Ärztegesetz 1998

Die im abgelaufenen Berichtszeitraum im Ärztegesetz 1998 (BGBl I 1998/169 i. d. dzt. F.) neu gestaltete Rechtsgrundlage zur Ausübung des Arztberufes wurde im Gesundheitsbericht 2000, Seite 57 ff. dargestellt. Das Gesetz wurde mittlerweile mehrfach novelliert. Maßgebliche Änderungen brachte die zweite Ärztegesetz-Novelle, BGBl I 2001/110. Wesentliche Inhalte dieser Novelle sind:

- Neuerungen im Aus- und Fortbildungsrecht
- Schaffung einer berufsrechtlichen Grundlage für Gruppenpraxen
- Änderungen betreffend die Beschäftigung von ausländischen und von im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten
- Verbesserungen bei der Qualitätssicherung im Bereich der Notärzte
- Verbesserungen im Bereich Patientenrechte
- Änderungen im Bereich des Wohlfahrtfonds und der Kammerordnung
- Neuregelung der ärztlichen Anzeigepflicht
- Ärztliche Dokumentationspflichten nach Berufseinstellung
- Änderungen betreffend die Ärzteliste

Nun zum Einzelnen:

Neuregelungen im Aus- und Fortbildungsrecht:

Diese Neuregelungen werden unter Kapitel 8 behandelt.

Schaffung einer berufsrechtlichen Grundlage für Gruppenpraxen:

Erstmalig gibt es nun die Möglichkeit echter Behandlungsgemeinschaften. Die bisherigen Formen als reine Innengesellschaften ließen die Vertragsbeziehungen der einzelnen Ärztin bzw. des einzelnen Arztes zu den Patientinnen und Patienten unberührt. Manche Formen wie Apparate- und Ordinationsgemeinschaften betrafen überhaupt nur den wirtschaftlichen Bereich.

Eine maßgebliche Voraussetzung für die Verwirklichung außenwirksamer Gruppenpraxen im zivil- bzw. gesellschaftsrechtlichen Bereich war - wie für andere Freiberufler - das Erwerbsgesellschaftengesetz (EGG BGBl 1990/257 i. d. dzt. F.).

Die nicht immer einfache Abgrenzung zum Krankenanstaltenbereich, mit seinen gänzlich unterschiedlichen - vor allem verfassungsrechtlichen - Voraussetzungen, war bei der Gesetzgebung besonders umstritten, konnte aber ebenfalls gelöst werden.

Durch Gruppenpraxen entsteht eine zusätzliche und flexible ambulante Einrichtung, die, vor allem durch die bessere Erreichbarkeit, eine Versorgungslücke schließt, eventuell auch zu einer Entlastung des stationären Bereiches führen kann.

Änderungen betreffend die Beschäftigung von ausländischen und im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten:

Aufgrund eines Abkommens der EU mit der Schweiz wird der Zugang Schweizer Staatsbürgerinnen und Staatsbürger in den Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft erleichtert. Beschäftigungsbewilligungen für im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte (auch Zahnärztinnen und Zahnärzte) erteilt nunmehr in erster Instanz die Ärztekammer, in zweiter Instanz der Unabhängige Verwaltungssenat.

Mit den mittelosteuropäischen Staaten, die demnächst oder doch in absehbarer Zeit der Europäischen Union beitreten werden (Ungarn, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Polen, Estland, Lettland, Litauen, Bulgarien, Rumänien), hat die EU in den Jahren 1994 bis 1999 mit der Schweiz vergleichbare Assoziationsabkommen geschlossen. Staatsbürgerinnen und Staatsbürger dieser Länder dürfen bei ihrer Niederlassung zu freiberuflichen Tätigkeiten gegenüber Inländerinnen und Inländern nicht benachteiligt werden. (Anders die Lage bei der Zulassung zum Arbeitsmarkt bei unselbstständigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern.) Ärztinnen und Ärzte aus den genannten Ländern können sich daher künftig unter Beibehaltung ihrer Staatsbürgerschaft in Österreich niederlassen, sofern die nötigen fachlichen Kriterien (z. B. Nostrifikation) erfüllt sind.

Der Status eines Flüchtlings nach dem Asylgesetz 1997 (BGBl I 1997/76 i. d. dzt. F.) ersetzt bei der Zulassung zur freiberuflichen Ärztin bzw. zum freiberuflichen Arzt die österreichische Staatsbürgerschaft bzw. die Staatsbürgerschaft von Staatsangehörigen, die den Österreicherinnen und Österreichern gleichgestellt sind. Bei Flüchtlingen ist jedoch eine Überprüfung der Qualifikation erforderlich. Erleichtert wurde auch die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten in Krankenanstalten aus Nicht-EWR-Ländern.

Verbesserungen bei der Qualitätssicherung im Bereich der Notärztinnen und Notärzte:

Durch einen obligatorischen Lehrgang samt abschließender theoretischer und praktischer Prüfung wurde die Ausbildung für Notärztinnen und Notärzte verbessert.

Verbesserungen im Bereich Patientenrechte:

Zu diesem Punkt vergleiche die Ausführungen im Abschnitt 6.12.

Änderungen im Bereich des Wohlfahrtfonds und der Kammerordnung:

Diese berufsinternen Regelungen werden hier nicht im Einzelnen dargestellt.

Neuregelung der ärztlichen Anzeigepflicht:

Die ärztlichen Anzeigepflichten bei strafgesetzlich pönalisierten Taten (vor allem Straftaten gegen Leib und Leben), die der Ärztin bzw. dem Arzt im Zuge der Ausübung ihres/seines Berufes bekannt werden, wurden neu gefasst.

Ärztliche Dokumentationspflichten nach Berufseinstellung:

Dieser Bereich wurde ebenfalls neu und eingehender als bisher geregelt. Ziel dieser Regelung ist es, unter Wahrung des Datenschutzes und der Interessen der Patientin bzw. des Patienten, eine Übernahme der ärztlichen Aufzeichnungen durch die Nachfolgerin bzw. den Nachfolger (Ordinationsnachfolgerin bzw. -nachfolger oder Kassenstellennachfolgerin bzw. -nachfolger) zu ermöglichen.

Änderungen im Bereich der Ärzteliste:

Die Vorschriften in diesem Bereich wurden im Interesse des Informationsbedürfnisses von Patienten ausgeweitet.

6.6 Legistische Änderungen bei anderen Gesundheitsberufen

Die Novellierungen des Hebammengesetzes und der Ausbildungsverordnung brachten keine wesentlichen Änderungen des Hebammenwesens. Meist handelte es sich um Anpassungen, die im Zuge anderer Gesetze durchzuführen waren. Eine wesentliche Verbesserung für freipraktizierende Hebammen, die berechtigt sind, Hausgeburten durchzuführen, brachte die 21. Kraftfahrzeuggesetz-Novelle (BGBl I 2002/80). Diese Änderung ermöglicht Hebammen zum rascheren Erreichen des Ortes der Hausgeburt die Verwendung von Warnleuchten mit blauem Licht.

Mit dem Kardiotechnikergesetz (KTG BGBl I 1998/96) wurde ein neuer Gesundheitsberuf gesetzlich geregelt. Der diplomierten Kardiotechnikerin bzw. dem diplomierten Kardiotechniker - derzeit wird der Beruf von etwa 40 Personen ausgeübt - obliegt in Herzzentren die ei-

genverantwortliche Durchführung der extrakorporalen Zirkulation zur Herz-Kreislauf-Unterstützung sowie der Perfusion und damit zusammenhängender Tätigkeiten. Am 7. September 2001 folgte die Ausbildungsverordnung (BGBl II 2001/335). Siehe dazu auch den Abschnitt 8.6.

Das Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTD-SHD-G BGBl I 1997/108 i. d. dzt. F.) - früher Krankenpflegegesetz aus dem Jahre 1991 - regelte ursprünglich zehn Sanitätshilfsdienste. Nach der Pflegehelferin bzw. dem Pflegehelfer (1997) wurden 2002 die Sanitätsgehilfin bzw. der Sanitätsgehilfe sowie die Heilbademeisterin und Heilmasseurin bzw. der Heilbademeister und Heilmasseur ausgegliedert. Die Bestimmungen diese Berufe betreffend werden nun in eigenen Gesetzen, dem Sanitätsgesetz (BGBl I 2002/30) und dem Medizinischen Masseur und Heilmasseur-Gesetz (MMHmG BGBl I 2002/169) geregelt. Die Ausbildungsverordnung für den Medizinischen Masseur und Heilmasseur (MMHmAV BGBl II 2003/250) wurde am 20. Mai 2003 erlassen. Die Ausbildungsverordnung für die Rettungssanitäterin bzw. den Rettungssanitäter und die Notfallsanitäterin bzw. den Notfallsanitäter sind noch ausständig. Siehe dazu auch die Abschnitte 8.5 und 8.6.

6.7 Rechtliche Fragen des Transplantationswesens

Wie die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG betreffend den Zeitraum 1997-2000 (vergleiche Gesundheitsbericht 2000, Seite 62) befasst sich auch die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG BGBl I 2002/60 mit der Förderung des Transplantationswesens. Ziel der Vereinbarung (Art 22 leg. cit.) ist dabei eine Kontinuität im Spenderaufkommen auf hohem Niveau (ca. 30 Organspenden pro Million Einwohnerinnen und Einwohner).

Im Bereich der Stammzelltransplantation soll unter anderem die Anzahl der registrierten potenziellen Spenderinnen und Spender zumindest aufrechterhalten werden.

Die von einer Clearingstelle zu verteilenden Mittel wurden von 30 auf 40 Millionen Schilling (ca. 290.000,- Euro) aufgestockt.

Die Maßnahmen im Bereich des Spendewesens solider Organe, wie die Einrichtung „Regionaler Transplantationsreferenten“, Kostenersätze für Krankenanstalten, Kostenersätze für Transplantationskoordinatoren, Finanzierung von Hirntoddiagnostikteams, Kosten für ÖBIG-Transplant usw. werden taxativ aufgelistet, ebenso die Maßnahmen im Bereich des Stammzellspendewesens.

6.8 In-vitro-Fertilisation

Im Juli 1999 hat der Nationalrat ein Bundesgesetz beschlossen, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation ab 1. Jänner 2000 eingerichtet wird (IVF-Fonds-Gesetz BGBl I 1999/180). Darin ist festgelegt, dass beim nunmehrigen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ein Fonds zur Mitfinanzierung der In-vitro-Fertilisation eingerichtet wird.

Dieser Fonds wird zu gleichen Teilen aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen und der Sozialversicherungsträger dotiert. Aus dem Fonds werden bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen 70 Prozent der Kosten für Maßnahmen der In-vitro-Fertilisation getragen. Dies führt zu einer finanziellen Entlastung von betroffenen Paaren mit Kinderwunsch, da nur mehr ein Selbstbehalt in der Höhe von 30 Prozent der Kosten zu übernehmen ist.

Pro Paar und angestrebter Schwangerschaft besteht Anspruch auf die Kostentragung von höchstens vier Versuchen in den Fällen von Sterilität tubaren Ursprunges (eileiterbedingte Sterilität) bei der Frau oder in Fällen von Sterilität beim Mann, sofern zum Zeitpunkt des Beginns eines Versuches die Frau das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Weitere Voraussetzungen sind das Vorliegen einer Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung im Krankheitsfall. Bei Personen, die nicht österreichische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger sind, ist darüber hinaus eine länger als drei Monate dauernde Beschäftigung bei einem Dienstgeber im Bundesgebiet erforderlich.

Krankenanstalten, die In-vitro-Fertilisationen unter Kostentragung des IVF-Fonds durchführen, benötigen eine Zulassung gemäß § 5 Abs 2 des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG BGBl 1992/275 i. d. F. BGBl I 2001/98), einen rechtsgültigen Vertrag mit dem IVF-Fonds und einen Behandlungsvertrag mit den Patientinnen und Patienten.

Im IVF-Fonds-Gesetz (§ 7) ist weiters geregelt, dass ein Register einzurichten ist, in welchem jedenfalls gesondert für jede Vertragskrankenanstalt die Anzahl der Versuche, für die eine Kostentragung durch den IVF-Fonds erfolgte, sowie die dabei erreichten Schwangerschaften zu dokumentieren sind. Die Aufzeichnungen des Registers sind auch Grundlage für die Qualitätssicherung und Kontrolle.

6.9 Angelegenheiten von Apotheken, Arzneimittelwesen

Mit dem Bundesgesetz BGBl I 2001/111 über die österreichische Apothekerkammer (ApothekerkammerG 2001) wurde dieser Bereich, der bisher durch ein entsprechendes Gesetz aus dem Jahr 1947 geregelt war, neu geordnet. Anlass war unter anderem ein Judikat des Verfassungsgerichtshofes, der einzelne Bestimmungen des alten Gesetzes im Hinblick auf das Legalitätsprinzip beanstandete. In Analogie zu entsprechenden Neuregelungen im ärztlichen Standesbereich wurden auch Disziplinarverfahrensbestimmungen eingehender geregelt.

Im unmittelbaren Zusammenhang mit dieser Neukodifizierung stehen auch die Apothekerkammer-Wahlordnung 2001 (BGBl II 2001/339) sowie das Gehaltskassengesetz 2002 (BGBl I 2001/154).

Im Sektor Arzneimittelwesen ergab sich ein Anpassungsbedarf an das EU-Recht, und zwar an die Richtlinie RL 75/318/EWG, ABI L147 vom 9. 6. 1975, zuletzt geändert durch die Richt-

linie RL 1999/83/EWG, ABI L243 vom 15. 9. 1999. Umgesetzt wurde dies durch die Verordnung über die Zulassung von Arzneimittelspezialitäten, BGBl II 2000/44.

In gleicher Weise setzt auch die Verordnung über die gute Laborpraxis, BGBl II 1999/362, EU-Recht um (Richtlinie RL 1987/18/EWG, ABI L15 vom 17. 1. 1987 in der Fassung der RL 1999/11/EG, ABI L77 vom 23. 3. 1999). Die EU-Vorschriften beziehen sich ihrerseits auf die OECD-Grundsätze der guten Laborpraxis (GLP).

Beide Verordnungen sind ein wichtiger Schritt zur Qualitätssicherung im Arzneimittelwesen. Näheres unter 7.11.

Eine Änderung im Krankenanstaltenbereich ermöglicht Spitälern einen größeren Spielraum bei der Beschaffung von Arzneimitteln, was kostendämpfend sein kann.

Auch die Novelle zum KAKuG, BGBl I 2002/90, brachte Änderungen im Bereich des Arzneimittelwesens in Spitälern, nämlich die Einführung einer Arzneimittelkommission durch den neugeschaffenen § 19a KAKuG. Der Ausschussbericht (AB 1100/XXI. GP zu BGBl I 2002/90) führt hierzu unter anderem aus:

„In den letzten Jahren sind am Arzneimittelsektor vor allem aufgrund der immer größer werdenden Palette von Arzneimitteln die Kosten deutlich stärker als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens gestiegen. ... Aus den angeführten Gründen erscheinen verbindliche Vorgaben für Krankenanstalten hinsichtlich der Anschaffung und des Umgangs mit Arzneimitteln sinnvoll. ... Um den Verantwortlichen in den Krankenanstalten fundierte Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung stellen zu können, sollen zur Beratung Arzneimittelkommissionen in den Krankenanstalten eingerichtet werden.“

6.10 Blutsicherheitsgesetz

Blut und Blutprodukte sind, was ihre Anwendung bei Menschen anlangt, per definitionem Arzneimittel. Die Gewinnung von Plasma bzw. die dabei einzuhaltenden Sicherheitsaspekte - also das erste Glied in einer Kette bis zum Empfänger - ist dagegen eine Materie, die durch eigene Vorschriften geregelt ist.

In der Berichtsperiode (1. 1. 1999) trat in diesem Bereich eine vollständige rechtliche Neugestaltung in Geltung (Blutsicherheitsgesetz 1999 - BSG BGBl I 1999/44 i. d. F. BGBl I 1999/119). Zur Entstehungsgeschichte des Gesetzes vergleiche den Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2000.

Aufgrund des § 21 Z 1 und 2 leg. cit. wurde durch Verordnung das Blutspendewesen im Berichtszeitraum neu geregelt (vgl. Verordnung betreffend den Gesundheitsschutz von Spendern und die Qualitätssicherung von Blut und Blutbestandteilen - Blutspenderverordnung BSV BGBl II 1999/100). Dabei geht es um Fragen der Zulassungserfordernisse für Spender, deren gesundheitliche Eignung, sowie um verschiedene Fürsorgepflichten, die im Rahmen von Blutspenden im Interesse der Spender zu beachten sind.

6.11 Medizinprodukte

Der Begriff „Medizinprodukte“ ist relativ jung. Er bezeichnet zum Unterschied von Arzneimitteln die Gesamtheit aller medizinischen Geräte, Bedarfsartikel, Produkte für die medizinische Labordiagnostik und medizinische Hilfsmittel für Behinderte.

Dieser Bereich wurde in der vorigen Berichtsperiode erstmals für Österreich umfassend kodifiziert (Medizinproduktegesetz - MPG BGBl 1996/657; vergleiche Gesundheitsbericht 2000, Seite 63 ff.). In der Berichtsperiode wurde dieses Gesetz zweimal novelliert, wobei die Novelle BGBl I 1999/117 besondere Aufmerksamkeit verdient. Durch diese Novelle wurde die Richtlinie RL 98/79/EG über In-vitro-Diagnostika in innerstaatliches Recht umgesetzt.

In-vitro-Diagnostika (medizinische Labordiagnostika und medizinische Laborgeräte) sichern die Leistungsfähigkeit moderner Medizin. Für praktisch alle medizinischen Fächer liefern In-vitro-Diagnostika immer frühere, bessere und verlässlichere Informationen für die Diagnose und Therapieüberwachung am Patienten. Auch für die Sicherheit von Blutprodukten (z. B. HIV- und Hepatitis-Tests) oder Organ- und Gewebespenden spielen sie eine entscheidende Rolle. Weitere wichtige Anwendungsgebiete sind: Blutbild- und Blutgerinnungsanalytik, Diagnose von Infektionskrankheiten, Immundiagnostik (Allergiediagnostik, Autoimmunerkrankungen, Immunoglobulinbestimmung, Diagnostik von Abwehrschwächen, Botenstoffen des Immunsystems usw.), Diagnose und Überwachung von Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Fettstoffwechsel), Schwangerschafts- und Pränataldiagnostik, Frühdiagnostik und Verlaufsbeurteilung von Tumorerkrankungen, Hormon- und Enzymdiagnostik.

Kernstück der Richtlinie RL 98/79/EG ist das neue europäische Zulassungssystem zur Qualitätssicherung. Ein eigenes Klassifizierungssystem im Anhang II der Richtlinie ordnet In-vitro-Diagnostika je nach Risikogruppen verschiedenen Zulassungsmodulen zu und regelt die entsprechenden Zulassungsanforderungen (z. B. für die Hochrisikogruppe Blutprodukte entsprechende HIV- und Hepatitis-Tests).

Die In-vitro-Diagnostika-Richtlinie der EU konnte gut in die Systematik des MPG eingearbeitet werden, wesentliche Elemente sind allerdings durch - noch zu erlassende - Verordnungen umzusetzen. Näheres zum Thema auch unter Abschnitt 7.12.

6.12 Patientenrechte

Der Begriff Patientenrechte fand erst in jüngerer Zeit Eingang in die Rechtssprache, obwohl viele der dahinter stehenden Anliegen durch eine Reihe von Gesetzen in den verschiedensten Rechtsmaterien schon seit langem verwirklicht sind. Eine Legaldefinition des Begriffes gibt es nicht. Man kann Patientenrechte als Inbegriff der gesetzlichen Bestimmungsfaktoren des Arzt-Patienten-Verhältnisses bzw. des Medizinbetriebes zur Patientin bzw. zum Patienten umschreiben. Ausführlich dargestellt wurde das Thema vor allem im Gesundheitsbericht 1994, Seite 151 ff., aufgrund der damals besonders aktuellen legislatischen Diskussion und aufgrund von Maßnahmen vor allem im Bereich Mentalpatientinnen und -patienten.

Im Zusammenhang mit dem Krankenanstaltenwesen (siehe Abschnitt 6.3) wurde erwähnt, dass Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren nunmehr selbstbestimmt über Behandlungen entscheiden können. Damit hat der Gesetzgeber eine lange Zeit umstrittene Frage positivrechtlich geregelt.

Im Abschnitt 6.5 wurden bereits patientenrechtsrelevante Änderungen im Ärztegesetz 1998 erwähnt. Mit diesen Änderungen hat es folgende Bewandtnis:

Die Frage, ob Vergleichsverhandlungen die Verjährung hemmen oder nicht, war nicht ausdrücklich geregelt. Nun wurde ausdrücklich klargestellt, dass diese Vergleichsverhandlungen die Verjährung hemmen. Durch diese Änderung des Ärztegesetzes wurde die Rechtslage an die bereits jetzt bestehende Rechtssprechung angepasst, um damit allfälligen künftigen Änderungen der Rechtssprechung vorzubeugen.

Mit der Novelle zum KAKuG, BGBl I 2002/90, wurde - zusätzlich zum allgemeinen Kostenbeitrag pro Verpflegstag - ein weiterer Beitrag in Höhe von derzeit (2003) 0,73 Euro eingeführt. Dieser Beitrag dient zur Entschädigung von Schäden, die durch die Behandlung in Fondskrankenanstalten entstanden sind, und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist.

Das Regierungsübereinkommen der Bundesregierung für die XXI. Gesetzgebungsperiode sah Bemühungen des Bundes zum Abschluss von Vereinbarungen gemäß Art 15a B-VG mit den Bundesländern zur Verwirklichung einer Patientencharta vor. Zunächst wurde ein entsprechender Vertrag zwischen Bund und dem Land Kärnten abgeschlossen (vergleiche Gesundheitsbericht 2000, Seite 65). Mittlerweile gibt es entsprechende Verträge auch mit den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark und Tirol. Der Bund setzt seine Bemühungen um Abschluss weiterer Vereinbarungen mit den übrigen Bundesländern fort.

7 Versorgungsbereiche

7.1 Ärztliche Versorgung

7.1.1 Entwicklung 1991 bis 2001

Die Gesamtanzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte ist laut Standesmeldungen bzw. laut Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer zwischen 1991 und 2001 um rund 5.500, also um etwa 32 Prozent, auf über 35.000 angestiegen. Die Anzahl der niedergelassenen Ärzteschaft hat sich in diesem Zeitraum um rund ein Drittel erhöht, jene der angestellten Ärzteschaft (ohne Turnusärztinnen und -ärzte) hingegen ist um etwa zwei Drittel gestiegen (vgl. Tab. 7.1). Diese Entwicklung hat zur Folge, dass der Anteil der niedergelassenen Ärzteschaft an der Gesamtärzteschaft bei etwa 51 Prozent konstant geblieben ist, der Anteil der angestellten Ärzteschaft, deren überwiegende Mehrheit von den Spitalsärztinnen und -ärzten gestellt wird, dagegen im betrachteten Zeitraum von einem Fünftel auf rund ein Drittel angestiegen ist. Der Anteil der Turnusärztinnen und -ärzte ist von fast einem Viertel im Jahr 1991 nach einem abrupten Rückgang im Zeitraum 1994 bis 1999 auf nunmehr etwa 16 Prozent gesunken, wobei auch deren Gesamtanzahl deutlich zurückgegangen ist.

Tabelle 7.1: Entwicklung der Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte¹ 1991-2001

Jahr	Berufstätige Ärzteschaft		davon niedergelassene Ärzteschaft			davon angestellte Ärzteschaft**)			davon im Turnus		
	absolut	jährl. WTR	absolut	in % der berufst. Ärzteschaft	jährl. WTR	absolut	in % der berufst. Ärzteschaft	jährl. WTR	absolut	in % der berufst. Ärzteschaft	jährl. WTR
1991	26.839	3,3	13.640	50,8	2,2	7.032	26,2	6,6	6.167	23,0	2,3
1992	28.270	5,3	14.043	49,7	2,9	7.706	27,3	9,6	6.521	23,1	5,7
1993	29.093	2,9	14.466	49,7	3,0	7.997	27,5	3,8	6.630	22,8	1,7
1994	30.265	4,0	14.978	49,5	3,5	8.613	28,5	7,7	6.674	22,1	0,7
1995	31.302	3,4	15.521	49,6	3,6	9.268	29,6	7,6	6.513	20,8	-2,4
1996	32.002	2,2	16.311	51,0	5,1	9.555	29,9	3,1	6.136	19,2	-5,7
1997	32.675	2,1	16.821	51,5	3,1	10.020	30,7	4,9	5.833	17,9	-5,0
1998	33.735	3,2	17.462	51,8	3,8	10.529	31,2	5,1	5.744	17,0	-1,5
1999*)	34.050	0,9	17.225	50,6	-1,4	11.192	32,9	6,3	5.633	16,5	-1,9
2000*)	34.256	0,6	17.416	50,8	1,1	11.260	32,9	0,6	5.580	16,3	-0,9
2001*)	35.288	3,0	17.845	50,6	2,5	11.820	33,5	5,0	5.623	15,9	0,8
1991-2001	+32 %	+2,8	+31 %	-	+2,7	+68 %	-	+5,3	-8,8 %	-	-0,9

¹ exkl. Dentistinnen und Dentisten

Legende: WTR = Wachstumsrate in Prozent

*) ÖÄK - Österreichische Ärzteliste 1999-2001;

**) exkl. Ärztinnen und Ärzte, die gleichzeitig angestellt und niedergelassen sind

Quellen: ÖÄK - Österreichische Ärztezeitung (Standesmeldungen 1980-1998); ÖBIG-eigene Berechnungen

Aus dieser Darstellung wird deutlich, dass in den letzten zehn Jahren zunehmend mehr Ärztinnen und Ärzte nach Absolvierung der Turnusausbildung anstelle einer Praxiseröffnung bzw. -übernahme im Krankenhaus verblieben. Diese Entwicklung ist im Zusammenhang mit dem (zum Teil auch heute noch) bestehenden Nachholbedarf insbesondere an Fachärztinnen und -ärzten im intramuralen Versorgungsbereich zu sehen. Die Abdeckung dieses Ergänzungsbedarfs an Fachärztinnen und -ärzten in den Krankenanstalten wurde in den Jahren ab 1995 zunehmend auch durch die Umwandlung von Turnusarzt-Dienstposten in Facharzt-Dienstposten vorgenommen, was den prägnanten Rückgang von Anzahl und Anteil der Turnusärztinnen und -ärzte am Gesamtärztestand erklärt. Im Hintergrund dieser Praxis standen dabei der Mangel an Fachärztinnen und -ärzten zur Beseitigung der intramuralen Versorgungsdefizite, der zunehmende Kostendruck im Krankenhaussektor sowie das Bemühen um eine dem vorausgeschätzten Ärztebedarf angemessene Dimensionierung der Ausbildungskapazitäten im Spitalsbereich.

7.1.2 Ärztebestand 1999/2000

Zu der nachfolgenden Darstellung des Ärztebestandes für den Zeitraum 1999/2000 ist anzumerken, dass - im Gegensatz zu den in Tabelle 7.1 wiedergegebenen Daten - die 189 Dentistinnen und Dentisten in die Berechnungen für diesen Zeitraum einbezogen wurden. Außerdem wurden die Datenbestände für diesen Zeitraum diversen Plausibilitätskontrollen unterzogen, was zu einer hohen Verlässlichkeit dieser Daten, aber auch zu Korrekturen in den Zahlenangaben geführt hat. Quelle dieser Darstellung ist die Ärztedatenbank des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen, in der Angaben der Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Dentistenkammer verwertet wurden.

Wie aus Abbildung 7.1 zu entnehmen ist, waren im Zeitraum 1999/2000 in Österreich rund 34.200 Ärztinnen und Ärzte (inklusive 189 Dentistinnen und Dentisten) berufstätig. Davon standen rund 5.600 Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung (Turnus), das waren um fast 1.000 Turnusärztinnen und -ärzte weniger als noch im Jahr 1995. Andererseits waren im intramuralen Bereich gegenüber 1995 sowohl bei den Fachärztinnen und -ärzten (plus 1.900) als auch bei den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin (plus 300) deutliche Zuwächse zu verzeichnen.

Insgesamt verteilt sich die berufstätige Ärzteschaft je etwa zur Hälfte auf den intra- und auf den extramuralen Sektor. Von den rund 16.700 Ärztinnen und Ärzten im extramuralen Sektor waren rund 10.000 dem §2-Kassenbereich (niedergelassene Ärzteschaft mit §2-Kassenvertrag sowie Ärztinnen und Ärzte in den Ambulatorien der Gebietskrankenkassen) zuzuordnen, die verbleibenden Ärztinnen und Ärzte hatten entweder Verträge mit den Sonderversicherungsträgern (ca. 1.200) oder sie waren als „Wahlärztin“ bzw. „Wahlarzt“ niedergelassen (ca. 5.500).

Unter den rund 34.200 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten befanden sich neben den erwähnten rund 5.600 Turnusärztinnen und -ärzten ca. 11.000 Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und rund 17.600 Fachärztinnen und -ärzte (inkl. jener mit einer Berufsausübungsbe-

reichtigung sowohl in einem Fach als auch in Allgemeinmedizin). Die Fachärzteschaft verteilt sich auf mehr als 40 Sonderfächer, wobei die Zahnärztinnen und -ärzte (inklusive Dentistinnen und Dentisten) die größte Gruppe bilden, gefolgt von den Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin, Anästhesiologie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Chirurgie.

Die höchste ärztliche Versorgungsdichte ist mit rund 6,8 Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner für Wien festzustellen, gefolgt von Tirol (4,6) und Salzburg (4,2). Die niedrigste Versorgungsdichte in Bezug auf berufstätige Ärztinnen und Ärzte weisen die Bundesländer Vorarlberg (3,1) und Burgenland (3,0) auf. Berechnet man die Ärztedichte auf Bezirksebene, so werden deutliche Unterschiede zwischen den relativ gut ausgestatteten städtischen Zentren (in denen auch die größeren Krankenanstalten angesiedelt sind) und den weniger dicht versorgten Landregionen (v. a. Mühl- und Innviertel, Süd- und Oststeiermark, Oberkärnten sowie Westtirol und der inneralpine Teil Vorarlbergs) erkennbar. Eine besonders geringe Ärztedichte weisen die Stadt-Umgebungsbezirke auf, die jedoch offensichtlich durch die Städte mitversorgt werden. Auffällig ist weiters die besonders geringe Ärztedichte in jenen Bezirken, die über keine (öffentliche) Krankenanstalt verfügen.

7.1.3 Niedergelassene Ärzteschaft

Von den im Zeitraum 1999/2000 insgesamt rund 16.200 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (inkl. Dentistinnen und Dentisten) hatten etwa 9.500 einen §2-Kassenvertrag, das heißt einen Vertrag mit den Gebiets- oder Betriebskrankenkassen oder mit der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus, abgeschlossen. Aufgrund der - nach einheitlichen Richtwerten - durchgeführten Stellenplanung von Gebietskrankenkassen und Landes-Ärzttekammern liegt die Versorgungsdichte in Bezug auf §2-Kassenärztinnen/-ärzte in acht der neun Bundesländer im Bereich von etwa 900 Einwohnern je §2-Kassenärztin/-arzt (in Vorarlberg wird der vertragslose Zustand zwischen §2-Kassen und Zahnmedizinerinnen/-mediziner durch eine entsprechende Abrechnungsvereinbarung ausgeglichen, weshalb auch die in diese Vereinbarung einbezogenen Vorarlberger Zahnmedizinerinnen/-mediziner als im Sinne von §2-Kassenärztinnen/-ärzten versorgungswirksam gezählt wurden). Wien ist mit nur rund 600 Einwohnerinnen und Einwohnern je §2-Kassenärztin/-arzt deutlich besser versorgt.

Der überwiegende Teil der §2-Kassenärztinnen/-ärzte hat zudem Verträge mit den Sonderversicherungsträgern (oft auch als „kleine Kassen“ bezeichnet), dazu zählen die Versicherungsanstalt (VA) der österreichischen Eisenbahner, die VA der öffentlich Bediensteten, die Sozialversicherungsanstalt (SVA) der gewerblichen Wirtschaft und die SVA der Bauern. Darüber hinaus gibt es noch rund 1.200 Ärztinnen und Ärzte, die nur bei einer oder mehreren der „kleinen Kassen“ unter Vertrag stehen. Diese Ärztinnen und Ärzte gehen zumeist zusätzlich einer weiteren Beschäftigung nach (z. B. als Betriebs- oder Schulärztin bzw. als Betriebs- oder Schularzt), oder sie haben - oftmals aus Altersgründen - ihren Vertrag mit den §2-Kassen bereits zurückgelegt.

Daneben standen im Zeitraum 1999/2000 noch weitere rund 5.500 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für die extramurale Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung, die keinen

Vertrag mit einem Krankenversicherungsträger abgeschlossen hatten. Die Anzahl dieser „Wahlärztinnen“ bzw. „Wahlärzte“ ist gegenüber 1995 um etwa 1.700 angestiegen, wobei sich der seit Jahren bestehende stark ansteigende Trend in diesem Bereich in den letzten Jahren noch verstärkt hat.

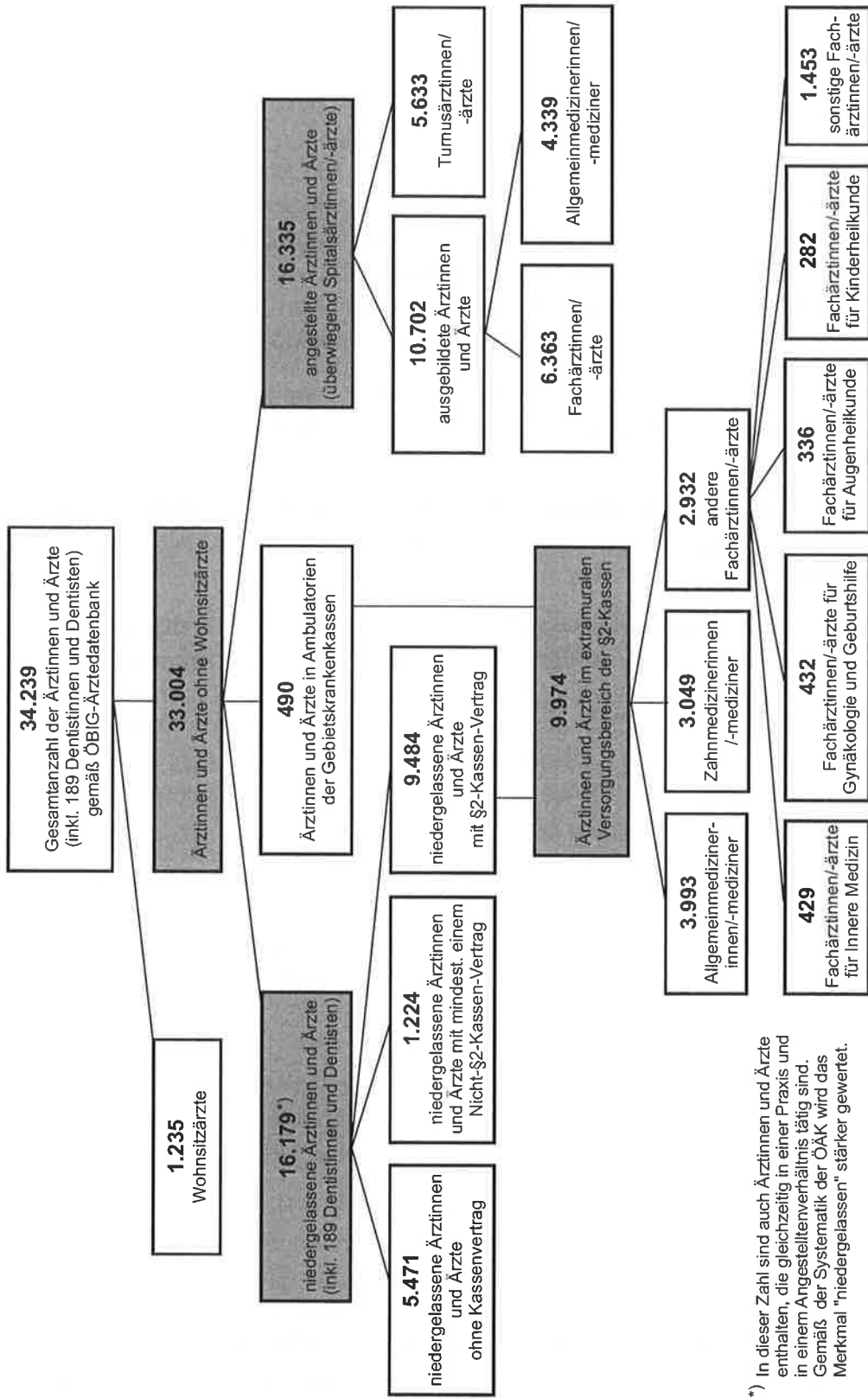
Im Hintergrund dieser Entwicklung steht die Tatsache, dass der verhältnismäßig hohen Anzahl an jährlich neu hinzukommenden berufsberechtigten Ärztinnen und Ärzten, die einen Kassenvertrag anstreben, nur eine relativ geringe Anzahl an unbesetzten Kassenvertragsstellen gegenübersteht. „Wahlärztinnen und -ärzte“ rechnen ihre Leistungen direkt mit der Patientin bzw. dem Patienten ab, diese können einen Antrag auf Kostenersatz an die soziale Krankenversicherung stellen und erhalten (seit einer Neuregelung aus dem Jahr 1996) einen Ersatz in der Höhe von 80 Prozent (früher: 100 Prozent) des für die jeweilige Leistung vereinbarten Kassentarifs rückerstattet.

Bundesweit gesehen ist der Bedarf an §2-Kassenärztinnen/-ärzten nach den derzeit gebräuchlichen Richtlinien bereits seit einigen Jahren weitgehend abgedeckt. Andererseits stehen einer stark überdurchschnittlichen Versorgungsdichte in den Ballungsgebieten immer noch vereinzelt Versorgungslücken in den ländlich-peripheren Regionen gegenüber, die aber mit dem prognostizierten kontinuierlich steigenden (Fach-)Ärzteangebot in den nächsten Jahren zu beseitigen sein dürften.

Im Beobachtungszeitraum (1999 bis 2001) wurden mit der Ärztegesetz-Novelle 2001 neue rechtliche Grundlagen mit Relevanz für die extramurale ärztliche Versorgung geschaffen. In dieser Novelle wurde unter anderem die jahrelang bestehende Forderung umgesetzt, **Gruppenpraxen** rechtlich zu implementieren, die nunmehr auch als „Behandlungsgesellschaften“ geführt werden können. Als Rechtsform dieser Gruppenpraxen steht die „offene Erwerbsgesellschaft“ zur Verfügung, wobei der Gruppenpraxis selbst eine Berufsbefugnis zukommt, die sich aus den Berufsbefugnissen der an der Gruppenpraxis als persönlich haftende Gesellschafter beteiligten Ärztinnen und Ärzten zusammensetzt.

Durch die Etablierung solcher Gruppenpraxen soll einerseits die Entlastung des stationären Akutbereichs durch flexible ambulante Einrichtungen und andererseits die Schließung von Versorgungslücken (insbesondere im ländlichen Bereich) bewirkt werden, wobei der besseren Erreichbarkeit besondere Bedeutung zukommt. Parallel dazu besteht durch eine Änderung des ASVG nunmehr auch die Möglichkeit, Kassenverträge für Gruppenpraxen abzuschließen. Die Gruppenpraxen könnten schon in naher Zukunft einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung der Krankenanstalten und damit zur Kostendämpfung im stationären Bereich leisten. Außerdem könnte eine verbesserte Primärversorgung zur Früherkennung von Krankheiten beitragen und damit stationäre Aufnahmen vermeiden helfen.

Abbildung 7.1: Struktur des Ärztebestandes 1999/2000



*) In dieser Zahl sind auch Ärztinnen und Ärzte enthalten, die gleichzeitig in einer Praxis und in einem Angestelltenverhältnis tätig sind. Gemäß der Systematik der ÖÄK wird das Merkmal "niedergelassen" stärker gewertet.

Quellen: ÖÄK - Ärzteliste; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger - Vertragspartnerdatenbank; ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

7.1.4 Spitalsärzteschaft

Unter den im Zeitraum 1999/2000 rund 16.300 angestellten Ärztinnen und Ärzten sind zum weitaus überwiegenden Teil Krankenhausärztinnen und -ärzte subsumiert. In den rund 310 Krankenanstalten, die im bundesweiten Kataster des Gesundheitsressorts enthalten sind, waren im Zeitraum 1999/ 2000 insgesamt rund 16.000 Ärztinnen und Ärzte angestellt. Davon standen etwa 7.300 in Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner oder zur Fachärztin/zum Facharzt. Die verbleibenden rund 8.700 Ärztinnen und Ärzte (davon etwa 1.100 Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner) waren vorwiegend in den Fonds-Krankenanstalten und in den Unfallkrankenhäusern tätig, nur rund 1.000 dieser Ärztinnen und Ärzte waren in den Nicht-Fonds-Krankenanstalten beschäftigt. Die quantitativ bedeutsamsten Gruppen waren - neben den Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner - die Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin, für Anästhesiologie, für Chirurgie, für Radiologie und für Unfallchirurgie.

Bereits vor dem Beobachtungszeitraum (1999 bis 2001) waren neue rechtliche Grundlagen mit Relevanz für die Ermittlung des Ärztebedarfs in den Krankenanstalten geschaffen worden, und zwar

- das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (Normierung der höchstzulässigen Arbeitszeit für die in Krankenanstalten tätigen Angehörigen der Gesundheitsberufe) in Umsetzung einer EU-Richtlinie,
- die Novelle zum Krankenanstaltengesetz im Jahr 1996, mit der Bestimmungen zur Rufbereitschaft im KAG verankert wurden (Einschränkung der in der Krankenanstalt erforderlichen Anwesenheit von Fachärztinnen/-ärzten, die zuvor für alle Typen von Krankenanstalten und in allen Fachabteilungen als „rund um die Uhr“ erforderliche Anwesenheit definiert war und die seit dem Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan/ÖKAP/GGP 2001 auch für die „Fachschnittpunkte“ außerhalb deren fixer Betriebszeiten zur Anwendung zu bringen sind), sowie
- die Novellierung des Ärztegesetzes im Zusammenhang mit der KAG-Novelle 1996 (mit dieser Novelle wurde das Tätigwerden von Turnusärztinnen/-ärzten ohne direkte Aufsicht durch Fachärztinnen/-ärzte in den Nacht- und Wochenddiensten und die fachübergreifende notfallmedizinische Tätigkeit von Fachärztinnen/-ärzten bestimmter Fachrichtungen ermöglicht und rechtlich abgesichert).

Die beiden letztgenannten Neuregelungen dienten zur Dämpfung des Kostenschubs, der durch die Inkraftsetzung des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes im ärztlichen Bereich ausgelöst worden wäre, wenn nicht die erwähnten legislativen Begleitmaßnahmen getroffen worden wären.

Die Anzahl der in Krankenanstalten beschäftigten Ärztinnen und Ärzte ist im Zeitraum 1999 bis 2001 weiter erheblich angestiegen. Der vorhersehbare Ergänzungsbedarf an Ärztinnen und Ärzten im Krankenhausbereich ist nach dieser Aufstockung und nach der erwähnten Novellierung der gesetzlichen Grundlagen in mehreren Fachrichtungen als nur mehr marginal einzuschätzen. In einigen Fachrichtungen wird sich hingegen (nicht zuletzt aufgrund des

mit der demographischen Entwicklung sich verändernden akutstationären Versorgungsbedarfs) noch ein Ergänzungsbedarf ergeben, der aber mit dem prognostizierten kontinuierlich steigenden (Fach-)Ärzteangebot in den nächsten Jahren problemlos zu beseitigen sein dürfte.

7.1.5 Ausblick

Gemäß den vorliegenden Grobabschätzungen wird das Angebot an fertig ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten den Bedarf in den nächsten 20 Jahren deutlich übersteigen. Unter der Annahme nicht steigender Promoventenzahlen ist bis zum Jahr 2020 mit einem Gesamtüberschuss von rund 9.500 Ärztinnen und Ärzten zu rechnen. Die derzeit vorhandenen postpromotionellen Ausbildungskapazitäten lassen - theoretisch gesehen - ein Überangebot bis zu 18.000 Ärztinnen und Ärzten zu. In den letzten Jahren strömten die neu ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte vor allem in zwei Versorgungsbereiche, nämlich

- in die Krankenanstalten (wo eine deutliche Verbesserung der Ausstattung, insbesondere mit Fachärztinnen/-ärzten, festzustellen ist) sowie
- in den Sektor der niedergelassenen „Wahlärztinnen/-ärzte“ (ohne Kassenvertrag).

In den Krankenanstalten wird der Ergänzungsbedarf in naher Zukunft vollständig abgedeckt sein und es wird sich nur mehr ein Ersatzbedarf für die altersbedingt ausscheidenden Ärztinnen und Ärzte ergeben. Ähnliches gilt für den Bereich der niedergelassenen Kassenärztinnen/-ärzte. Es verbliebe den Ärztinnen und Ärzten im Wesentlichen also nur mehr die Möglichkeit, sich als „Wahlärztin/-arzt“ niederzulassen. Diese Perspektive ist aber hinsichtlich der wirtschaftlichen Existenzfähigkeit von Unsicherheiten geprägt. Insgesamt werden also Beschäftigungsmöglichkeiten für neu ausgebildete Ärztinnen und Ärzte schon in naher Zukunft nur mehr sehr eingeschränkt vorhanden sein. Entsprechende Maßnahmen zur Neuregelung des Zugangs zum Medizinstudium bzw. zur Redimensionierung der Ausbildungskapazitäten erscheinen daher dringend angezeigt.

Literatur

ÖBIG: Qualität der ärztlichen Versorgung in Österreich. Wien 2000

7.2 Nichtärztliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Dieser Abschnitt gibt Auskunft über die im Zeitraum 1990 bis 2001 erfolgte Entwicklung der in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen tätigen Berufsgruppen des nichtärztlichen Dienstes (über die ärztliche Versorgung wird im voranstehenden Abschnitt 7.1 berichtet).

Im Einzelnen wird über folgende Gesundheitsdienste und Berufsgruppen berichtet:

- Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit drei Sparten sowie der Pflegehilfe

- Medizinisch-technische Dienste mit sieben gehobenen medizinisch-technischen Diensten und dem Medizinisch-technischen Fachdienst
- Hebammen
- Kardiotechnischer Dienst
- Sanitätshilfsdienste mit ursprünglich zehn Berufsgruppen

Die Einschränkung der Berichterstattung auf die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in Krankenhäusern mit bettenführenden Abteilungen (das sind insbesondere die Fonds-Krankenanstalten mit Akutversorgungsauftrag, weiters Sanatorien, Rehabilitationszentren, Genesungs- und Erholungsheime sowie Alten- und Pflegeheime, die als Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen typisiert sind) ist dadurch begründet, dass nur für diesen Bereich verlässliche Statistiken vorliegen (Dokumentation der am 31. Dezember des jeweiligen Jahres beschäftigten Personen; die letztverfügbaren Daten beziehen sich auf den Stichtag 31. Dezember 2001). Die Dokumentation von Beschäftigten in stationären Einrichtungen, die nicht Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen im Sinne des Krankenanstalten und Kuranstaltengesetzes sind - das ist die überwiegende Mehrheit der Alten- und Pflegeheime sowie der Kureinrichtungen, unterliegt derzeit keinem standardisierten Berichtswesen. Dies trifft ebenso auf den ambulanten Bereich zu. Eine Gesamtdarstellung der Beschäftigtenzahlen und ihrer Entwicklung ist daher nicht möglich. Zu beachten ist jedenfalls, dass seit Mitte der 1990er-Jahre eine erhebliche Personalaufstockung im extramuralen Bereich stattgefunden hat, die jedoch mangels einschlägiger Dokumentation derzeit nicht näher quantifizierbar ist.

Das ÖBIG wurde im April 2002 vom Gesundheitsressort mit einer Studie zur Berichterstattung über die nichtärztlichen Gesundheitsberufe beauftragt. Über Erhebungen in den derzeit nicht routinemäßig erfassten Arbeitsfeldern (das sind insbesondere Alten- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Arztordinationen, mobile Dienste) wird ein möglichst vollständiger Beschäftigtenstand in den einzelnen Berufsgruppen ermittelt. Angestrebt wird ein standardisiertes Melde- und Berichtswesen für alle relevanten beruflichen Arbeitsfelder dieser Berufsgruppen, um zukünftig umfassende Informationen zur Entwicklung der Beschäftigtenzahlen zu erhalten.

Abbildung 7.2 bietet einen Überblick über die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Berufsobergruppen von 1990 bis 2001.

Insgesamt ist die Anzahl der Beschäftigten in den erwähnten Berufsgruppen zwischen 1990 und 2001 um 32,7 Prozent gestiegen. Der bis Mitte der 1990er-Jahre erkennbare deutliche Zuwachs mit jährlichen Steigerungsraten zwischen fünf und acht Prozent ist in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre abgeflacht.

7.2.1 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe umfassten den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit den drei Sparten Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege,

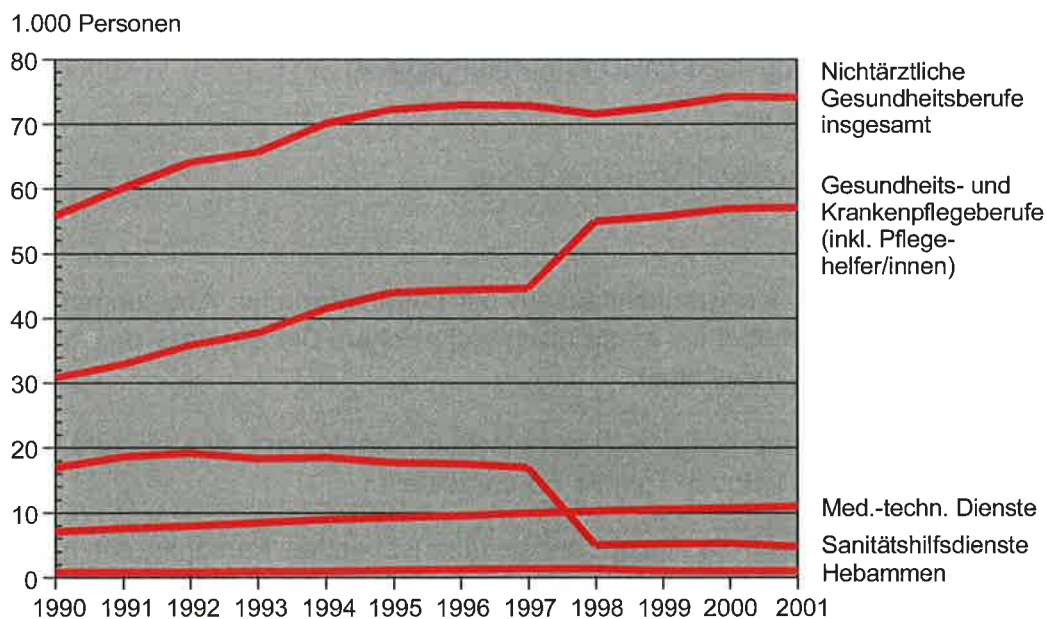
Kinder- und Jugendlichenpflege sowie Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe.

Im Jahre 2001 waren in den Krankenanstalten insgesamt 57.138 Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe beschäftigt, davon 46.669 (81,7 Prozent) im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und 10.469 (18,3 Prozent) Personen in der Pflegehilfe. Im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege waren rund 86 Prozent der Berufstätigen in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege tätig, acht Prozent in der Kinder- und Jugendlichenpflege und rund sechs Prozent in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Beschäftigtenzahlen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe nach Berufssparte und Geschlecht sind für die Jahre 1990 bis 2001 in Tabelle 7.2 dargestellt.

Im Zeitraum von 1990 bis 2001 erhöhte sich der Beschäftigtenstand in der Gesundheits- und Krankenpflege um rund 85 Prozent. Diese Entwicklung ist vorrangig auf den im Jahr 1991 eingeführten Beruf der Pflegehelferin bzw. des Pflegehelfers zurückzuführen, dessen Beschäftigtenstand sich bis zum Jahr 2001 mehr als verzehnfachte. Der Knick von 1997 auf 1998 ist auf die zu diesem Zeitpunkt abgeschlossene Überführung der Berufsgruppe der Sta-

Abbildung 7.2: Entwicklung der Beschäftigten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den österreichischen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen 1990-2001



Quellen: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich 1990-1994, Gesundheitsstatistische Jahrbücher 1995-2001

Grafik: ÖBIG

tionsgehilfinnen/-gehilfen zu den Pflegehelferinnen/-helfern zurückzuführen (vgl. Abbildung 7.2). Im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege betrug die Steigerung im Zeitraum von 1990 bis 2001 rund 51 Prozent. Dabei stieg die Beschäftigtenzahl in der All-

gemeinen Gesundheits- und Krankenpflege mit rund 56 Prozent überproportional, während sich der Beschäftigtenstand in der Kinder- und Jugendlichenpflege mit 30 Prozent sowie in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege mit 27 Prozent unterproportional erhöhte.

Der Anteil der männlichen Personen an den insgesamt Beschäftigten stieg im angegebenen Zeitraum von knapp neun Prozent (1990) auf knapp 14 Prozent im Jahr 2001. Am höchsten ist dieser Anteil in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege mit rund 42 Prozent sowie bei den Pflegehelferinnen/-helfern mit rund 21 Prozent. Einen Anstieg des Männeranteils verzeichneten die Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe. In der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege ist hingegen der Anteil der Frauen von 53,1 auf 58,2 Prozent gestiegen. In der Kinder- und Jugendlichenpflege sind traditionellerweise beinahe ausschließlich Frauen beschäftigt (99 Prozent im Jahre 2001).

7.2.2 Medizinisch-technische Dienste

Die medizinisch-technischen Dienste umfassen die Gehobenen medizinisch-technischen Dienste und den Medizinisch-technischen Fachdienst. Zu den Gehobenen medizinisch-technischen Diensten zählen folgende sieben Berufe:

- Physiotherapeutischer Dienst
- Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst
- Radiologisch-technischer Dienst
- Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst
- Ergotherapeutischer Dienst
- Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst
- Orthoptischer Dienst

Im Jahre 2001 waren in den Krankenhäusern mit bettenführenden Abteilungen insgesamt 11.036 Personen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und des Medizinisch-technischen Fachdienstes beschäftigt.

Die Beschäftigtenzahlen der medizinisch-technischen Dienste nach Sparten und Geschlecht für die Jahre 1990 bis 2001 sind in Tabelle 7.3 dargestellt.

Im gesamten Zeitraum stieg die Anzahl der berufsausübenden Personen der medizinisch-technischen Dienste um 54 Prozent. Am stärksten nahmen der Ergotherapeutische Dienst mit 128 Prozent und der Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst mit 112 Prozent zu, gefolgt vom Orthoptischen Dienst mit 104 Prozent und dem Physiotherapeutischen Dienst mit 84 Prozent. Vergleichsweise geringe Wachstumsraten verzeichneten der Medizinisch-technische Laboratoriumsdienst mit 30 Prozent sowie der Diätendienst und ernährungsmedizinische Beratungsdienst mit 41 Prozent. Der Anteil der Beschäftigten im Medizinisch-technischen Fachdienst ist im oben genannten Zeitraum leicht gestiegen.

Tabelle 7.2: Entwicklung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in den österreichischen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Sparten, Geschlecht und insgesamt 1990-2001

Jahr	AGKP			KJP			PGKP			PH ¹			GKP		
	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.
1990	1.515	24.145	25.660	4	2.796	2.800	1.118	1.264	2.382				2.637	28.205	30.842
1991	1.694	24.890	26.584	6	2.878	2.884	1.134	1.318	2.452		883	1.012	2.963	29.969	32.932
1992	1.884	26.317	28.201	7	3.027	3.034	1.140	1.358	2.498		1.813	2.141	3.359	32.515	35.874
1993	2.166	28.265	30.431	9	3.152	3.161	1.101	1.404	2.505		1.464	1.715	3.527	34.285	37.812
1994	2.507	30.378	32.885	18	3.348	3.366	1.183	1.541	2.724		2.130	2.574	4.152	37.397	41.549
1995	2.847	31.674	34.521	18	3.364	3.382	1.235	1.618	2.853		2.684	3.306	4.722	39.340	44.062
1996	3.143	32.403	35.546	17	3.337	3.354	1.267	1.628	2.895		2.179	2.646	4.894	39.547	44.441
1997	3.394	32.831	36.225	20	3.576	3.596	1.317	1.834	3.151		1.346	1.656	5.041	39.587	44.628
1998	3.631	33.376	37.007	23	3.597	3.620	1.374	1.765	3.139		8.712	11.178	7.494	47.450	54.944
1999	3.952	34.323	38.275	22	3.656	3.678	1.329	1.789	3.118		8.310	10.693	7.686	48.078	55.764
2000	4.174	35.158	39.332	35	3.677	3.712	1.349	1.826	3.175		8.392	10.769	7.935	49.053	56.988
2001	4.341	35.658	39.999	35	3.598	3.633	1.270	1.767	3.037		8.281	10.469	7.834	49.304	57.138

¹ mit Zeugnis

- AGKP Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
- GKP Gesundheits- und Krankenpflege (alle vier Berufsgruppen insgesamt)
- KJP Kinder- und Jugendlichenpflege
- PGKP Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
- PH Pflegehilfe
- m männlich
- w weiblich
- zus. zusammen

Quellen: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich 1990-1994, Gesundheitsstatistische Jahrbücher 1995-2001; ÖBIG: Sanitätshilfsdienste (SHD), Ausbildungs- und Berufssituation, Wien 2000

Tabelle 7.3: Entwicklung der medizinisch-technischen Dienste in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Berufsgruppen, Geschlecht und insgesamt 1990-2001

Jahr	PD			MTA			RTA			DD			ED			LD			OD			MTF			insg.		
	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.
1990	112	1.124	1.236	119	2.155	2.274	249	1.368	1.617	2	309	311	29	234	263	8	132	140	5	50	55	110	1.150	1.260	634	6.522	7.156
1991	131	1.186	1.317	131	2.356	2.487	267	1.405	1.672	3	322	325	33	237	270	7	146	153	5	58	63	125	1.205	1.330	702	6.915	7.617
1992	142	1.304	1.446	146	2.387	2.533	291	1.502	1.793	3	346	349	36	266	302	8	153	161	6	60	66	118	1.270	1.388	750	7.288	8.038
1993	184	1.394	1.578	150	2.400	2.550	312	1.565	1.877	4	356	360	39	287	326	8	181	189	6	51	57	166	1.385	1.551	869	7.619	8.488
1994	210	1.501	1.711	160	2.484	2.644	345	1.702	2.047	6	376	382	39	301	340	12	190	202	14	54	68	151	1.427	1.578	937	8.035	8.972
1995	237	1.566	1.803	156	2.560	2.716	357	1.624	1.981	9	378	387	43	341	384	15	202	217	8	67	75	203	1.566	1.769	1.028	8.304	9.332
1996	248	1.657	1.905	159	2.643	2.802	376	1.655	2.031	7	377	384	40	365	405	14	228	242	15	86	101	203	1.553	1.756	1.061	8.562	9.623
1997	277	1.715	1.992	151	2.687	2.838	401	1.740	2.141	7	393	400	38	397	435	14	238	252	15	89	104	204	1.616	1.820	1.107	8.875	9.982
1998	287	1.770	2.057	154	2.773	2.927	422	1.783	2.205	8	395	403	45	429	474	14	238	252	16	81	97	212	1.606	1.818	1.158	9.075	10.233
1999	311	1.836	2.147	151	2.733	2.884	460	1.808	2.268	7	412	419	47	474	521	16	266	282	16	99	115	224	1.672	1.896	1.232	9.300	10.532
2000	337	1.886	2.223	157	2.772	2.929	483	1.895	2.378	8	416	424	45	503	548	19	260	279	10	102	112	241	1.679	1.920	1.300	9.513	10.813
2001	337	1.932	2.269	164	2.795	2.959	497	1.919	2.416	11	428	439	51	549	600	18	279	297	6	98	104	234	1.718	1.952	1.318	9.718	11.036

- PD Physiotherapeutischer Dienst
- MTA Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst
- RTA Radiologisch-technischer Dienst
- DD Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst
- ED Ergotherapeutischer Dienst
- LD Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst
- OD Orthoptischer Dienst
- MTF Medizinisch-technischer Fachdienst
- insg. medizinisch-technische Dienste insgesamt (gehobene MTD + MTF)
- m männlich
- w weiblich
- zus. zusammen

Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich 1990-1994, Gesundheitsstatistische Jahrbücher 1995 bis 2001

Die Beschäftigten der medizinisch-technischen Dienste sind zu 88 Prozent weiblich. Der Anteil an weiblichen Beschäftigten ist beim Diätendienst und ernährungsmedizinischen Beratungsdienst mit 97 Prozent, beim Medizinisch-technischen Laboratoriumsdienst (95 Prozent) und beim Logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienst (94 Prozent) am höchsten. Den höchsten Männeranteil weist der Radiologisch-technische Dienst mit 20 Prozent auf. Der Männeranteil hat sich in den medizinisch-technischen Diensten seit 1990 von damals neun Prozent auf nunmehr zwölf Prozent erhöht.

7.2.3 Hebammen

Mit dem Hebammengesetz BGGI 1994/310 wurde die strikte Dreiteilung in öffentlich bestellte Hebamme, freipraktizierende Hebamme und Anstaltshebamme aufgehoben sowie die Niederlassungsbewilligung abgeschafft. Hebammen können seither bereichsübergreifend tätig sein.

Die Entwicklung der Anzahl Hebammen von 1996 bis zum Jahr 2001 ist Tabelle 7.4 zu entnehmen, die in der Aufgliederung nach Art der Berufsausübung nunmehr den Intentionen des Hebammengesetzes Rechnung trägt.

Tabelle 7.4: Anzahl der Hebammen nach Art der Berufsausübung entsprechend dem Hebammengesetz 1994 und insgesamt 1996-2001

Jahr	Art der Berufsausübung			insgesamt	auf 100.000 EW
	ausschließlich freipraktizierend	nur an Krankenanstalten tätig	freipraktizierend und an Krankenanstalten tätig		
1996	147	1.026	284	1.457	18,1
1997	139	1.025	334	1.498	18,6
1998	151	948	435	1.534	19,0
1999	172	872	509	1.553	19,2
2000	179	802	541	1.522	18,8
2001	194	802	583	1.579	19,4

Quelle: Gesundheitstatistische Jahrbücher 1996 bis 2001

Die Durchlässigkeit der Art der Berufsausübung zwischen stationär und ambulant erbrachten Diensten, wie dies das Hebammengesetz beabsichtigt, ist deutlich erkennbar. So ist die Anzahl der Hebammen, die den Beruf sowohl intra- als auch extramural ausüben, binnen fünf Jahren um 105 Prozent gestiegen, obwohl die Gesamtanzahl nur um 8,4 Prozent zunahm. Die Hebammendichte (Anzahl der Hebammen je 100.000 Einwohner) stieg zwischen 1996 und 2001 um 7,2 Prozent. Im gesamten Beobachtungszeitraum erhöhte sich die Anzahl der Hebammen um 44,8 Prozent.

7.2.4 Kardiotechnischer Dienst

Beim Kardiotechnischen Dienst handelt es sich um einen vergleichsweise jungen Beruf, der im Jahre 1998 gesetzlich geregelt wurde (vgl. Abschnitt 6.6). Diese Berufsgruppe, die in den österreichischen Herzzentren tätig ist, wird in den routinemäßigen Statistiken der Krankenhäuser nicht erfasst.

Seit 1992 wuchs diese Berufsgruppe von damals 25 Personen um 52 Prozent auf nunmehr 38 Personen, die zum Stichtag 31.12.2000 in den neun Herzzentren beschäftigt sind. Darüber hinaus befinden sich vier Personen in Ausbildung. Die diplomierten Mitglieder des Kardiotechnischen Dienstes sind zu 92 Prozent männlich.

Gemäß Kardiotechnikergesetz ist vom Gesundheitsressort eine Liste mit den zur Ausübung des Berufes der diplomierten Kardiotechnikerin/des diplomierten Kardiotechnikers berechtigten Personen zu führen (Kardiotechnikerliste). Die Eintragung in die Kardiotechnikerliste bildet die Voraussetzung für eine Berufsaufnahme.

7.2.5 Sanitätshilfsdienste

Die Sanitätshilfsdienste umfassten ursprünglich folgende zehn Berufsgruppen:

- Sanitätsgehilfinnen/-gehilfen
- Stationsgehilfinnen/-gehilfen
- Operationsgehilfinnen/-gehilfen
- Laborgehilfinnen/-gehilfen
- Prosekturgehilfinnen/-gehilfen
- Ordinationsgehilfinnen/-gehilfen
- Heilbadegehilfinnen/-gehilfen (Die Ausbildungen und Kursabschlussprüfungen zur Heilbadegehilfin bzw. zum Heilbadegehilfen dürfen gemäß § 45 Abs 9 MTF-SHD-G nur mehr bis zum Ablauf des 31. Dezembers 2003 durchgeführt bzw. abgelegt werden.)
- Heilbademeisterinnen und Heilmasseurinnen/Heilbademeister und Heilmasseure
- Ergotherapiegehilfinnen/-gehilfen
- Desinfektionsgehilfinnen/-gehilfen

Drei dieser Berufe erfuhren in den letzten Jahren eine gesonderte gesetzliche Regelung und wurden damit aus den Sanitätshilfsdiensten ausgegliedert. Es sind dies

- die Sanitätsgehilfinnen/-gehilfen (wurden 2002 durch die Berufe Rettungs- und Notfallsanitäterin/Rettungs- und Notfallsanitäter ersetzt),
- die Stationsgehilfinnen/-gehilfen (wurden 1990 durch den neuen Beruf Pflegehelferin/-helfer ersetzt; gemäß Übergangsregelung durften Stationsgehilfinnen/-gehilfen längstens bis zum 31. Dezember 1997 den Beruf ausüben) sowie

- die Heilbademeisterinnen und Heilmasseurinnen bzw. Heilbademeister und Heilmasseure (wurden 2002 durch die Berufe Medizinische Masseurin und Heilmasseurin bzw. Medizinischer Masseur und Heilmasseur ersetzt).

Die Sanitätshilfsdienste umfassen somit nunmehr lediglich sieben (bzw. durch das Auslaufen der Ausbildungen zur Heilbadegehilfin bzw. zum Heilbadegehilfen nur mehr sechs) Berufsgruppen.

Die Beschäftigtenzahlen in den ursprünglich zehn Sanitätshilfsdiensten nach Sparten, Geschlecht und Berufsstatus sind in Tabelle 7.5 dargestellt. Die Tätigkeit in den Sanitätshilfsdiensten darf bereits vor der Absolvierung der kursmäßigen Ausbildung ausgeübt werden, der Abschluss der Ausbildung ist innerhalb von zwei Jahren ab Berufsantritt nachzuweisen. Bei diesen Berufen wird daher in der Statistik zwischen einer Berufsausübung mit und ohne Zeugnis unterschieden.

Im Jahre 2001 waren in den österreichischen Krankenanstalten insgesamt 4.864 Personen in den Sanitätshilfsdiensten beschäftigt. 13 Prozent befanden sich in Berufsausübung, ohne das entsprechende Zeugnis zu besitzen. Der zwischen 1997 und 1998 festzustellende Knick in der Beschäftigtenzahl ist auf das Auslaufen der Berufsgruppe der Stationsgehilfinnen/-gehilfen und deren Überführung in die Berufsgruppe der Pflegehelferinnen/-helfer zurückzuführen (vgl. auch Abbildung 7.2). Unter Ausblendung der Berufsgruppe der Stationsgehilfinnen/-gehilfen ist bei den Sanitätshilfsdiensten im Zeitraum von 1990 bis 2001 insgesamt ein geringfügiger Anstieg der Beschäftigten im Ausmaß von 17,5 Prozent zu verzeichnen. Im Jahr 2001 ist ein Beschäftigungsrückgang um rund neun Prozent gegenüber dem Vorjahr zu erkennen.

57,5 Prozent der Berufstätigen waren im Jahr 2001 männlich, im Jahr 1990 waren es 29,1 Prozent. Der Anteil der Männer ist bei den Prosekturgehilfen mit 97,0 Prozent am höchsten, gefolgt von den Operationsgehilfen (74,3 Prozent) und den Desinfektionsgehilfen (72,2 Prozent). Am niedrigsten ist dieser Anteil bei den Ordinationsgehilfen (6,0 Prozent).

7.3 Rehabilitation

7.3.1 Ausgangslage

Generelles Ziel der Rehabilitation ist es, Patientinnen und Patienten wieder in die Lage zu versetzen, möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben zu führen, einen Beruf auszuüben oder eine Ausbildung absolvieren zu können. Behinderungsbedingte Pensionierungen und Pflegebedürftigkeit sollen verhindert oder zumindest aufgeschoben werden.

In den Sozialversicherungsgesetzen werden je nach Versicherungszweig (Kranken-, Pensions- oder Unfallversicherung) unterschiedliche leistungsrechtliche Rehabilitationsbegriffe mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, Zielen und Aufgaben definiert: Während in der Krankenversicherung ein umfassender Wiedereingliederungsauftrag besteht, zielen die Leistungen der Pensionsversicherung auf die Vermeidung einer behinderungsbedingten vorzeitigen Pensionierung (Pflichtaufgabe) und einer dauernden Pflegebedürftigkeit (freiwillige Leistung

Tabelle 7.5: Entwicklung der Sanitätshilfsdienste in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen nach Berufsgruppen, Geschlecht, Ausbildungsgrad und insgesamt 1990-2001

			1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
SanG	m	m.Z.	314	341	339	401	562	254	529	375	371	415	476	382
		o.Z.	58	81	84	68	116	125	96	96	102	88	76	84
	w	m.Z.	413	548	514	701	993	351	999	446	435	643	756	358
		o.Z.	73	130	124	120	262	274	201	181	165	190	134	153
insges.			858	1.100	1.061	1.290	1.933	1.004	1.825	1.098	1.073	1.336	1.442	977
SG	m	m.Z.	2.088	2.367	2.493	2.490	2.610	2.857	2.502	2.587				
		o.Z.	597	675	608	603	372	246	240	163				
	w	m.Z.	8.113	8.905	9.461	8.479	8.697	9.034	8.332	8.527				
		o.Z.	2.066	2.190	1.963	1.726	1.085	398	692	532				
insges.			12.864	14.137	14.525	13.298	12.764	12.535	11.766	11.809				
OPG	m	m.Z.	1.148	1.206	1.379	1.358	1.488	1.465	1.540	1.514	1.686	1.649	1.719	1.548
		o.Z.	159	177	147	202	199	229	189	180	67	85	50	204
	w	m.Z.	452	497	489	551	500	552	559	590	575	546	556	517
		o.Z.	90	102	109	95	116	89	63	51	32	35	29	90
insges.			1.849	1.982	2.124	2.206	2.303	2.335	2.351	2.335	2.360	2.315	2.354	2.359
LabG	m	m.Z.	75	78	83	71	72	53	67	69	56	54	61	48
		o.Z.	10	6	2	11	10	44	36	31	12	16	2	27
	w	m.Z.	257	271	286	268	260	186	227	245	245	235	226	227
		o.Z.	17	25	35	45	29	93	84	83	11	10	6	16
insges.			359	380	406	395	371	376	414	428	324	315	295	318
ProsG	m	m.Z.	109	122	129	121	126	117	112	117	124	118	125	122
		o.Z.	15	6	9	16	11	21	21	23	11	9	1	7
	w	m.Z.	1	-	-	1	1	1	8	2	3	4	4	3
		o.Z.	2	1	1	2	1	0	0	0	0	1	0	1
insges.			127	129	139	140	139	139	141	142	138	132	130	133
OrdG	m	m.Z.	27	23	28	22	20	19	19	27	17	18	16	14
		o.Z.	4	2	5	6	2	1	17	4	1	2	0	1
	w	m.Z.	166	162	166	187	163	154	161	186	198	204	225	225
		o.Z.	17	25	24	24	26	36	27	30	15	13	12	11
insges.			214	212	223	239	211	210	224	247	231	237	253	251
HeilG	m	m.Z.	10	7	9	10	18	10	14	19	18	13	14	20
		o.Z.	-	1	2	-	1	2	1	1	0	2	0	1
	w	m.Z.	11	8	11	15	10	24	24	28	28	15	61	19
		o.Z.	11	11	14	13	12	11	6	4	3	6	6	3
insges.			32	27	36	38	41	47	45	52	49	36	81	43
HeilBM	m	m.Z.	253	258	272	268	279	294	292	292	288	276	257	243
		o.Z.	7	6	4	11	5	13	13	11	8	20	1	5
	w	m.Z.	314	320	340	327	333	332	379	379	374	422	344	388
		o.Z.	6	2	4	15	11	11	9	12	15	6	42	5
insges.			580	586	620	621	628	650	693	694	685	715	644	641
ErgG	m	m.Z.	16	17	13	15	14	19	15	16	19	18	16	17
		o.Z.	8	9	13	13	15	10	9	9	7	8	9	8
	w	m.Z.	16	15	19	17	21	12	17	23	19	18	23	19
		o.Z.	6	8	9	10	12	10	9	7	9	3	7	8
insges.			46	49	54	55	62	51	50	55	54	47	55	52
DesG	m	m.Z.	47	47	49	48	65	37	41	38	56	68	64	59
		o.Z.	3	4	7	9	5	34	35	31	8	5	1	6
	w	m.Z.	15	12	14	13	12	17	18	22	28	25	22	22
		o.Z.	9	5	3	3	3	6	5	8	1	8	7	3
insges.			74	68	73	73	85	94	99	99	93	106	94	90
alle SHD	m	m.Z.	4.087	4.466	4.794	4.804	5.254	5.125	5.130	5.051	2.635	2.629	2.748	2.453
		o.Z.	861	967	881	939	736	725	657	549	216	235	140	343
	w	m.Z.	9.758	10.738	11.300	10.559	10.990	10.663	10.724	10.448	1.905	2.112	2.217	1.778
		o.Z.	2.297	2.499	2.286	2.053	1.557	1.228	1.096	908	251	272	243	290
insges.			17.003	18.670	19.261	18.355	18.537	17.741	17.607	16.956	5.007	5.248	5.348	4.864

Legende siehe nebenstehende Seite

Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich 1990-1994 und Gesundheitsstatistische Jahrbücher 1995-2001

im Rahmen der Gesundheitsvorsorge) ab. Leistungen in der Unfallversicherung sind auf die Wiederherstellung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bezogen.

Zur Erreichung dieser Ziele sind in den Sozialversicherungsgesetzen folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation (in der Kranken-, der Pensions- und der Unfallversicherung),
- Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (in der Krankenversicherung),
- Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (in der Pensionsversicherung) sowie
- berufliche und soziale Maßnahmen (in der Pensions- und in der Unfallversicherung).

Die medizinische Rehabilitation umfasst u. a. die Unterbringung in Krankenanstalten, die „vorwiegend der Rehabilitation dienen“ - also in Rehabilitationszentren (Sonderkrankenanstalten im Sinne des § 2 Abs 1 Z 2 KAKuG) -, sowie die Versorgung mit Heilbehelfen, Hilfsmitteln und anderen Behelfen, die für einen Behinderungsausgleich erforderlich sind. Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge unterliegen keiner Einschränkung bezüglich Art und Ausstattung der für das Heilverfahren in Frage kommenden Einrichtungen. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit hingegen sind auf Aufenthalte in Genesungs- und Erholungsheimen sowie in Kuranstalten beschränkt.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat die Zuständigkeit für die Erbringung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in einer Richtlinie folgendermaßen geregelt:

- Die Unfallversicherung trifft Vorsorge für die Rehabilitation, wenn der Grund für die Behinderung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist.
- Die Pensionsversicherung führt Maßnahmen der Rehabilitation durch, wenn die Behinderung ohne die Gewährung von Leistungen der Rehabilitation voraussichtlich zu Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit führen würde oder bereits dazu geführt hat.
- Die Krankenversicherung führt Maßnahmen der Rehabilitation in ergänzender Zuständigkeit durch. Damit soll auch für die stationäre medizinische Rehabilitation der in der Pensionsversicherung nicht oder nicht mehr Anspruchsberechtigten gesorgt werden (z. B. von mitversicherten Angehörigen).

Legende zu Tabelle 7.5:

DesG	Desinfektionsgehilfinnen/-gehilfen	SG	Stationsgehilfinnen/-gehilfen (bis 1997 inkl. des zu Pflegehelferinnen/-helfer aufgeschulten Personals)
ErgG	Ergotherapiegehilfinnen/-gehilfen	SHD	Sanitätshilfsdienste insgesamt
HeilBM	Heilbademeisterinnen, Heilmasseurinnen/ Heilbademeister, Heilmasseur	m	männlich
HeilG	Heilbadegehilfinnen/-gehilfen	w	weiblich
LabG	Laborgehilfinnen/-gehilfen	m.Z.	mit Zeugnis
OPG	Operationsgehilfinnen/-gehilfen	o.Z.	ohne Zeugnis
OrdG	Ordinationsgehilfinnen/-gehilfen	insges.	insgesamt
ProsG	Prosekturgehilfinnen/-gehilfen		
SanG	Sanitätsgehilfinnen/-gehilfen		

Die Sozialversicherungsträger haben in den letzten Jahrzehnten ein Netz von Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation aufgebaut und im Jahr 2002 ein neu errichtetes Neurologisches Rehabilitationszentrum in Betrieb genommen. Somit bestehen derzeit (2003) 29 spezialisierte Sonderkrankenanstalten in der Trägerschaft der Sozialversicherungsträger. Gleichzeitig haben sich Sonderkrankenanstalten in privater Trägerschaft etabliert, die von den Sozialversicherungsträgern insbesondere unter Berücksichtigung regionaler Gesichtspunkte für die medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen werden. Gegenwärtig bestehen Verträge mit 15 Einrichtungen in privater Trägerschaft.

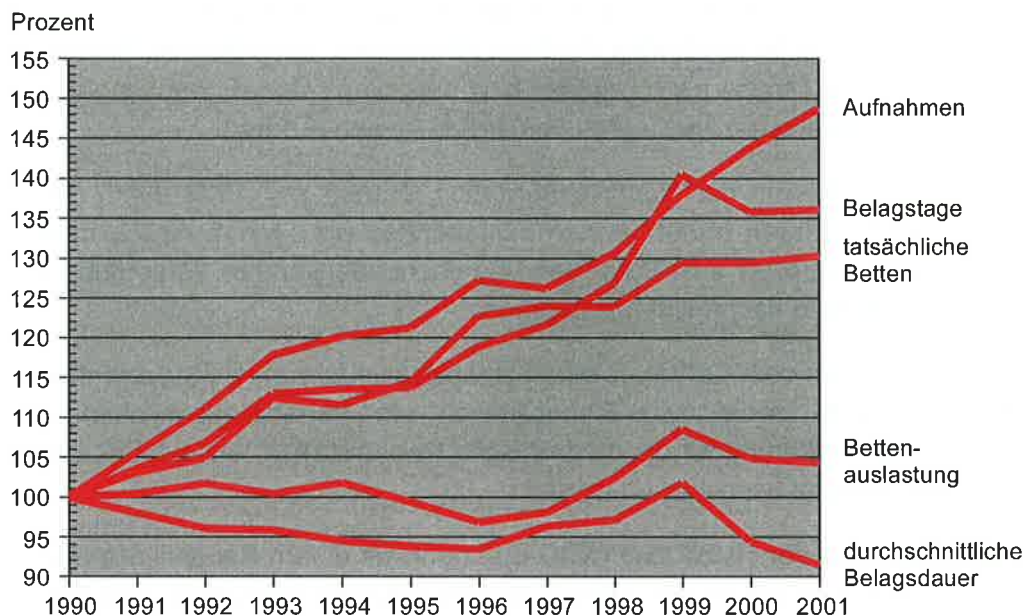
Die in den Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation verfügbaren Betten sind zwischen 1990 und 2001 um insgesamt etwa 30 Prozent vermehrt worden, wogegen sich die Anzahl der Aufnahmen um knapp 50 Prozent erhöhte. Während sich die Bettenauslastung im angegebenen Zeitraum tendenziell erhöhte (von 88 Prozent auf 92 Prozent), sank die durchschnittliche Belagsdauer in den Rehabilitationszentren von 26,4 Tagen auf 24,2 Tage (vgl. Abbildung 7.3). Entsprechende Aussagen über das Leistungsgeschehen in den Kur- und Erholungsheimen sind derzeit nicht möglich, da diese Einrichtungen nicht zu den vom Bettenbericht erfassten bettenführenden Krankenanstalten im Sinne des KAKuG zählen.

Die ambulante Rehabilitation ist derzeit in den Sozialversicherungsgesetzen nicht explizit geregelt. Sie ist vorwiegend aus den Titeln „ärztliche Hilfe“ (in der Krankenversicherung) und „Gesundheitsvorsorge“ (in der Pensionsversicherung) ableitbar. Ambulante Leistungen mit rehabilitativem Charakter werden vorwiegend in Krankenhausambulanzen, in selbstständigen Ambulatorien sowie von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten erbracht. Darüber hinaus werden ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in zwei Einrichtungen der Sozialversicherung angeboten, wobei eine Einrichtung der ambulanten Rehabilitation gewidmet ist.

Die Ausgaben der Sozialversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Gesundheitsvorsorge sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und beliefen sich im Jahr 2001 auf rund 598,4 Mio. Euro (vgl. Tabelle 7.6). In der Krankenversicherung wurde der Rückgang bei den Ausgaben unter dem Titel Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung durch die Steigerung bei den Ausgaben für die medizinische Rehabilitation kompensiert.

Einschnitte bei den Ausgaben für die Rehabilitation im weiteren Sinne insgesamt waren in den Jahren 1996 und 1998 zu verzeichnen, in denen diese Ausgaben um sechs Prozent bzw. um knapp fünf Prozent gegenüber dem jeweiligen Vorjahr zurückgingen. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben der Sozialversicherung ist seit 1992 geringfügig von 1,6 auf 1,7 Prozent im Jahr 2001 gestiegen.

Abbildung 7.3: Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation 1990-2001 (indexiert: 1990 = 100 %)



Quelle: BMGF - Bettenberichte 1990 bis 2001

Grafik: ÖBIG

Tabelle 7.6: Ausgaben der Sozialversicherung für die Rehabilitation 1996-2001 (in 1.000 €)

Sozialversicherungszweig	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Veränderung 1996 - 2001
Krankenversicherung							
• medizinische Rehabilitation	121.228	140.980	156.894	172.008	172.337	179.390	+48,0 %
• Gesundheitsfestigung u. Krankheitsverhütung	68.481	63.974	64.900	68.711	66.426	61.710	-9,9 %
Pensionsversicherung							
• Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation	266.879	271.847	296.934	318.548	343.862	360.978	+35,3 %
Unfallversicherung							
• Rehabilitation	48.394	49.032	51.987	53.672	59.991	58.025	+19,9 %
Summe	504.982	525.833	570.716	544.228	576.190	598.393	+18,5 %

Quelle: HVSV - Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1997 bis 2002

7.3.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Das ÖBIG war bereits 1996 vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV) mit der Erarbeitung eines österreichischen Rehabilitationskonzeptes und 1998 ergänzend dazu mit einer Studie zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen beauftragt worden. Im Zuge dieser Studien konnten bei den Erwachsenen Kapazitätsüberhänge im Bereich der Orthopädie/Rheumatologie und demgegenüber massive Defizite im Bereich der Neurorehabilitation festgestellt werden. Ebenso bestehen aufgrund der historisch gewachsenen Versorgungsstrukturen (Rehabilitationszentren sind überwiegend in Kurorten angesiedelt) regionale Versorgungsunterschiede. Für die Rehabilitation von Kindern existieren in Österreich mit Ausnahme einer Einrichtung in Tirol für Kinder und Jugendliche nach Organ-

transplantationen keine eigenen Versorgungsstrukturen in Form spezieller Rehabilitations-einrichtungen. Kinder und Jugendliche werden einerseits in den Einrichtungen für Erwachsene und andererseits in den Akutkrankenanstalten sowie - vereinzelt - in spezialisierten Re-habilitationszentren im benachbarten Ausland rehabilitiert. Ungedeckter Bedarf besteht hier im Bereich der Rehabilitation nach Unfällen bzw. neurologischen Erkrankungen sowie im Be-reich der familienorientierten Nachsorge von krebskranken Kindern.

Die Versorgungslücken in der Neurorehabilitation wurden seit 1993 durch die Einrichtung entsprechender Strukturen sowohl in den bestehenden als auch in neu errichteten Einrich-tungen reduziert. Von einer ausreichenden und flächendeckenden Versorgung ist in diesem Bereich jedoch bis dato noch nicht auszugehen.

Aufbauend auf diesen vom ÖBIG erstellten Studien wurde vom HVSV und dem dort einge-richteten Arbeitskreis „medizinische Rehabilitation“ ein „Rehabilitationskonzept der österrei-chischen Sozialversicherung für die medizinische Rehabilitation“ erstellt, das im Juni 1999 in der Verbandskonferenz beschlossen wurde.

Im Frühjahr 2003 hat der HVSV das ÖBIG nunmehr mit einem Rehabilitationsplan 2003 be-auftragt, der in Anlehnung an den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan und auf Basis des Rehabilitationskonzeptes der Sozialversicherung erstellt werden soll. Pla-nungshorizonte sind die Jahre 2005 und 2010. Neben den stationären Kapazitäten sollen auch die Möglichkeiten und Potenziale zur ambulanten Rehabilitation ausgelotet werden. Ei-ne vertiefende Studie zur ambulanten Neurorehabilitation durch das ÖBIG wurde im Jahr 2003 vom Strukturfonds beauftragt.

7.3.3 Ausblick

Im „Reformprogramm der ÖVP-FPÖ-Koalition 2000-2003“ war die grundsatzpolitische Posi-tion „Rehabilitation vor Pflege“ verankert sowie eine Stärkung der extramuralen Stukturen „insbesondere im Bereich der extramuralen Rehabilitation“ vorgesehen. Das Kapitel „Nach-sorge und Rehabilitation“ enthielt folgende Ausführungen:

„Die Rehabilitationsangebote sollten in allen Bereichen wie beispielsweise der Krebs-, Schlaganfall-, Neuro- oder psychiatrischen Rehabilitation bedarfsgerecht ausgebaut werden. Die Neustrukturierung der Rehabilitationsmaßnahmen in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung soll durch die Errichtung einer gemeinsamen Holding, in der die entspre-chenden Einrichtungen der einzelnen Sozialversicherungsträger zusammengefasst werden, eingeleitet werden. Die Gesundheitsvorsorgeprogramme im Rahmen des Kurwesens sind aufzuwerten.“

Bei der Weiterentwicklung des österreichischen Rehabilitationssystems ist neben diesen poli-tischen Vorgaben im Zusammenhang mit einer optimalen Umsetzung der Rehabilitations-maßnahmen insbesondere auf folgende Bereiche zu achten:

- Koordination aller Rehabilitationsmaßnahmen
- Verbesserung administrativer Abläufe
- einheitliche, transparente und rationelle Dokumentation

- legistische Klarstellungen (v. a. im Bereich der ambulanten Rehabilitation sowie der familienorientierten Nachsorge von krebskranken Kindern)
- Controlling

7.4 Krankenanstalten

7.4.1 Entwicklung der stationären Akutversorgung

7.4.1.1 Ausgangslage

Krankenhausleistungen der Akutversorgung sind in hohem Maße in jenen Spitälern konzentriert, für die der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) bis Ende 1996 Zuschüsse leistete. Prinzipiell waren das alle allgemein öffentlichen und privat gemeinnützigen Krankenhäuser sowie öffentliche Sonderkrankenanstalten im Sinne von § 2 Abs 1 Z 1 und 2 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG). Diese Krankenhäuser unterliegen seit Inkrafttreten der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 den Bestimmungen des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP). Sie werden seither über die Landesfonds des jeweiligen Bundeslandes finanziert und daher als „Fonds-Krankenanstalten“ bezeichnet.

Etwas mehr als die Hälfte der insgesamt verfügbaren Betten in den 310 österreichischen Krankenhäusern (2001) bzw. 60 Prozent der Betten in den 145 Fonds-Krankenanstalten stehen unter Rechtsträgerschaft der Bundesländer. Knapp ein Drittel dieser Betten insgesamt bzw. rund 38 Prozent der Betten in Fonds-Krankenanstalten werden von Gemeinden und Gemeindeverbänden sowie von Ordensgemeinschaften geführt.

Die Gesamtanzahl der systemisierten Betten in Österreich sank von knapp 80.000 Ende 1992 auf rund 71.700 Ende 2001, jene der systemisierten (Akut-)Betten in den Fonds-Krankenanstalten von rund 58.000 Ende 1992 auf rund 52.000 Ende 2001. Zwischen 1997 und 2001 wurden die systemisierten Betten insgesamt um rund 3.400 (4,5 %) bzw. in den Fonds-Krankenanstalten um rund 2.700 Betten (5,0 %) reduziert. Die Zahl der stationären Aufnahmen in den Fonds-Krankenanstalten erhöhte sich im selben Zeitraum um rund zwölf Prozent auf fast 2,2 Mio. im Jahr 2001 und damit deutlich stärker als im Vergleichszeitraum 1991 bis 1995 (+9 %). Parallel dazu sank die durchschnittliche Aufenthaltsdauer seit 1997 um fast 14 Prozent auf 6,6 Tage im Jahr 2001 (vgl. Tabelle 7.7) und damit ähnlich stark wie im Vergleichszeitraum 1991 bis 1995 (13 %).

Die kontinuierliche Zunahme der Krankenhausaufenthalte in den letzten Jahren lässt sich zu einem Teil (mehr als einem Drittel) durch die steigende Anzahl an Eintagspflegen (tagesklinische und halbstationäre Fälle) erklären. Der Anteil der Eintagspflegen an allen stationären Fällen ist zwischen 1995 und 2001 von rund sechs Prozent auf fast zwölf Prozent angewachsen, wobei die Steigerungsrate 1996-1997 mit 1,5 Prozentpunkten am deutlichsten ausfiel. Die Steigerungen im Bereich der Eintagspflegen sind vielfach auf die 1996 erfolgte Novellierung des Bundes-Krankenanstaltengesetzes (§ 6 Abs 1 lit b: Bestimmung über Tages- und Nachtklinik) zurückzuführen. Seither sind auch jene tagesklinischen Leistungen, die in

einigen Bundesländern bis 1996 zum Teil über Sonderverträge als ambulante Fälle abgerechnet wurden, im Rahmen der seit 1997 durchzuführenden Abrechnung nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) ausnahmslos als stationäre Aufenthalte zu dokumentieren.

Weiters haben Sonderregelungen in der LKF-Abrechnung (z. B. im halbstationären Psychiatriebereich, im Bereich der medizinischen Geriatrie, bei Wechsel zwischen landesfonds- und nichtlandesfondsrelevanten Kostenträgern) eine getrennte Darstellung einzelner Krankenhausaufenthalte und damit eine (statistische) Vermehrung der stationären Aufenthalte mit sich gebracht. Darüber hinaus können auf Grund des raschen medizinischen Fortschritts und der neuen Behandlungsmethoden die Patienten in kürzerer Zeit entlassen werden. In diesem Zusammenhang haben auch die Eintagspflegen für weitere stationäre Nachbehandlungen (z. B. bei Chemotherapien) zugenommen.

Tabelle 7.7: Parameter der Betteninanspruchnahme 1991-2001

Jahr	Parameter der Betteninanspruchnahme					
	Systemisierte Betten		Aufnahmen*		Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (in Tagen)	
	insgesamt	davon in Fonds-Krankenanstalten	insgesamt	davon in Fonds-Krankenanstalten	insgesamt	in Fonds-KA
1991	79.519	58.711	1.846.660	1.633.825	12,3	10,0
1992	78.967	58.072	1.892.103	1.673.687	11,8	9,6
1993	77.486	57.457	1.922.429	1.702.111	11,4	9,2
1994	77.527	57.038	1.958.092	1.749.094	11,2	8,9
1995	76.709	56.198	1.990.596	1.780.953	10,9	8,7
1996	76.252	55.620	2.024.645	1.814.951	10,5	8,4
1997	75.142	54.729	2.152.567	1.937.494	9,7	7,6
1998	74.810	54.244	2.246.381	2.025.568	9,3	7,3
1999	73.577	53.371	2.329.887	2.103.336	8,9	7,0
2000	72.164	52.465	2.370.977	2.143.714	8,6	6,7
2001	71.741	51.980	2.416.263	2.178.088	8,4	6,6
Veränderung 1997-2001 in %	- 4,5	- 5,0	12,3	12,4	- 13,6	- 13,8

* exklusive krankenanstalteninterner Verlegungen

Quellen: BMGF - Krankenanstaltenstatistik; ÖBIG-eigene Berechnungen

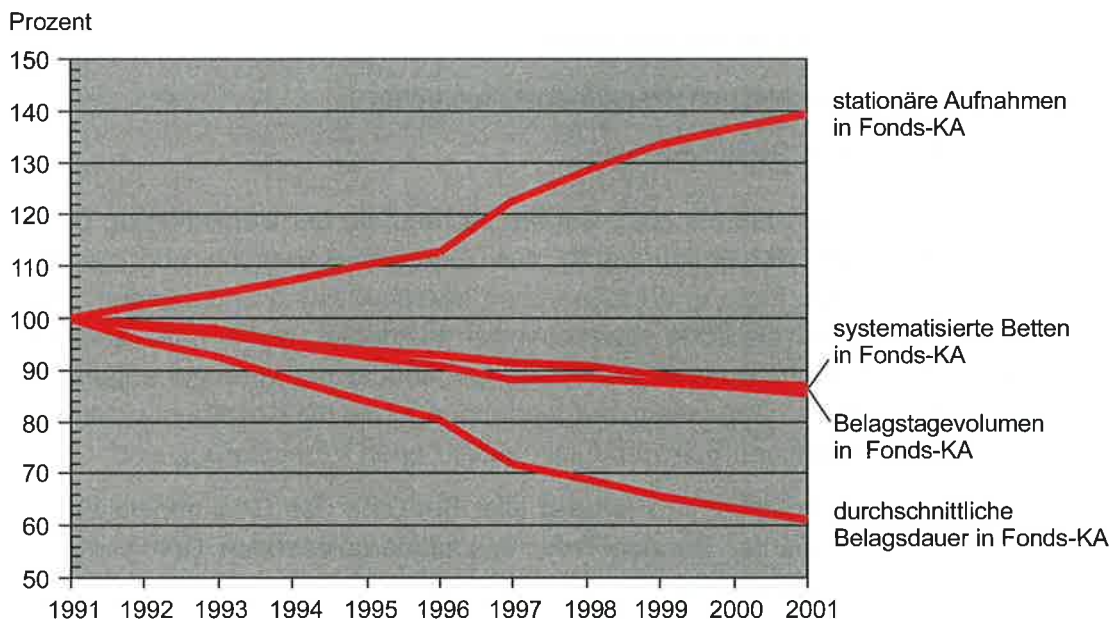
Auf die oben dargestellte Entwicklung lässt sich zum Teil auch die weitere deutliche Reduktion der durchschnittlichen Dauer eines Krankenhausaufenthalts zurückführen. Verblieb ein Patient Anfang der 1990-Jahre (im Durchschnitt aller Krankenhäuser) noch rund zwölf Tage im Krankenhaus, so lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Jahr 1995 bei knapp elf Tagen und im Jahr 2001 bei nur mehr 8,4 Tagen (vgl. Tabelle 7.7).

Schließt man die tagesklinischen Patienten bzw. Eintagspflegen sowie die Patienten mit überlanger Aufenthaltsdauer aus der Betrachtung aus und schränkt die Betrachtung auf die Fonds-Krankenanstalten ein, so ergibt sich für die verbleibende Patientengruppe (Akutpatientinnen und -patienten mit Belagsdauern zwischen einem und 28 Tagen) eine Reduktion der durchschnittlichen Belagsdauer zwischen 1998 und 2001 von 6,6 auf 6,2 Tage.

Die Entwicklung der Bettenkapazitäten und der Betteninanspruchnahme im Zeitraum 1995 bis 2001 entspricht der Fortsetzung eines langjährigen Trends im Bereich der Fonds-Krankenanstanalten. Mit Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) per 1. Jänner 1997 hat sich diese Entwicklung noch etwas beschleunigt.

Der ansteigenden Zahl an Krankenhausaufnahmen steht eine sinkende durchschnittliche Aufenthaltsdauer gegenüber, sodass aufgrund der rückläufigen Zahl an stationären Krankenhaustagen (Belagstagen) mit immer weniger Krankenhausbetten das Auslangen gefunden werden kann (vgl. dazu Abb. 7.4).

Abbildung 7.4: Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Fonds-Krankenanstanalten 1991-2001 (indexiert: 1991 = 100 %)



Quellen: BMGF - Krankenanstaltenstatistik; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Inanspruchnahme von Akutbetten kann in der regionalen Differenzierung durch den Indikator der „Belagstagedichte“ (BTD, Belagstage pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung) anschaulich dargestellt werden. Die Analyse auf der EU-konformen Ebene der so genannten „NUTS-3-Regionen“ zeigt, dass die BTD innerhalb Österreichs regionalen Schwankungen von bis zu etwa einem Viertel über bzw. unter dem Bundesdurchschnitt unterliegt. Während die BTD im Großraum Wien und in weiten Teilen Westösterreichs unter dem bundesweiten Durchschnitt liegt, ist sie in Teilen Oberösterreichs, der Steiermark und Kärntens deutlich erhöht (vgl. Karte 7.1). Vor allem in den zuletzt genannten Regionen erscheint ein weiterer (im ÖKAP/GGP größtenteils auch vorgesehener) Akutbettenabbau sinnvoll und notwendig.

Mit dem bisher kontinuierlich vollzogenen Akutbettenabbau wurde hauptsächlich das Ziel der Kostendämpfung im stationären Akutbereich verfolgt. Dieses Ziel steht in Zusammenhang mit der bis Mitte der 1990er-Jahre stark überproportionalen Kostenentwicklung im Krankenhausbereich, die vor allem durch die deutlich verbesserte Personalausstattung, steigende

Medikamentenkosten, aber auch durch die jährliche Kostenentwicklung im Bereich der medizinisch-technischen Ausstattung begründet war. Die Reduktion der jährlichen Kostensteigerungsraten im Bereich der Fonds-Krankenanstalten (von über neun Prozent Anfang der 1990er-Jahre auf rund vier Prozent im Zeitraum 1998-2001) kann als Erfolg im Sinne des Kostendämpfungs-Ziels gewertet werden.

7.4.1.2 Gesundheitspolitische Zielsetzungen

Im Regierungsprogramm aus dem Jahr 2000 („Reformprogramm der ÖVP-FPÖ-Koalition 2000-2003“) waren mehrere Zielvorstellungen mit Relevanz für die Entwicklung des Krankenhausbereichs enthalten. Hier wurden unter anderem folgende gesundheitspolitische Zielvorstellungen festgehalten:

- Verpflichtendes Qualitätssicherungssystem für das gesamte Gesundheitswesen
- Bedarfsgerechter Ausbau der Rehabilitation
- Anpassung des österreichischen Krankenanstaltenrechts
- Ausbau der Hospiz- und Palliativmedizin

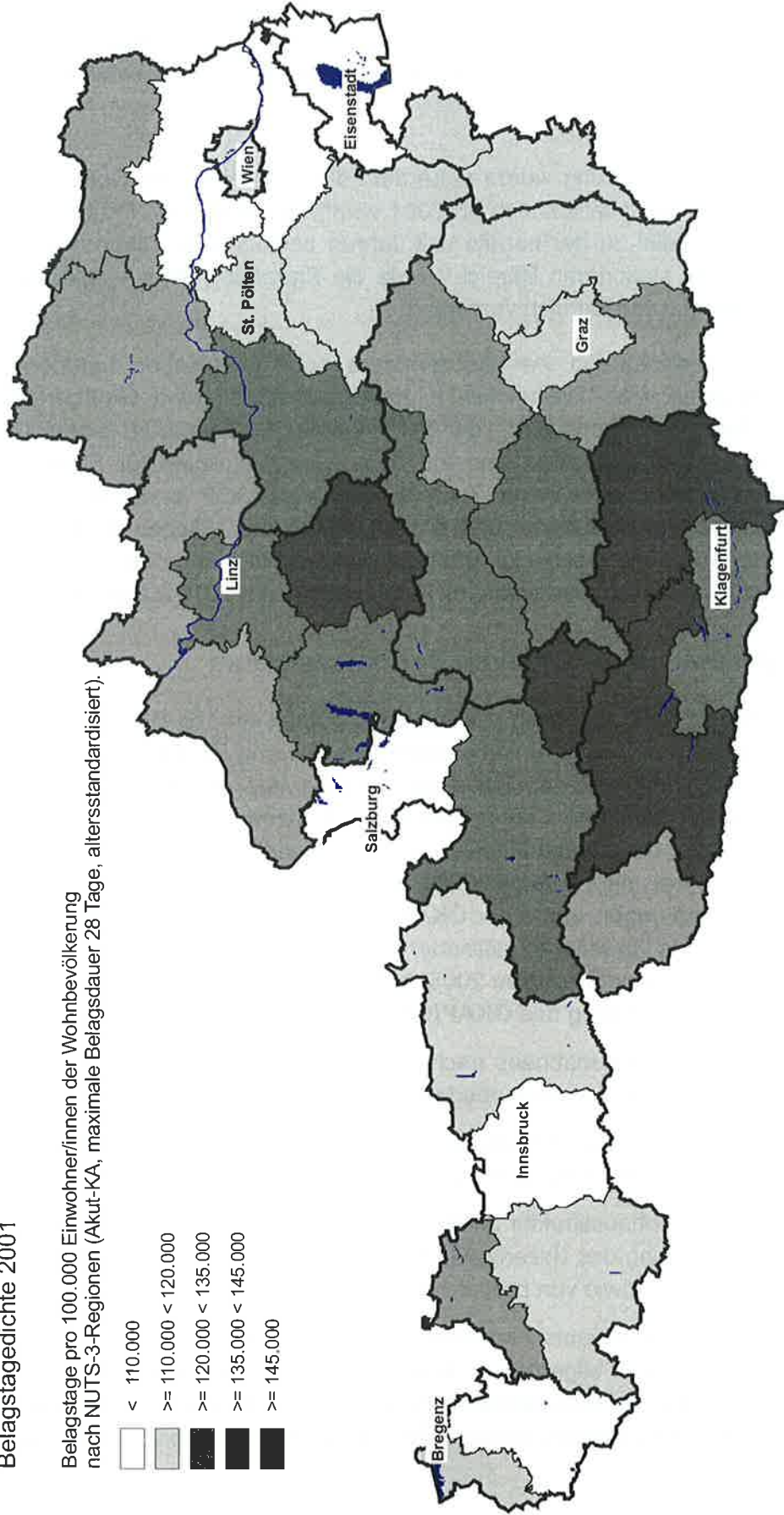
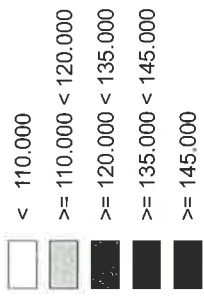
Im Beobachtungszeitraum 1999 bis 2001 wurden im Rahmen der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung neue Ziele und Maßnahmen zwischen Bund und Ländern verhandelt und für den Zeitraum 2001 bis 2004 einvernehmlich festgelegt, wobei unter anderem auch die oben genannten Zielvorstellungen einfließen. Gegenüber der vorangegangenen Vereinbarung wurden wesentliche neue Inhalte aufgenommen, ohne die Kostenentwicklung negativ zu beeinflussen. Die inhaltlichen Schwerpunkte dieser neuen Vereinbarung sind:

- **Integrierte**, regional abgestimmte **Planung** aller Bereiche des Gesundheitswesens (stationärer Bereich, ambulanter Bereich (inkl. des niedergelassenen Bereichs), Rehabilitationsbereich und Pflegebereich);
- Implementierung eines verbindlichen, der Effizienzsteigerung dienenden gesamtösterreichischen **Qualitätssicherungssystems** (Intensivierung und regelmäßige Evaluierung der systematischen Qualitätsarbeit, z. B. durch Erarbeitung von Leitlinien, Behandlungspfaden und Standards sowie durch Einführung eines laufenden standardisierten Qualitätsmonitorings);
- Verbesserung des „**Schnittstellenmanagements**“ (zur Sicherung einer rascheren, lückenlosen, medizinisch und ökonomisch sinnvollen Behandlungskette in der Patientenversorgung auf dem jeweils erforderlichen Qualitätsniveau, z. B. durch Sicherstellung eines funktionierenden Informationstransfers und eines nahtlosen Übergangs der Patienten zwischen den verschiedenen leistungs anbietenden Einrichtungen);
- **Gesundheitstelematik** - intensivere Nutzung der Potenziale der Informations- und Kommunikationstechnologie für das Gesundheitswesen (bundeseinheitliche Vorgangsweise beim Auf- und Ausbau eines „Gesundheitsdatennetzes“, der durch die Ausarbeitung eines Gesundheitstelematikgesetzes unterstützt wurde);

Karte 7.1

Belagstagedichte 2001

Belagstage pro 100.000 Einwohner/innen der Wohnbevölkerung nach NUTS-3-Regionen (Akut-KA, maximale Belagsdauer 28 Tage, altersstandardisiert).



Quellen: BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenhäuser 1998; ÖBIG-eigene Berechnungen

- Weiterentwicklung der **Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung** (LKF), um eine noch höhere Kosten- und Leistungstransparenz sowie ein österreichweit einheitliches Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen zu erreichen.

Im Zuge der neuen Vereinbarung wurde außerdem die österreichweite Dokumentation der Diagnosen im stationären Spitalsbereich ab 2001 verpflichtend auf den Diagnoseschlüssel ICD-10 umgestellt. Parallel zu der bereits seit Jahren bestehenden Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich wurde die Erprobung einer vergleichbaren **Dokumentation** im **ambulantem** Bereich vereinbart.

Bestandteil dieser Vereinbarung war insbesondere auch (wie schon bei der vorangegangenen Vereinbarung) der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (**ÖKAP/GGP**) mit Planungshorizont 2005, der in Teilbereichen bereits zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelt wurde und mit dem auch Richtlinien für Strukturqualitätskriterien vereinbart wurden (siehe Punkt 7.4.1.3). Der ÖKAP/GGP ist auf Grundlage dieser Vereinbarung laufend zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Gegen Ende des Beobachtungszeitraums wurde die Diskussion über die Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP zu einem vollständigen Leistungsangebotsplan mit Planungshorizont 2010 aufgenommen.

7.4.1.3 Ausgewählte Aktivitäten im Berichtszeitraum

Mit der Anfang 1997 in Kraft gesetzten Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 wurde der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP 1997) als integraler Bestandteil der genannten Vereinbarung mit 1. Jänner 1997 in Kraft gesetzt. Die neue Vereinbarung über die „Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“ trat mit 1. Jänner 2001 mit Geltungsdauer bis Ende 2004 in Kraft. Gemäß diesen Vereinbarungen wurde der ÖKAP/GGP jeweils nach zwei Jahren einer Revision unterzogen und in jeweils modifizierter Form als „ÖKAP/GGP 1999“ bzw. als „ÖKAP/GGP 2001“ mit Planungshorizont 2005 rechtswirksam. Folgende Aspekte fanden bei der laufenden **Weiterentwicklung** des **ÖKAP/GGP** besondere Beachtung:

- Weiterführung des Akutbettenabbaus nach Maßgabe der beobachteten Auslastung und des vorhersehbaren regionalen Bettenbedarfs;
- Weiterentwicklung der Großgeräteplanung unter Berücksichtigung des extramuralen Sektors, der medizinischen Entwicklung und neuer Technologien;
- Anpassung der Krankenhausstruktur an die Bedürfnisse der zunehmenden Anzahl älterer Menschen (Weiterführung des dezentralen Aufbaus von Versorgungsstrukturen für Akutgeriatrie/Remobilisation sowie von palliativmedizinischen Einheiten);
- Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung durch Einrichtung von dezentralen Abteilungen für Psychiatrie in allgemeinen Krankenanstalten und Ausbau komplementärer, den stationären Akutsektor entlastender Einrichtungen (z. B. psychosoziale Dienste, tagestrukturierende Einrichtungen) mit dem Ziel der Entstigmatisierung der Psychiatrie;

- Weiterentwicklung des Krankenanstaltenplanes zu einem Leistungsangebotsplan;
- Entwicklung neuer Ebenen der stationären Versorgung wie z. B. Fachschwerpunkte oder dislozierte Tageskliniken (durch diese Einrichtungen soll die Versorgung von Regionen mit fehlender Tragfähigkeit für eine Abteilung auf hohem Versorgungsniveau sichergestellt werden).

Die neu in den ÖKAP/GGP integrierten **Organisationsformen** der intramuralen Versorgung (insbesondere Fachschwerpunkte und dislozierte Tageskliniken) sind in ihrer derzeitigen Form als **Pilotprojekte** zu führen und zu **evaluieren**. Dadurch sollen für diese Form der abgestuften Versorgungsstruktur die Erfordernisse der Qualitätssicherung berücksichtigt werden.

Bei der Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes zu einem Leistungsangebotsplan nimmt die **Qualitätssicherung** eine wichtige Rolle ein. Dabei steht die externe Qualitätssicherung in Form von bundesweit einheitlichen Richtlinien für **Strukturqualitätskriterien** im Vordergrund. Durch die Auswahl und Definition von Kriterien für die Qualität der Indikationsstellung und die infrastrukturellen Anforderungen werden überregionale Standards für die Ermittlung des Bedarfs an bestimmten Leistungen und für die entsprechende Ausstattung der versorgungsnotwendigen Leistungsstandorte vorgegeben.

Die in den Richtlinien für fachspezifische Leistungsspektren und Strukturqualitätskriterien der Fachrichtungen Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie, Augenheilkunde und HNO festgelegten Leistungsspektren und Strukturqualitätskriterien für die neuen Organisationsformen (Department, Fachschwerpunkt, dislozierte Tagesklinik) sind bereits seit 1. Jänner 2002 in Verbindung mit dem ÖKAP/GGP verbindlich zur Anwendung zu bringen. Weiters sind die für Fachabteilungen bereits mit 1. Jänner 2001 festgelegten Leistungsspektren in der aktuellen Fassung dieser Richtlinien in Verbindung mit dem ÖKAP/GGP sukzessive verbindlich zur Anwendung zu bringen. Diese verbindlichen Festlegungen sind Voraussetzung für die Realisierung der abgestuften Leistungserbringung in speziellen Organisationsformen und für die in diesem Zusammenhang vorgesehenen Pilotprojekte.

Für Intensivbereiche sowie für ausgewählte (aufwändige und kostenintensive) Bereiche der Leistungsangebotsplanung wurden die Richtlinien für Strukturqualitätskriterien inhaltlich beschlossen, wobei die Umsetzung sukzessive bis Ende der Laufzeit der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG (Ende 2004) erfolgen soll. Vor dem Beschluss konkreter Umsetzungsmodalitäten durch die Strukturkommission wurde noch eine Prüfung der finanziellen und strukturellen Auswirkungen sowie die Klärung rechtlicher Fragestellungen vorgesehen. Die zukünftige Einbeziehung der Ergebnisqualität in die Planungsarbeiten ermöglicht Rückkoppelungsprozesse zur Qualität der Indikationsstellung und zur Strukturqualität.

Für die bundesweite Realisierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Krankenanstalten wurde bereits mit der Novellierung des Krankenanstaltengesetzes des Bundes Ende 1993 durch die Bestimmungen im § 5b („Qualitätssicherung“) der notwendige gesetzliche Rahmen festgelegt. Die Träger von Krankenanstalten wurden darin verpflichtet, die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen betreffen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Um die Krankenanstalten bei der Realisierung von Qualitätsmanagementaufgaben fachlich und instrumentell zu unterstützen, wurde im Berichtszeitraum das Projekt „Qualität im Krankenhaus“ von der Strukturkommission in Auftrag gegeben. Das Gesamtziel des österreichischen Qualitätsmodells ist es, einen kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozess in den Krankenanstalten zu initiieren und in Gang zu halten.

7.4.1.4 Ausblick

Im Regierungsprogramm der Österreichischen Bundesregierung für die XXII. Regierungsperiode werden zum Krankenanstaltenwesen bzw. zur Gesundheitsplanung insbesondere folgende **Zielsetzungen** festgelegt:

- Österreichweite Umwidmung von 10.000 Akutbetten und Abbau von 6.000 Akutbetten bis 2006;
- Bundesländerübergreifende, österreichweite Leistungsangebotsplanung für den niedergelassenen und stationären (öffentlichen und privaten) Bereich unter Berücksichtigung von Überkapazitäten und Versorgungslücken, sowie Verankerung einer innerösterreichischen Fremdpatientenregelung;
- Sanktionsmechanismen für die Umsetzung des ÖKAP/GGP;
- um Synergieeffekte zu nützen, sollen Landesgesundheitsfonds geschaffen werden, die als Instrument einer gesamthaften regionalen Planung, Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen dienen (eine länderübergreifende Kooperation wird angestrebt);
- zur Absicherung eines einheitlichen bundesweiten Rahmens für die Landesfonds wären auf Bundesebene unter anderem folgende Bereiche zu regeln: Qualitätssicherung und Standards (Prozess und Ergebnis), überregionale Leistungsangebotsplanung für den stationären und extramuralen Bereich, einheitliche und vergleichbare Dokumentation sowie einheitliche Standards für die Gesundheitstelematik.

In engem Zusammenhang mit den Aussagen insbesondere zur Gesundheitsplanung steht die Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP zu einem vollständigen Leistungsangebotsplan bzw. zu einem „Integrierten Regionalen Versorgungsplan“ mit Planungshorizont 2010. Dazu wurde im Berichtszeitraum ein entsprechendes Konzept zur grundlegenden Neuorientierung des ÖKAP/GGP erarbeitet, das weitere Schritte zur Umstellung des ÖKAP/GGP von der Standort-, Fächerstruktur- und Bettenangebotsplanung zu einem Leistungsangebotsplan (im Sinne eines Rahmenplans für die Krankenanstaltenpläne der Bundesländer auf Ebene von Versorgungsregionen) vorsieht.

7.4.2 Krankenanstaltenfinanzierung

7.4.2.1 Kostenentwicklung in den Fonds-Krankenanstalten

Der Anteil der in Tabelle 7.8 dargestellten Endkosten der Fonds-Krankenanstalten am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist in den Jahren von 1998 bis 2001 - von Abweichungen im Promillebereich abgesehen - gleich geblieben und betrug im Jahr 2001 3,56 Prozent. Während in den Vorperioden noch Steigerungsraten der Krankenanstaltenkosten im Ausmaß des BIP-

Wachstums zu verzeichnen waren, konnte - nicht zuletzt auch aufgrund der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 1997 - dieser Kostenentwicklung entgegengesteuert werden.

Tabelle 7.8: Kostensteigerungsraten in den Fonds-Krankenanstalten im Vergleich zum Wachstum des BIP 1998-2001

Jahr	BIP		Endkosten der Fonds-Krankenanstalten		
	in Mrd. €	jährliches Wachstum in %	in Mrd. €	jährliche Steigerung in %	Anteil am BIP in %
1998	190,6	4,3	6,7	3,1	3,50
1999	197,2	3,5	6,9	4,1	3,52
2000	207,0	5,0	7,2	4,4	3,50
2001	211,9	2,4	7,5	4,3	3,56

Quellen: ST.AT; BMGF - Kostenrechnungsergebnisse für Fondskrankenanstalten 1998-2001

Rund drei Viertel der Kosten der Fonds-Krankenanstalten betreffen den stationären Versorgungsbereich, der auch am meisten zur Gesamtkostensteigerung beiträgt. Die restlichen Kosten verteilen sich je zur Hälfte auf Kosten für den ambulanten Versorgungsbereich und sonstige Kosten. Die so genannten sonstigen Kosten (Nebenkostenstellen, das sind Kosten, die nicht unmittelbar mit dem Anstaltszweck zusammenhängen, wie z. B. Krankenpflegeschulen, Forschungsstellen, Essen auf Rädern u. a. m.) sind in den letzten Jahren aufgrund von Auslagerungen nur mehr geringfügig gestiegen.

Die Entwicklung der Gesamtkosten hängt vor allem mit der quantitativen und qualitativen Entwicklung im Personalbereich zusammen, weil die Personalkosten mehr als die Hälfte der Gesamtkosten betragen. Die Kostensteigerungen der Vergangenheit sind zu einem erheblichen Teil auf die Zunahme vor allem an höher qualifiziertem Krankenhauspersonal - und hierbei insbesondere ärztlichem Personal - zurückzuführen. Tabelle 7.9 zeigt aber, dass die Personalkosten im Zeitraum 1998-2001 mit knapp zwölf Prozent nur mehr unterdurchschnittlich anstiegen.

Am höchsten war die relative Zunahme mit 27 Prozent bei den kalkulatorischen Zusatzkosten, deren Primärkostenanteil nur ein Zehntel beträgt. Dies ist auf den relativ starken Anstieg des Verbraucherpreisindex in den Jahren 2000 und 2001 zurückzuführen, auf dessen Grundlage die kalkulatorischen Zusatzkosten der Krankenanstalten berechnet werden. Diese Entwicklung hat auch maßgeblich zu den jüngsten Zunahmen der Kostensteigerungsraten beigetragen.

Tabelle 7.9: Entwicklung der Primärkosten in den Fonds-Krankenanstellen nach Kostenartengruppen 1998-2001

Kostenartengruppen	Anteil an den Primärkosten 2001 in %	Anteil an der Primärkostensteigerung 1998-2001 in %	Steigerung 1998-2001 in %
Personalkosten (1)	51,5	46,5	11,6
Med. Ge- und Verbrauchsgüter (2)	13,3	14,5	14,2
Kostenartengruppen 3-7 ¹⁾	25,1	20,2	10,2
Kalkulatorische Zusatzkosten (8)	10,1	18,8	27,0
Primärkosten insgesamt	100,0	100,0	12,9

¹⁾ Kostenartengruppen 3-7: nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter, medizinische und nichtmedizinische Fremdleistungen, Energiekosten, Abgaben, Gebühren und Beiträge

Quelle: BMGF - Kostenrechnungsergebnisse für Fonds-Krankenanstellen 1998-2001

Die Steigerungsraten der Endkosten der Fonds-Krankenanstellen lagen in den Bundesländern zwischen 10,1 Prozent (Vorarlberg) und 16,8 Prozent (Steiermark). In Wien, wo fast ein Drittel der österreichweiten Kosten entstehen (der hohe Kostenanteil Wiens lässt sich durch das konzentrierte Angebot an spitzenmedizinischen Leistungen sowie einen damit verbundenen intensiveren Ressourceneinsatz begründen), lag die Kostensteigerung mit 11,6 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt von 13,3 Prozent.

Tabelle 7.10: Entwicklung der Endkosten in den Fonds-Krankenanstellen nach Bundesländern 1998-2001

Bundesland	1998	2001	Veränderung 1998-2001 in %	Anteil 1998-2001 in %
Burgenland	120.841.503	137.778.940	14,0	1,9
Kärnten	478.859.313	529.789.635	10,6	5,7
Niederösterreich	861.824.131	971.390.957	12,7	12,4
Oberösterreich	982.770.080	1.129.960.361	15,0	16,6
Salzburg	390.630.004	453.000.289	16,0	7,0
Steiermark	873.013.889	1.019.773.132	16,8	16,6
Tirol	518.784.300	592.248.148	14,2	8,3
Vorarlberg	226.830.335	249.653.352	10,1	2,6
Wien	2.208.521.925	2.464.543.526	11,6	28,9
Österreich	6.662.075.478	7.548.138.340	13,3	100,0

Quelle: BMGF - Kostenrechnungsergebnisse für Fonds-Krankenanstellen 1998-2001

7.4.2.2 Weiterentwicklung des LKF-Systems seit 1999

Im Jahr 1999 wurde das LKF-Intensiveinstufungsmodell auf Grundlage des mit 1. März 1998 österreichweit eingeführten Intensivdokumentationssystems ausgestaltet. Es stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine dem Bereich der Intensivmedizin besser entsprechende Abrechnung von Leistungen dar. Weiters wurde eine verbesserte Bepunktungsregelung im Bereich der Psychiatrie umgesetzt. Gemeinsam mit medizinischen Expertinnen und Experten

wurde in umfassender Weise eine Leistungsbeschreibung und eine geänderte Bepunktungsregelung für den Bereich der onkologischen Therapie ausgearbeitet.

Die im Jahr 1999 durchgeführte Wartung und Weiterentwicklung des LKF-Modells 2000 betraf nur geringfügige Änderungen, u. a. eine Überarbeitung der Chemotherapieschemata, eine Differenzierung von Leistungen im Bereich der Nuklearmedizin sowie die Aufnahme neuer Leistungen in den Bereichen Strahlentherapie und Chirurgie. Im LKF-Modell 2001 wurden einzelne Veränderungen im Bereich der Erwachsenen-Onkologie, in der Augenheilkunde und in der Kardiologie vorgenommen.

Das im Jahr 2001 erstellte LKF-Modell 2002 basiert auf einer umfassenden Modellwartung, die zu Punkte- und Strukturanpassungen bei zahlreichen Fallpauschalen geführt hat. Grundlage dafür war das Projekt „LKF-Nachkalkulation“, welches im Jahr 1999 mit 15 Referenzkrankenanstalten durchgeführt wurde. Von diesen Krankenanstalten wurden die Kosten für die punkterelevanten medizinischen Einzelleistungen (rund 25.000 Einzel-Kalkulationsergebnisse) neu erhoben und diese Ergebnisse im Anschluss für die Aktualisierung der Punkterelationen zwischen den einzelnen Fallpauschalen verarbeitet. Nach erfolgter Nachkalkulation stellt ab dem Jahr 2002 somit das Jahr 1999 die Bezugsbasis für die Punkte und Belagsdauerwerte. Zukünftig werden bei Vorliegen von aktuelleren Kalkulationen die Punkte auf das Basisjahr 2002 abgezinst, um die Homogenität der Punkterelationen zu gewährleisten. Die Ergebnisse der im Jahr 1999 durchgeführten Nachkalkulationen werden seit 1. Jänner 2002 (Inkrafttreten des LKF-Modells 2002) für die Ermittlung der Punktwerte verwendet. Folgende weitere wesentliche Weiterentwicklungen wurden im LKF-Modell 2002 umgesetzt:

- Differenzierte Erfassung der Chemotherapieschemata als medizinische Einzelleistung;
- Abrechnungsmöglichkeit (pauschaler Tagsatz) für den neuen Sonderbereich Akutgeriatrie/Remobilisation (unter der Voraussetzung der Einhaltung der im jeweils aktuellen ÖKAP /GGP definierten Strukturqualitätskriterien);
- Abrechnungsmöglichkeit (pauschaler Tagsatz) für den neuen Sonderbereich Palliativmedizin (unter der Voraussetzung der Einhaltung der im jeweils aktuellen ÖKAP/GGP definierten Strukturqualitätskriterien);
- Abrechnungsmöglichkeit (mittels Fallpauschalen) für den neuen Sonderbereich Psychosomatik (unter der Voraussetzung der Einhaltung der im jeweils aktuellen ÖKAP/GGP definierten Strukturqualitätskriterien);
- Festlegung von Einrichtungen der tagesklinischen/tagesstrukturierenden Behandlung in der Psychiatrie sowie Definition der Voraussetzungen für die Abrechnung dieser Behandlungen im Rahmen der LKF;
- Umstellung des Intensivmodells für Erwachsene von vormals sechs Stufen auf nunmehr drei Intensivbehandlungs- und eine Überwachungsstufe bzw. im Bereich der Neonatologie/Pädiatrie auf eine Intensivbehandlungs- bzw. eine Überwachungsstufe. Darüber hinaus wird im Bereich der Neonatologie/Pädiatrie ab dem 1. Jänner 2002 auf eine Verpflichtung zur bisherigen Intensivberichterstattung (TISS-Dokumentation) verzichtet, da die Intensiveinstufung und -bepunktung unabhängig von dieser Dokumentation und ohne „Korrekturfaktor“ vorgenommen wird.

- Festlegung von medizinischen Einzelleistungen zur österreichweit einheitlichen Abrechnung nach dem Tagesklinik-Modell. Zu diesem Zweck werden - im Anschluss an die Erprobung in Modellversuchen - Rahmenbedingungen, Voraussetzungen sowie ein spezieller Abrechnungsmodus (tagesklinische Fälle erhalten neben der Leistungskomponente die Tageskomponente in der Höhe eines Tagesaufenthaltes) für tagesklinisch erbrachte Leistungen definiert.

7.4.2.3 Ausblick

Das mit 1. Jänner 1997 bundesweit eingeführte und seither jährlich weiterentwickelte leistungsorientierte Finanzierungssystem für den stationären Krankenanstaltenbereich stellt seit seiner Einführung einen wesentlichen Schritt in der Reform der Krankenanstaltenfinanzierung dar und baut grundsätzlich auf den zur Zeit zur Verfügung stehenden Datengrundlagen auf. Das Finanzierungssystem und seine leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) werden anhand der regelmäßig gewonnenen praktischen Erfahrungen einer jährlichen Revision mit spezifischen Anpassungsarbeiten in Bezug auf einzelne medizinische Leistungsbe- reiche unterzogen.

Die seit dem Jahr 2001 eingeführte einheitliche Diagnosendokumentation mittels ICD-10 sowie die Umstellung der Datensatzstruktur für die Meldungen der MBDS-Daten auf einen relationalen Datensatz ermöglicht gegenüber der bislang begrenzten nun die Dokumentation einer beliebigen Anzahl von Zusatzdiagnosen, medizinischen Leistungen und Verlegungen zwischen Abteilungen. Zusätzlich ist für definierte medizinische Einzelleistungen auch das Datum der Leistungserbringung zu codieren.

Die derzeit in den Fonds-Krankenanstalten praktizierte Kostenarten-/Kostenstellenrechnung soll entsprechend dem Stand der Wissenschaft aktualisiert und Möglichkeiten für die Weiterentwicklung zu einer Kostenträgerrechnung sollen geprüft werden. Der Prozess der Aktualisierung und Weiterentwicklung ist dahingehend fortzuführen, dass nach Abschluss der Arbeiten ein geändertes Informations- und Berichtssystem für die Krankenanstalten nach Beschlussfassung durch die Strukturkommission mit dem Jahr 2004 verpflichtend umzusetzen ist.

Der im Finanzierungssystem vorgesehene LKF-Steuerungsbereich ist aufgrund der unterschiedlichen Auswahl strukturspezifischer Kriterien und unterschiedlicher Berechnungsmethoden bundesländerweise unterschiedlich gestaltet (vgl. dazu die nachstehende Übersicht). Derzeit ist die personelle Ausstattung der Krankenanstalten in hohem Maße ein bestimmendes Kriterium. Vereinbartes Ziel ist ein österreichweit einheitliches leistungsorientiertes Vergütungssystem unter Berücksichtigung des Krankenanstalten-Typs (unterschiedliche Versorgungsleistung).

Leistungsorientiertes Krankenanstaltenfinanzierungssystem:

LKF-KERNBEREICH bundesweit einheitlich	Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthalts auf Basis der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) inkl. aller speziellen Bepunktungsregelungen	
LKF-STEUERUNGSBEREICH länderweise gestaltbar	Unter Bedachtnahme auf die länderspezifischen Erfordernisse können zusätzlich folgende Kriterien im LKF-System Berücksichtigung finden:	
	- Krankenanstaltentyp - Personalfaktor - Apparative Ausstattung	- Bausubstanz - Auslastung - Hotelkomponente

Um Transparenz und eine einheitliche Steuerung im Gesundheitswesen sicherzustellen, sind die Entwicklung und Einführung eines leistungsorientierten Pauschalvergütungssystems auch im spitalsambulanten sowie im niedergelassenen Bereich erforderlich. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Finanzierungsformen in allen Bereichen gleich gestaltet sein müssen. Ein entsprechend zu entwickelndes Dokumentationssystem soll in Pilotprojekten erprobt werden, um auch eventuelle Verschiebungen der Leistungserbringung zwischen den Institutionen rechtzeitig beobachten und steuern zu können. Gemäß der Vereinbarung nach Art 15a B-VG zur Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ist dabei als Grundlage für die Diagnosedokumentation der Diagnoseschlüssel ICD-10 bzw. ein mit dem Diagnoseschlüssel ICD-10 kompatibler Codierschlüssel in Anwendung zu bringen, für die Leistungsdokumentation ist ein praxisorientierter, leicht administrierbarer Leistungskatalog heranzuziehen.

Landesgesundheitsfonds:

Im Regierungsprogramm der Österreichischen Bundesregierung, XXII. Regierungsperiode, ist festgehalten, dass zur Nutzung von Synergieeffekten Landesgesundheitsfonds geschaffen werden sollen, die als Instrument einer gesamthaften regionalen Planung, Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen dienen. Das schließt auch die Finanzierung der Krankenanstalten mit ein. Eine länderübergreifende Kooperation wird dabei angestrebt (siehe dazu Punkt 7.4.1.4).

7.5 Psychosoziale Versorgung

7.5.1 Ausgangslage

Die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Problemen und Erkrankungen ist nach wie vor von einem grundlegenden Strukturwandel gekennzeichnet. Der gesundheitspolitischen Zielsetzung einer gemeindenahen psychosozialen Versorgung wird durch eine breite Palette von Maßnahmen Rechnung getragen. Sie erstreckt sich von der laufenden Umgestaltung der stationären psychiatrischen Versorgung zu einem regionalen, dezentral organisierten und in die allgemeinmedizinische Versorgung integrierten Angebot über den verstärkten, mit der stationären Versorgung koordinierten Ausbau der extramuralen Betreuung und Behandlung bis zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Versorgungsan-

gebote durch kontinuierliche Beobachtung und Evaluierung, Vereinbarung von Qualitätsrichtlinien und Professionalisierung der einschlägigen Berufsgruppen.

7.5.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Psychiatrische Versorgung

Schwerpunkt der Aktivitäten im Berichtszeitraum war, die Grundlagen für die koordinierte Planung der psychiatrischen Versorgung in den Bundesländern weiterzuentwickeln. Die Zielsetzung eines bedarfsgerechten, integrierten, regionalisierten, dezentralen und vernetzten Angebots wurde durch folgende Aktivitäten verfolgt:

- Im Rahmen des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP) 1999 wurde ein Psychiatrieplan erstellt, in dem die Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze der psychiatrischen Versorgung sowie eine Verknüpfung zwischen stationären Planungsvorgaben und den Erfordernissen der extramuralen Versorgung vereinbart sind. Im Jahr 2001 wurden erstmals auch Richtlinien für Strukturqualitätskriterien für dezentrale Fachabteilungen für Psychiatrie an allgemeinen Krankenanstalten aufgenommen. Diese geben die Personalausstattung, die funktionelle Gliederung und die Leistungen an (BMSG 2001a).
- Die Psychiatrieplanung wird laufend weiterentwickelt und vertieft. Die wesentlichen Aktivitäten sind dabei die laufende Beobachtung und Evaluierung der bestehenden Versorgungslage im intra- und extramuralen Bereich, insbesondere des Prozesses der Dezentralisierung und Integration der stationären psychiatrischen in die allgemeinmedizinische Versorgung (vgl. ÖBIG 1997, 1999b, 2000, 2001b).
- Im Auftrag des Staatssekretariats wurde vom Ludwig Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie der Österreichische Psychiatriebericht 2001, Teil 1, erstellt (BMSG 2001b). Der Bericht gibt einen Überblick über vorhandene Daten zur Häufigkeit psychischer Beschwerden und Erkrankungen, Pensionierungen und Krankenstände aufgrund von psychischer Krankheit, zu den im psychiatrischen Bereich tätigen Berufsgruppen und ihren Arbeitsfeldern, zur institutionellen psychiatrischen Versorgung und ihrer Inanspruchnahme und zur Psychopharmakotherapie und Psychotherapie. Teil 2 wird eine zusammenhängende Gesamtdarstellung und Analyse der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung enthalten.

Extramurale psychiatrische Versorgung:

Im Sinne einer wohnort- und lebenskontextnahen Betreuung und Behandlung hat ein qualitativ und quantitativ angemessenes Angebot vor allem im extramuralen Sektor vorrangige Bedeutung. Der Aufbau dieses Versorgungsbereichs liegt in der Kompetenz der Länder. Grundlage dafür sind aber auch die Richtlinien des ÖKAP/GGP, die ein flächendeckendes koordiniertes Angebot an ambulanten und komplementären Diensten und Einrichtungen bis zum Jahr 2005 vorsehen.

In nahezu allen Bundesländern haben sich entsprechend der geplanten Regionalisierung und Dezentralisierung regionale Zentren der extramuralen Versorgung entwickelt (ÖBIG

1997, 1999b, 2000, 2001b). Diese sind in den meisten Bezirkshauptstädten vorzufinden und stellen ein Grundangebot an ambulanter und nachgehender Beratung und Betreuung, zum Teil auch an Tagesstrukturen zur Verfügung. Auch die Wohnbetreuung wird, sofern sie unter derselben Trägerschaft steht, von hier aus organisiert. Somit ist eine Grundstruktur vorhanden, deren Ressourcen für eine systematische bedarfs- und bedürfnisorientierte Weiterentwicklung genutzt werden können. Entwicklungserfordernisse bestehen hinsichtlich der personellen Ausstattung und der Mobilität der Dienste, um soziale und geographische Hürden in der Betreuung und Beratung von psychisch erkrankten oder beeinträchtigten Personen zu überwinden und um im Krisenfall rasch vor Ort intervenieren zu können.

Stationäre psychiatrische Versorgung:

Der Prozess der Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgung geht bis die 1997er-Jahre zurück. Ausgangspunkt dafür war u. a. die Kritik an der oft lebenslangen Verwahrung von Patientinnen und Patienten in Großanstalten. In zehn Jahren - von 1988 bis 1998 - hat sich die Bettenzahl um 35 Prozent verringert. Mit Stand 2000 gibt es insgesamt 4.715 tatsächlich aufgestellte Betten in der stationären psychiatrischen Versorgung (inklusive der Versorgung von Kinder und Jugendlichen, Abhängigkeitskranken in Sonderkrankenanstalten sowie neurologisch-psychiatrisch gemischten Abteilungen). Die Krankenhausverweildauer ist ebenso dramatisch gesunken. 1988 lag diese noch bei knapp 49 Tagen, im Jahr 1999 betrug sie lediglich 16 Tage (ÖBIG 2001b).

Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte nimmt dagegen kontinuierlich zu. Die Krankenhaushäufigkeit (Entlassungen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) wegen psychiatrischer Diagnosen ist von 1995 bis 1999 von 1.011 auf 1.505 also um rund 49 Prozent angestiegen. Nahezu jede/jeder zwanzigste Patientin/Patient, die/der im Jahre 1999 aus einer österreichischen Krankenanstalt entlassen wurde, war wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose behandelt worden (ÖBIG 2001b).

Mit der steigenden Anzahl der stationär behandelten Fälle, steigt auch die Anzahl der Fälle, die nach dem Unterbringungsgesetz (UbG BGBl 1990/155) in psychiatrische Fachabteilungen aufgenommen wurden (ÖBIG 2001b). Im Jahre 1999 waren insgesamt 8.108 Fälle nach §8 UbG (Unterbringung ohne Verlangen; Medizinische Einzelleistung MEL 7581) aufgenommen worden. Im Jahr davor waren es 6.388. Eine der möglichen Ursachen dafür ist die gesunkene Verweildauer, die zu häufigeren Wiederaufnahmen bei schwerer oder chronisch erkrankten Personen führen kann - ein Umstand, der von Experten und Expertinnen kontrovers diskutiert wird. Zum einen wird er als Indikator für eine verbesserte Rechtslage der Patientinnen und Patienten gewertet - die Patienten müssen nun nicht mehr wochen- und monatelang im stationären Setting verbleiben, sondern haben rascher und häufiger die Möglichkeit in die vertraute Umgebung zurückzukehren. Zum anderen wird er als Zeichen einer nicht ausreichenden stationären Behandlung angesehen. Von allen Seiten wird in diesem Zusammenhang die nach wie vor nicht ausreichende Versorgung im extramuralen Bereich ins Treffen geführt. Der erwartete Effekt der Reduktion der Zahl der „Unterbringungsfälle“ durch die Einrichtung von dezentral, wohnortnah gelegenen psychiatrischen Fachabteilungen lässt sich derzeit nicht einhellig beobachten. Allerdings betrifft die überwiegende Anzahl der Unterbringungen ohne Verlangen in diesen Abteilungen einige wenige schwer und bereits chronisch erkrankte Menschen (ÖBIG 2001b).

Im ÖKAP/GGP 2001 (BMSG 2001) sind insgesamt 42 Standorte (inklusive Sonderkrankenanstalten für Abhängigkeitskranke) für die stationäre psychiatrische Versorgung vorgesehen. Acht davon wurden bis zum Jahre 2001 im Zuge des Dezentralisierungs- und Integrationsprozesses an psychiatrischen Fachabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern mit insgesamt 333 Betten eingerichtet. Bis zum Jahr 2005 sollen insgesamt 26 psychiatrische Fachabteilungen an allgemeinen Krankenanstalten in Betrieb sein (ÖKAP/GGP 2001).

Die Dezentralisierung und Integration erweist sich als erfolgreiche Strategie, bei der Schaffung eines bedürfnis- und bedarfsgerechten sowie vernetzten Angebotes. Mindestens 70 Prozent der in dezentralen integrierten Fachabteilungen behandelten Patienten kommen aus den definierten Versorgungsregionen. Die Akzeptanz bei den behandelten Menschen aber auch bei den Professionellen des ambulanten Feldes sowie schließlich bei den Menschen der Region allgemein ist aufgrund der geringeren geographischen Entfernung, der größeren Bekanntheit sowie der Position des Behandlungsangebots in einer allgemeinen Krankenanstalt wesentlich höher als in den klassischen psychiatrischen Krankenanstalten. Aus denselben Gründen konnte auch die Vernetzung der stationären mit der extramuralen Versorgung rasch und intensiv entwickelt werden. Behandelt werden alle Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen in der akuten Phase, inklusive gerontopsychiatrisch Erkrankter, ausgenommen psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, forensische Patientinnen und Patienten, sowie zum Teil auch Abhängigkeitskranke, für die spezielle Einrichtungen zur Verfügung stehen. (ÖBIG 2001b). An fünf dieser Abteilungen wird Vollversorgung - also auch Unterbringungen ohne Verlangen (§8 UbG; MEL 7581) - durchgeführt, wobei die vom UbG geforderte Erstellung von zwei Gutachten innerhalb der zulässigen Zeitspanne aufgrund der personellen Besetzung der kleinen Fachabteilungen oftmals schwer zu erfüllen ist (vgl. dazu auch den Abschnitt 7.5.3). In drei der Fachabteilungen laufen die entsprechenden Vorbereitungen (personelle und räumliche Ausstattung, Schaffung von Akzeptanz der Abteilung im Krankenhaus und der Gemeinde), die in den nächsten ein bis zwei Jahren abgeschlossen sein werden (ÖBIG 2001b).

Planung und Koordination:

Der Psychiatrieplan des ÖKAP/GGP wird mittlerweile in bereits fertiggestellten bzw. in Entwicklung befindlichen Länderpsychiatrieplänen in Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Tirol und Wien umgesetzt. Das Erfordernis eines koordinierten, den im ÖKAP/GGP vereinbarten Zielvorstellungen entsprechenden Aus- und Umbaus der psychiatrischen Versorgung wird in einigen Bundesländern durch die Einrichtung einer Psychiatriekoordinationsstelle bzw. eines Psychiatriebeirates Rechnung getragen (ÖBIG 2001b).

Psychosomatische Versorgung

Auf der Grundlage einer 1999 erstellten Expertise (ÖBIG 1999a) wurde im ÖKAP/GGP 2001 erstmals die psychosomatische Behandlung und Betreuung im stationären Akutbereich verankert. Dieses Versorgungsangebot trägt dem Umstand Rechnung, dass psychosoziale Faktoren eine wesentliche Rolle bei der Entstehung, der Aufrechterhaltung, dem Verlauf und der Bewältigung einer Erkrankung spielen können. Wenn das Ausmaß der psychosozialen Belastung die Kompetenz des nicht speziell ausgebildeten Personals auf allgemeinen Fachabteilungen übersteigt, ist psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung erforderlich, um

den Heilungsprozess zu unterstützen, die Chronifizierung der Krankheit zu verhindern und eine erhöhte Inanspruchnahme diagnostischer und therapeutischer Leistungen und damit eines ineffizienten Ressourceneinsatzes zu vermeiden.

Dieses Versorgungsangebot besteht aus einem Konsiliar- und Liaisondienst, der in jedem Krankenhaus angeboten werden soll, sowie aus Psychosomatikschwerpunkten und aus Departments für Psychosomatik und Psychotherapie. Die Betten der Schwerpunkte sollen in Fächern mit hohem Anteil potenzieller psychosomatischer Patientinnen und Patienten, die der Departments in Krankenanstalten mit breiter Fächerstruktur eingerichtet werden.

Bis 2005 sollen insgesamt 480 psychosomatische Betten in Österreich geschaffen werden. Eine Expertengruppe ist seit März 2003 mit der Konkretisierung der im ÖKAP/GGP 2001 formulierten Strukturqualitätskriterien befasst.

Psychotherapie, Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie

Im Bereich der psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung sind zwischen 1990 und 1993 mit dem Psychotherapiegesetz (BGBl 1990/361), dem Psychologengesetz (BGBl 1990/360) und der Novelle zum Krankenanstaltengesetz des Bundes (BGBl 1993/801) die legislativen Grundlagen für die Entwicklung eines flächendeckenden ambulanten und stationären Angebotes gelegt worden. In der 50. ASVG-Novelle (BGBl 1991/676) wurden Psychotherapie und Klinische Psychologie - sofern sich diese auf klinisch-psychologische Diagnostik beziehen - der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen.

In der Folgezeit ist mit der Novelle zur Strafprozessordnung (BGBl 1993/526) erstmals die Verschwiegenheit von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen und -psychologen als unabdingbare Voraussetzung der Berufsausübung verankert worden. Das Suchtmittelgesetz (BGBl 1997/112) nahm die psychotherapeutische Behandlung in die im Rahmen des Instruments „Therapie statt Strafe“ gesundheitsbezogenen Maßnahmen auf.

Jüngste Gesetzgebung:

Im Berichtszeitraum wurden weitere grundlegende Regelungen für die psychotherapeutische und psychologische Tätigkeit geschaffen.

- So wurde nun auch in den Novellen zum Familienberatungsförderungsgesetz (BGBl I 1999/130) sowie zum Jugendwohlfahrtsgesetz (BGBl I 1999/53) die Verschwiegenheitspflicht der Psychotherapeutinnen/-therapeuten, klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen/-psychologen festgeschrieben.
- Mit der Novelle zum Verbrechensofergesetz (BGBl I 1999/11) wurde das Recht auf kostenlose psychotherapeutische Behandlung für Personen, die an den psychosozialen Folgen eines Verbrechens leiden, gesichert.
- Schließlich wurde mit dem Inkrafttreten der beiden EWR-Anpassungsgesetze (EWR-Psychotherapiegesetz BGBl I 1999/114 und EWR-Psychologengesetz BGBl I 1999/113) sowie den dazugehörigen Verordnungen die Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Hochschuldiplomen in den Mitgliedstaaten des EWR (RL 89/48/EWG) in Österreich

legistisch umgesetzt. Die Richtlinie sieht vor, dass in EWR-Staaten erworbene Qualifikationen im Bereich der Psychotherapie, der Klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie in Österreich anzuerkennen sind, sofern diese Berufe im Herkunftsland reglementiert sind. Die österreichischen Behörden haben im Einzelfall die Gleichwertigkeit der Ausbildung zu prüfen und können, falls diese nicht gegeben ist, entsprechende Ergänzungen verlangen.

In diesem Zusammenhang wurde im Auftrag des BMSG eine Dokumentation der Berufsregelungen der drei Berufsgruppen in den Mitgliedstaaten des EWR erstellt, die 1999 und 2001 aktualisiert wurde (ÖBIG 2001c). Die Dokumentation bildet einerseits die Grundlage für die Anerkennung der Qualifikation von EWR-Bürgerinnen und -Bürgern, die in Österreich arbeiten wollen, und dient andererseits der Information von in Österreich ausgebildeten Personen über Anerkennungsmöglichkeiten in einem anderen EWR-Staat.

- Im Berichtszeitraum wurde vom Gesundheitsressort an der Erstellung eines Entwurfs zu einem Bundesgesetz über Mediation in Zivilrechtssachen mitgewirkt, der dem Nationalrat vorgelegt wurde. Nahezu die Hälfte der Mediatorinnen und Mediatoren gehören auch den Berufsgruppen der Psychotherapeutinnen/-therapeuten, klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen/-psychologen an. Da sich die Tätigkeiten von Mediatorinnen und Mediatoren sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in vielerlei Hinsicht überschneiden, wurde die Anrechnung der Ausbildung zur Psychotherapeutin bzw. zum Psychotherapeuten in der Ausbildung zur Mediatorin bzw. zum Mediator festgelegt. In dem Gesetzesentwurf wurde nach dem Modell des Psychotherapiegesetzes die Einrichtung eines Beirats, die Führung einer Mediatorenliste, die fachlichen Qualifikationen sowie Rechte und Pflichten der Mediatorinnen und Mediatoren und die Anerkennung von Ausbildungseinrichtungen und Lehrgängen geregelt.

Qualitätssicherung:

Die Sicherung der Qualität von Ausbildung und Ausübung des Berufs bildet seit vielen Jahren einen Schwerpunkt der Aktivitäten des Ressorts. Im Berichtszeitraum wurden Fort- und Weiterbildungsrichtlinien für Psychotherapeutinnen/-therapeuten, für klinische Psychologinnen und Psychologen sowie für Gesundheitspsychologinnen/-psychologen erstellt und 2000 auch beschlossen. Sie konkretisieren die im Psychotherapiegesetz und Psychologengesetz enthaltene Berufspflicht zur laufenden Fortbildung und bilden auch eine Basis für die Überprüfung dieser Vorgabe. Weiters ist vom Psychotherapiebeirat die Lehrpersonen-Richtlinie für das Fachspezifikum, die sich auf Kriterien bei der Bestellung von Lehrpersonen bezieht, beschlossen worden.

Zuletzt - im Jahr 2002 - gab das Ressort auf Grundlage eines Beschlusses des Psychologenbeirates Richtlinien für die Erstellung von psychologischen Befunden und Gutachten heraus. Im selben Jahr wurden zwei weitere Richtlinien zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung sowie der Ausbildung erarbeitet. Zum einen wurde die Gutachterrichtlinie, die Kriterien für die Erstellung von Gutachten durch Psychotherapeutinnen/-therapeuten definiert, auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates verfasst, zum anderen die Ausbildungsvertragsrichtlinie, die Kriterien zur Ausgestaltung von Ausbildungsverträgen im psychotherapeu-

tischen Fachspezifikum festlegt, ebenfalls auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates formuliert.

Eine zentrale qualitätssichernde Aktivität im Berichtszeitraum war die grundlegende Überarbeitung der „Liste der Psychotherapeuten“ und der „Liste der klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen“. Sämtliche Eintragungen wurden auf ihre Aktualität überprüft. Die Namen und Berufssitze der berufsberechtigten Personen sind nun für die Öffentlichkeit auch im Internet zugänglich. Bei den Psychotherapeutinnen/-therapeuten sind auch die methodenspezifischen Ausrichtungen angegeben.

Personalangebot im Bereich der Psychotherapie:

Mit 31. Dezember 2001 gab es in Österreich 5.325 Psychotherapeutinnen/-therapeuten. Ein knappes Drittel der Psychotherapeutinnen/-therapeuten hat auch die klinisch-psychologische und/oder die gesundheits-psychologische Berufsberechtigung.

Im Vergleich zum Jahr 2000 hat sich das Personenangebot geringfügig reduziert. Diese Trendwende - erstmals seit Beginn der Listenführung ist das Personenangebot nicht gewachsen - hat sich jedoch nicht fortgesetzt. Mit Stand 31.12.2002 gab es in Österreich 5.495 Psychotherapeutinnen/-therapeuten und somit im Vergleich zum Jahr 2001 einen Zuwachs von 170 Personen bzw. drei Prozent, eine Zunahme, die im Wesentlichen auf die Anerkennung eines weiteren psychotherapeutischen Verfahrens (Konzentrierte Bewegungstherapie) zurückzuführen ist. Insgesamt ist in Zukunft jedoch aufgrund der zu erwartenden Pensionierungen eher mit einem flachen Wachstum zu rechnen.

Das Angebot ist nach wie vor regional sehr ungleich verteilt: Die höchste Dichte an Psychotherapeutinnen/-therapeuten gibt es in Wien, gefolgt von Salzburg, Vorarlberg und Tirol. Am unteren Ende der Rangreihe liegen das Burgenland, Niederösterreich und Oberösterreich. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind massiv: Wien hat ein sechseinhalbmal größeres Angebot als das Burgenland. Zudem sind Psychotherapeutinnen/-therapeuten auf den städtischen Raum konzentriert: Während es in den Landeshauptstädten und in Wien 16,1 Psychotherapeutinnen/-therapeuten pro zehntausend Einwohnerinnen und Einwohner gibt, sind es in den ländlichen Regionen im Durchschnitt nur 2,7. Die Psychotherapeutendichte in den Landeshauptstädten übersteigt die der ländlichen Bezirke bis zum Zwanzigfachen. Neben Hürden wie Informationsdefiziten und hohen Kosten der Leistung für die Patientin bzw. den Patienten, sofern diese nicht auf Krankenschein verfügbar ist, stehen der Nachfrage somit vielfach auch geographische Barrieren entgegen.

Diese Situation besteht unverändert seit 1991, da das Personenangebot in den gut versorgten Regionen am stärksten gewachsen ist. Die regionale Ungleichverteilung wurde durch die Zunahme des Personenangebotes also nicht gemildert, sondern setzte sich fort. Teile der Bevölkerung finden daher nach wie vor kein oder ein nur geringes Angebot in örtlicher Nähe vor.

Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung:

Im Jahr 1999 hat das BMAGS eine Informationsbroschüre über Psychotherapie in einer Auflage von 40.000 Exemplaren aufgelegt, um diesen Heilberuf in der Bevölkerung bekannt zu machen.

Der Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen wird im Wesentlichen durch drei Faktoren erschwert (ÖBIG 2002c): Zum einen ist die Anzahl der zur Verfügung stehenden Psychotherapeutinnen/-therapeuten sowie das damit verbundene Zeitbudget für eine Bedarfsdeckung noch nicht ausreichend, zum anderen bestehen aufgrund der regionalen Ungleichverteilung nach wie vor geographische Barrieren und eingeschränkte Wahlmöglichkeiten. Dazu kommen soziale Hürden aufgrund der derzeitigen Regelungen der Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen, die den bedarfsgerechten Zugang nicht garantieren. Seit der 1992 in Kraft getretenen 50. ASVG-Novelle ist die Inanspruchnahme von Psychotherapie als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung vorgesehen, aber nur teilweise umgesetzt. Das BMSG hat in diesem Zusammenhang das ÖBIG mit der Durchführung einer Studie „Psychotherapie auf Krankenschein“ beauftragt, die im Mai 2003 fertiggestellt wurde.

Personalangebot im Bereich der psychologischen Tätigkeit:

Zum Stichtag 31. Dezember 2001 gab es in Österreich 3.129 klinische Psychologinnen und Psychologen sowie 3.112 Gesundheitspsychopsychologinnen und -psychologen. Die beiden Berufsgruppen überschneiden sich weitgehend. Jeweils etwa 95 Prozent haben beide Berufsberechtigungen. Eine im Jahr 2002 im Auftrag des BMSG vom ÖBIG (2002d) durchgeführte Studie zu den Gesundheitspsychologinnen und -psychologen in Österreich hat ergeben, dass lediglich zwei Prozent der Angehörigen dieser Berufsgruppe ausschließlich gesundheitspsychologisch tätig sind, der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt in erster Linie im klinisch-psychologischen, in zweiter Linie auch im psychotherapeutischen Arbeitsbereich. Demgemäß ist die Identität als klinische Psychologin bzw. als klinischer Psychologe am stärksten ausgeprägt, allerdings besteht bei immerhin einem Drittel der Gesundheitspsychologinnen und -psychologen die Absicht, verstärkt den gesundheitspsychologischen Tätigkeitsbereich auszuüben.

Tabelle 7.11: Zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigte Personen nach Bundesländern, Stand 31. Dezember 2002

Bundesland	Anzahl	
	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Burgenland	61	2,21
Kärnten	264	4,73
Niederösterreich	482	3,11
Oberösterreich	547	3,97
Salzburg	542	10,48
Steiermark	579	4,90
Tirol	443	6,57
Vorarlberg	263	7,45
Wien	2.314	14,96
Österreich	5.495	6,84

Quellen: BMGF

Die Anzahl der klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie die der Gesundheitspsychologinnen und -psychologen steigt kontinuierlich. Sie hat sich seit Ende 1991 um das etwa Neuneinhalbfache erhöht, wobei der Hauptteil des Zuwachses in die bis 1993 laufende Übergangsregelung nach Psychologengesetz fiel. Das Personenangebot nahm zwischen 1994 und 1996 in geringerem Umfang zu; seit 1997 gibt es wiederum jährlich deutliche Zuwächse. Der Anstieg von 2001 auf 2002 betrug sogar zehn Prozent: zum Stichtag 31. Dezember 2002 gab es 3.448 klinische Psychologinnen und Psychologen sowie 3.428 Gesundheitspsychologinnen und -psychologen.

Auch diese Berufsgruppen sind regional sehr ungleich verteilt. Die Unterschiede sind etwas geringer als bei der Psychotherapie: in Salzburg und Wien praktizieren je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner rund viermal so viele klinische Psychologinnen und Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen und -psychologen wie im Burgenland. Analog zur psychotherapeutischen Versorgung besteht auch hier eine Konzentration des Personenangebotes auf den städtischen Bereich.

Zugang zur psychologischen Tätigkeit:

Klinisch-psychologische Diagnostik kann durch den Abschluss eines Gesamtvertrages zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen seit dem 1. Jänner 1995 auf Krankenschein in Anspruch genommen werden.

Tabelle 7.12: Zur selbstständigen psychologischen Berufsausübung im Bereich des Gesundheitswesens berechnete Personen nach Bundesländern und insgesamt, Stand 31. Dezember 2002

Bundesland	Anzahl klinische Psychologinnen und Psychologen		Anzahl Gesundheitspsychologinnen und -psychologen	
	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Burgenland	54	1,95	59	2,13
Kärnten	211	3,78	206	3,69
Niederösterreich	332	2,14	321	2,07
Oberösterreich	340	2,47	340	2,47
Salzburg	391	7,56	387	7,48
Steiermark	405	3,42	404	3,42
Tirol	309	4,58	309	4,58
Vorarlberg	125	3,54	123	3,48
Wien	1.281	8,28	1.279	8,27
Österreich	3.448	4,29	3.428	4,26

Quellen: BMGF

Der Stellenplan von österreichweit 105 Vertragspsychologinnen und -psychologen ist nach wie vor nicht ausgeschöpft: Bislang wurden mit 65 klinischen Psychologinnen und Psychologen Kassenverträge abgeschlossen. Dabei gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern: In Wien sind nahezu alle Stellen besetzt, in Oberösterreich und in Tirol steht

dagegen erst ein geringer Teil der vorgesehenen Vertragspsychologinnen und -psychologen zur Verfügung. Zusätzlich zu den Vertragspsychologinnen und -psychologen können allerdings österreichweit 97 Wahlpsychologinnen und -psychologen für klinisch-psychologische Diagnostik in Anspruch genommen werden.

Tabelle 7.13: Planstellen und besetzte Stellen für klinisch-psychologische Diagnostik nach Bundesländern und insgesamt, Stand 1. August 2002

Bundesland	Vorgesehene Stellen	Besetzte Stellen
Burgenland	3	2
Kärnten	10	6
Niederösterreich	18	17 ¹⁾
Oberösterreich	15	4
Salzburg	6	5
Steiermark	14	9
Tirol	7	2
Vorarlberg	-	-
Wien	32	32
Österreich	105	65

1) dazu kommen drei außerhalb der Planstellen besetzte Stellen

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Personalangebot im stationären Bereich:

Acht Jahre nach der Novelle zum Krankenanstaltengesetz des Bundes (BGBl 1993/801) sind die letzten Ausführungsgesetze der Länder erlassen worden (siehe Tabelle 7.14). Die Novelle regelt in § 11b die psychotherapeutische, klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und in § 11c die berufsbegleitende Supervision. Die Bundesländer haben die Bestimmungen des Bundesgesetzes in die Landeskrankenanstaltengesetze aufgenommen und zum Teil hinsichtlich der zu betreuenden Patientengruppen spezifiziert. Richtlinien bezüglich der erforderlichen personellen Ausstattung wurden lediglich in Wien formuliert.

Tabelle 7.14: Umsetzung der Bestimmungen (BGBl 1993/801) zur klinischpsychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Betreuung und zur berufsbegleitenden Supervision in den Krankenanstalten

Bundesland	Umsetzung des § 11b (KP, GP, PT) und § 11c (berufsbegleitende Supervision) der Novelle zum Krankenanstaltengesetz des Bundes 1993 (BGBl 1993/801)	
	Jahr	Landeskrankenanstalten-Ausführungsgesetze
Burgenland	2001	Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl. Nr. 52/2000
Kärnten	1995	Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999, LGBl. Nr. 86/1995
Niederösterreich	1996	Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz 1974, LGBl. Nr. 9440-11
Oberösterreich	1997	Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz 1997, LGBl. Nr. 14/1997
Salzburg	1995	Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl. Nr. 76/1995
Steiermark	1999 - 2001	§ 11b KAG 1993: Stmk. Krankenanstaltengesetz 1999 - KALG, LGBl. Nr. 8/1999 § 11c KAG 1993: KALG-Novelle 2001, LGBl. Nr. 114/2002
Tirol	1997	Tiroler Krankenanstaltengesetz, LGBl. Nr. 23/1997
Vorarlberg	1999	Vorarlberger Gesetz über Heil- und Pflegeanstalten, LGBl. Nr. 27/1999
Wien	1995	Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. Nr. 9/1995

Quelle: Bundeskanzleramt-Rechtssystem

Mit Stand 22. März 2000 hatten 1.093 Personen, die in der „Psychotherapeutenliste“ bzw. in der „Liste der klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen“ eingetragen sind, sowie 153 ausschließlich in der „Liste der Ärzte mit Diplom für psychotherapeutische Medizin“ eingetragenen Personen ihren Dienort in einer Krankenanstalt oder einem Rehabilitationszentrum angegeben. Eine Untersuchung des ÖBIG (2002b) im Auftrag des BMSG ergab, dass maximal 940 dieser Personen in den Institutionen in psychosozialer Funktion tätig sind, 87 Prozent davon sind Psychotherapeutinnen/-therapeuten und/oder klinische Psychologinnen und Psychologen und/oder Gesundheitspsychologinnen/-psychologen, 13 Prozent haben ausschließlich das Diplom in psychotherapeutischer Medizin. Wie in der ambulanten Versorgung ist das Personenangebot auf Wien und Salzburg konzentriert. Der Großteil der Personen (41 Prozent) ist in psychiatrischen und neurologischen Krankenhäusern tätig. Im Großteil der Standardkrankenanstalten und Pflegeanstalten für chronisch Kranke, aber auch in einigen Schwerpunktkrankenhäusern sind noch keine personellen Ressourcen vorhanden.

7.5.3 Ausblick

Für die weitere Entwicklung eines bedarfsgerechten, gemeindenahen und vernetzten psychosozialen Versorgungsangebotes in den kommenden Jahren sind vorrangig folgende Vorhaben geplant:

- Weiterentwicklung und Vertiefung der Psychiatrieplanung in Abstimmung mit den Bundesländern, insbesondere auf den Gebieten der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und der Gerontopsychiatrie, sowie die weitere Beobachtung und Evaluierung der Versorgungssituation.

- Aufbau der Psychosomatik, insbesondere Konkretisierung der Strukturqualitätskriterien für Psychosomatikschwerpunkte und Departments für Psychosomatik, Begleitung des Aufbaus psychosomatischer Strukturen im stationären Akutbereich sowie laufende Beobachtung und Evaluierung der Versorgungssituation.

Weitere Schwerpunkte der Aktivitäten werden weiterhin Maßnahmen der Qualitätssicherung sein. So sollen die Dokumentationsrichtlinien für die psychotherapeutische Behandlung und Richtlinien für die Qualitätssicherung der Ausbildung zur klinischen Psychologin bzw. zum klinischen Psychologen und zur Gesundheitspsychologin bzw. zum Gesundheitspsychologen erarbeitet werden.

Im Zusammenhang mit den drei psychosozialen Berufsgruppen sind mehrere Diskussionsprozesse zu führen. Dazu gehören

- die Fortführung der Überlegungen zur Schaffung von gesetzlichen Berufsvertretungen im Sinne öffentlich-rechtlicher Körperschaften: die Selbstverwaltung dieser drei Berufsgruppen könnte vergleichbar mit anderen freien Berufen verankert werden,
- die Diskussion der zukünftigen Entwicklung der beiden psychologischen Berufsgruppen im Zusammenhang mit einer möglichen Trennung der Ausbildung und einer deutlichen Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche und
- die Diskussion über eine ergänzende Einbeziehung der klinischen Psychologinnen und Psychologen als Gutachterinnen bzw. Gutachter bei Unterbringungen ohne Verlangen nach § 8 des Unterbringungsgesetzes (BGBl 1990/155): diese Berufsgruppe verfügt über entsprechende Kompetenzen (siehe Artikel II, § 3 (2) Psychologengesetz - BGBl 1990/360); zudem ist die klinische Psychologie - sofern sie sich auf die klinisch-psychologische Diagnostik bezieht - der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt (50. ASVG-Novelle BGBl 1991/678); damit könnte z. B. die schwierige Situation vor allem der kleinen dezentralen Fachabteilungen für Psychiatrie bei der Bereitstellung einer zweiten Gutachterin bzw. eines zweiten Gutachters innerhalb der vorgeschriebenen Frist erheblich verbessert werden (vgl. den Abschnitt zur stationären psychiatrischen Versorgung).

Weitere Erfordernisse der Professionalisierung der drei psychosozialen Berufsgruppen sind ihre Verankerung als Gutachterinnen bzw. Gutachter vor Gericht - derzeit sind sie nicht in den Listen der gerichtlich beeideten Sachverständigen enthalten - und eine Klarstellung in der Zivilprozessordnung über die Stellung der Psychotherapeutinnen/-therapeuten, klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen/-psychologen als Zeugen. Das Berufsgeheimnis dieser drei Berufsgruppen ist derzeit nur in der Strafprozessordnung verankert. Vorbild für eine entsprechende Regelung in der Zivilprozessordnung sind dabei die entsprechenden Bestimmungen bezüglich der Berufsgruppe der Mediatorinnen und Mediatoren.

Schließlich sollen Maßnahmen, die dazu beitragen, das psychotherapeutische Versorgungsangebot zugänglicher zu machen, gesetzt werden. So soll die vorliegende Informationsbrochure aktualisiert werden. Darüber hinaus werden auf Basis der vom ÖBIG (2003) im Auftrag des BMGF durchgeführten Studie über bestehenden Formen von Psychotherapie auf

Krankenschein Empfehlungen für die Adaptierung bzw. für die österreichweite Umsetzung von Regelungen mit hoher Versorgungswirkung formuliert werden.

Quellen

BMSG - Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen/Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2001. Wien 2001a

BMSG - Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen: Österreichischer Psychiatriebericht 2001. Teil 1, Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien 2001b

BMSG - Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen: Gesundheitsbericht des Bundesministers für Soziale Sicherheit und Generationen an den Nationalrat. Wien 2000a

BMSG - Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen: Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Wien 2000b

BMAGS - Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales/Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 1999. Wien 1999a

BMAGS - Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Psychotherapie. Wenn die Seele Hilfe braucht. Wien 1999b

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Psychotherapeuten, klinische Psychologen, Gesundheitspsychologen. Entwicklungsstatistik 1991 bis 2002. Wien 2003

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Psychotherapeuten, klinische Psychologen, Gesundheitspsychologen. Entwicklungsstatistik 1991 bis 2001. Wien 2002a

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Stationäre psychotherapeutische und psychologische Versorgung. Wien 2002 b

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Bedarf und Angebot an Psychotherapie. Expertise. Wien 2002c

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Gesundheitspsychologen in Österreich. Einsatzbereiche und Tätigkeiten. Wien 2002d

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Psychotherapeuten, klinische Psychologen, Gesundheitspsychologen. Entwicklungsstatistik 1991 bis 2000. Wien 2001a

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Planung Psychiatrie 2001. Evaluierung der dezentralen Fachabteilungen für Psychiatrie. Wien 2001b

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Regelungen der Berufsgruppen Psychotherapeuten, klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen in den Mitgliedstaaten des EWR. Wien 2001c

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Planung Psychiatrie. Fortschreibung. Wien 2000

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Psychosomatische Versorgung im stationären Akutbereich. Wien 1999a

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Allgemeinpsychiatrische Versorgung. Aktualisierung des Ist-Standes und Aufbau einer Dokumentation. Wien 1999b

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung. Wien 1997

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Psychotherapie auf Krankenschein. Beschreibung und Evaluierung der bisherigen Umsetzung. Wien 2003

7.6 Gesundheitsförderung und -vorsorge

7.6.1 Problemstellung und Zielsetzung

Gesundheitsvorsorge oder Prävention umfasst neben Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten (Primärprävention) auch die Früherkennung schon bestehender Schäden (Sekundärprävention) sowie Maßnahmen im Bereich der Rückfallprophylaxe und Rehabilitation (Tertiärprävention).

Gesundheitsförderung ist ein Ansatz, der zwar an die Konzepte der Prävention anschließt, aber über die individuumsbezogenen Maßnahmen hinausgeht. Gesundheitsförderung bezeichnet „zusammenfassend die vorbeugenden, präventiven Zugänge zu allen Aktivitäten und Maßnahmen, die die Lebensqualität von Menschen beeinflussen, wobei hygienische, medizinische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale und ökologische Aspekte vertreten sein können und verhältnisbezogene ebenso wie verhaltensbezogene Dimensionen berücksichtigt werden. Vielfach wird dieser Begriff weitergehend gebraucht: nicht nur Schutz vor Risiko und Krankheit, also Bewahrung von Gesundheit, sondern Verbesserung und Steigerung von nie ganz vollkommener Gesundheit“ (Laaser et al. 1993). In Österreich werden darunter jene Maßnahmen verstanden, die darauf abzielen, die Lebenswelt und die Lebenssituation von Bevölkerungsgruppen in Bezug auf ihre Gesundheit zu verbessern.

Gesundheitsförderungsprogramme beziehen sich häufig auf ein inhaltliches Thema, wie Rauchen oder Alkoholkonsum, oder auf bestimmte Lebenswelten (sogenannte Settings), wie z. B. Schule, Arbeitsplatz oder Krankenhaus.

Die Finanzierung von öffentlichen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erfolgt in Österreich durch Gemeinden, Länder, Sozialversicherung und Bund sowie - seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsförderungsgesetz 1998 - durch den Fonds Gesundes

Österreich (vgl. dazu Punkt 7.6.2.2). Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung werden derzeit vom ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsressorts nach 1998 zum zweiten Mal erhoben, dieses Mal für das Jahr 2001.

Es ist geplant, die Entwicklung eines nationalen Gesundheitsplans mit dem Ziel einer Reduktion von Krankheitsrisiken und den damit verbundene Kosten fortzusetzen. Außerdem sollen gruppenspezifische Ansätze in der Prävention beibehalten werden.

Konkret wurden im Regierungsprogramm 2003 für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung u. a. folgende Ziele formuliert:

- Bewerbung der Vorsorgeuntersuchung mit dem Ziel einer erheblichen Erhöhung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen.
- Entwicklung eines Vorsorgepasses analog zum Mutter-Kind-Pass.
- Ärzten sollen so genannte grüne Rezepte, das heißt gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Sport oder Ernährungstipps „verordnen“, können.

Der Fokus der Maßnahmen soll dabei auf Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Entspannung, Unfallprophylaxe im Freizeit- und Haushaltbereich und die medizinische Vorsorge gelegt werden.

Internationale Aspekte:

Die österreichischen Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention orientieren sich am Konzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das 1986 in der Ottawa-Charta definiert, dass Gesundheitsförderung auf einen Prozess abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit (Empowerment) zu befähigen.

Das oberste Ziel des vom WHO-Regionalkomitee für Europa für das 21. Jahrhundert erstellten Rahmenkonzepts lautet, für alle Menschen „das volle gesundheitliche Potenzial zu erreichen“. Im Besonderen wurden dazu zwei Hauptziele definiert:

- Die Gesundheit der Bevölkerung während der gesamten Lebensspanne zu fördern und zu schützen sowie
- die Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen zu reduzieren und die auf Krankheiten und Verletzungen zurückzuführenden Leiden zu mindern.

Auch die EU räumt der Gesundheitsförderung und Prävention hohen Stellenwert ein. Im Vertrag von Maastricht wird betont, dass die Gemeinschaft durch Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten einen Beitrag zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsniveaus leisten soll, wobei sich die Tätigkeit der Gemeinschaft auf die Verhütung von Krankheiten, auf die Erforschung von Ursachen und Übertragung von Krankheiten sowie auf die Gesundheitsinformation und -erziehung richten soll (Artikel 129 des Vertrages von Maastricht bzw. Artikel 152 des Vertrages von Amsterdam).

Im neuen Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) ist Prävention und Gesundheitsförderung eines der drei Hauptziele, wobei die Bedeutung von Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung betont wird:

1. Verbesserung des Informations- und Wissensstandes im Interesse der Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens.
2. Verbesserung der Fähigkeit zur schnellen und koordinierten Reaktion auf Gesundheitsgefahren.
3. Gesundheitsförderung und Prävention durch Berücksichtigung der gesundheitsrelevanten Faktoren in allen Politikbereichen und Maßnahmen.

Ziel des Programms ist die Förderung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten und die Unterstützung ihrer Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung, insbesondere die bessere Koordinierung ihrer Politiken durch Entwicklung und Verwirklichung von Netzwerken, gemeinsamen Aktionen und Systemen zum Informations- und Erfahrungsaustausch. Zum Punkt 3 werden u. a. folgende Themen explizit angeführt:

- Initiativen im Zusammenhang mit durch die Lebensführung bedingten Gesundheitsfaktoren (Tabakkonsum, Ernährung, Drogen und Suchtstoffe, Alkoholkonsum),
- Initiativen im Zusammenhang mit anderen Gesundheitsfaktoren, einschließlich sozioökonomischer und umweltbedingter Gesundheitsfaktoren,
- Initiativen im Zusammenhang mit genetischen Faktoren und dem Einsatz von Gentests,
- Entwicklung von Methoden zur Evaluierung von Qualität und Effizienz von Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und
- Förderung einschlägiger Schulungsaktivitäten.

7.6.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Im Folgenden werden sowohl Aktivitäten beschrieben, die in die alleinige Zuständigkeit des Gesundheitsressorts fallen, als auch solche, die in Kooperation mit anderen Ressorts oder Organisationen durchgeführt werden.

In Punkt 7.6.2.1 wird auf die themenbezogene Gesundheitsförderung und -vorsorge eingegangen, in Punkt 7.6.2.2 auf den Fonds Gesundes Österreich und anschließend auf die settingbezogene Gesundheitsförderung (Punkt 7.6.2.3). Abschließend erfolgt unter Punkt 7.6.2.4 eine Darstellung der Aktivitäten für Personen mit besonderem Förderungsbedarf.

7.6.2.1 Themenbezogene Gesundheitsförderung und -vorsorge

Gesundheit von Mutter und Kind (Mutter-Kind-Pass)

Problemstellung

Die Einführung des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes im Jahr 1974 erfolgte in einer Zeit, in der Österreich unter den europäischen Staaten eine vergleichsweise hohe

Säuglingssterblichkeit (1974: 23,8 Promille) aufwies. Seitdem ist es gelungen, die Säuglingssterblichkeit kontinuierlich zu senken (1984: 11,4 Promille; 1994: 6,3; 2001: 4,8), der österreichische Wert liegt damit unter dem Durchschnittswert der Europäischen Union. Ein weiterer Aspekt der Einführung war die dadurch eröffnete Möglichkeit, eine breite Bevölkerungsgruppe einer gynäkologisch-zytologischen Vorsorgeuntersuchung zu unterziehen und einer internistischen Kontrolle zuzuführen.

Ziele

Der Mutter-Kind-Pass ist eine Maßnahme der Sekundärprävention, die unter Einbeziehung sozialer Aspekte und unter Berücksichtigung der Lebensumstände die Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind bezweckt. Seine Intention ist es, durch kostenlose Untersuchungen vom Eintritt der Schwangerschaft bis zum 5. Lebensjahr des Kindes etwaige Fehlentwicklungen und Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen, um möglichst frühzeitig Interventionsmaßnahmen setzen zu können.

Angestrebt wird nicht nur die Beibehaltung bzw. weitere Reduktion der niedrigen Säuglingssterbeziffer in Österreich, sondern auch die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Säuglingen und Kleinkindern sowie die Gesunderhaltung der schwangeren Frauen.

Maßnahmen

Das Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm umfasst fünf Schwangerenuntersuchungen einschließlich zweier Laborkontrollen und einer internistischen Untersuchung der schwangeren Frau sowie fünf Kindesuntersuchungen im ersten Lebensjahr einschließlich einer orthopädischen, einer HNO- und einer Augenuntersuchung. Weitere Kindesuntersuchungen sind jeweils Ende des zweiten, dritten und vierten Lebensjahres vorgesehen. Mit Beginn des Jahres 2002 wurde eine zusätzliche Kindesuntersuchung im 5. Lebensjahr eingeführt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, zwei Ultraschalluntersuchungen der Schwangeren, zwei Hüftultraschalluntersuchungen des Kindes sowie eine augenfachärztliche Untersuchung des Kindes Ende des zweiten Lebensjahres durchzuführen.

Die Durchführung der obgenannten Untersuchungen ist für alle in Österreich gebärenden Frauen - auch wenn sie nicht krankenversichert sind - unentgeltlich.

Für ab dem 1. 1. 1997 und vor dem 1. 1. 2002 geborene Kinder konnte von den Eltern, deren Familieneinkommen € 38.720,09,- (Stand 2001) nicht überschritt, ein einmaliger Mutter-Kind-Pass-Bonus des Bundes in der Höhe von € 145,- beantragt werden. Die Voraussetzung dafür war die Absolvierung aller obgenannten Untersuchungen (sowohl der Schwangeren als auch des Kindes) bis Ende des 1. Lebensjahres mit Ausnahme der Ultraschalluntersuchungen.

Mit dem Wegfall der erhöhten Geburtenbeihilfe bzw. der Sonderzahlung in der Höhe von € 1.090,10 bei Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen im Jahr 1997 gingen - unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung - die absolvierten Untersuchungen bundesweit leicht zurück. Durch die Koppelung des Bezugs des im Jahr 2002 eingeführten Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe ab dem 21. Lebensmonat des Kindes an die zeitgerechte Absolvierung von fünf Untersuchungen der werdenden Mutter und fünf Untersuchungen

gen des Kindes bis zum 14. Lebensmonat ist aber wieder ein Anstieg der Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Passleistungen zu erwarten.

Als Begleitmaßnahme wird weiterhin gemeinsam mit dem Mutter-Kind-Pass die Broschüre „Mein Baby kommt“ allen Schwangeren zur Verfügung gestellt. Diese zuletzt 2002 überarbeitete Broschüre enthält wichtige Informationen über Schwangerschaft und Säuglingspflege sowie rechtliche Auskünfte und Kontaktadressen zur weiterführenden persönlichen Information.

Ausblick

Entsprechend den Ergebnissen neuer Untersuchungen und Forschungen werden immer wieder Vorschläge zur Erweiterung des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes vorgebracht, die seit 1993 einer Bewertung durch den Obersten Sanitätsrat unterzogen und im Falle einer positiven Bewertung in eine Reihungsliste aufgenommen werden. Die letzte umgesetzte Empfehlung betraf die im Jahr 2002 erfolgte Einbeziehung des 5. Lebensjahres.

Vorsorgeuntersuchungen

Problemstellung und Zielsetzung

Vorsorgeuntersuchungen wie Screenings sind Maßnahmen zur Früherkennung von bestehenden Erkrankungen und Gesundheitsrisiken mit dem Ziel, die Heilungs- und Behandlungschancen zu verbessern.

Im Jahr 1974 wurde in Österreich die über die Krankenkasse abgegoltene Vorsorgeuntersuchung eingeführt, die aus einer für Männer und Frauen gleichen Basisuntersuchung besteht und für Frauen das Zusatzangebot einer gynäkologischen Untersuchung vorsieht. Für Frauen ab dem 40. Lebensjahr ist in Abständen von zwei Jahren zusätzlich eine beidseitige Mammographie vorgesehen. Zweck der Vorsorgeuntersuchung ist die Früherkennung von verbreiteten Krankheiten wie Krebs, Diabetes sowie Herz- und Kreislauferkrankungen. Nach der Untersuchung folgt ein ärztliches Gespräch, wobei individuelle Risikofaktoren, Lebensweisen und Maßnahmen zur Beeinflussung des Gesundheitszustandes mit dem Ziel einer Stärkung des Gesundheitsbewusstseins und die Eigenverantwortung besprochen werden.

Vorsorgeuntersuchungen können von Personen ab dem 19. Lebensjahr - auch wenn diese nicht krankenversichert sind - einmal jährlich unentgeltlich in Anspruch genommen werden. Für berufstätige Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren besteht ebenfalls die Möglichkeit einer kostenlosen körperlichen Untersuchung, verbunden mit Gesundheits- und Sexualberatung. Durchgeführt werden können die Vorsorgeuntersuchungen von praktischen Ärztinnen und Ärzten, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Internistinnen und Internisten sowie Pulmologinnen und Pulmologen sowie durch eigene Einrichtungen der Sozialversicherung.

Entwicklung der Inanspruchnahme

Im Berichtszeitraum hat keine Änderung der Organisation der Vorsorgeuntersuchung stattgefunden. Einfluss auf die Inanspruchnahme nehmen Faktoren wie Ärztedichte, Altersstruktur

der Bevölkerung sowie Aktivitäten der öffentlichen Hand, insbesondere der Krankenkassen, im Bereich Prävention.

Wie aus Tabelle 7.15 ersichtlich, ist eine stetige Steigerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen zu beobachten, wobei die Zahl der gynäkologischen Untersuchungen Schwankungen unterliegt. Im Jahr 2001 nahmen 709.350 Personen, davon 378.832 Frauen, die Basisuntersuchung in Anspruch. Dies entspricht rund 11,4 Prozent der über 19-jährigen österreichischen Bevölkerung. Die Aufwendungen der sozialen Krankenversicherung dafür beliefen sich auf € 57,7 Millionen. Für Jugendlichenuntersuchungen wurden im Jahr 2001 € 1,5 Millionen aufgewendet.

Tabelle 7.15: Entwicklung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen 1990-2001

Jahr	Anzahl Basisuntersuchungen	Änderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl gynäkologische Untersuchungen	Änderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl Untersuchungen insgesamt	Änderung zum Vorjahr in Prozent
1990	347.341	7,5 %	80.276	- 5,9 %	427.617	+ 5,0 %
1991	376.771	8,5 %	82.673	+ 2,9 %	459.444	+ 7,4 %
1992	415.771	10,3 %	85.735	+ 3,7 %	501.506	+ 9,1 %
1993	443.502	6,7 %	80.991	- 5,5 %	524.493	+ 4,6 %
1994	490.302	10,6 %	88.015	+ 8,7 %	578.317	+ 10,3 %
1995	503.483	2,7 %	87.735	- 0,3 %	591.218	+ 2,2 %
1996	552.248	9,7 %	110.475	+ 25,9 %	662.723	+ 12,1 %
1997	584.401	5,8 %	106.437	- 3,6 %	690.838	+ 4,2 %
1998	622.159	6,5 %	113.278	+ 6,4 %	735.437	+ 6,5 %
1999	639.608	2,8 %	109.312	- 3,5 %	748.920	+ 1,8 %
2000	653.472	2,2 %	109.751	+ 0,4 %	763.223	+ 1,9 %
2001	709.350	8,6 %	109.089	- 0,6 %	818.439	+ 7,2 %

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2003, ÖBIG

Ausblick

Grundsätzliche Überlegungen zur Verbesserung von Maßnahmen der Sekundärprävention, darunter Screeningmaßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen, gehen dahin, Schwerpunkte (z. B. Erkennung erhöhter Blutzuckerspiegelwerte) zu setzen. Darüber hinaus soll der Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen erleichtert werden. Dies könnte z. B. die Durchführung der Untersuchung im Rahmen von Gesundheitsvorsorgeaktionen und Gesundheitsförderungsprojekten in Betrieben, was zum Teil auch jetzt schon geschieht, erfolgen.

Kariesprophylaxe

Problemstellung und Zielsetzung

Karies ist noch immer die am weitesten verbreitete Zivilisationskrankheit, für die aber medizinisch wirksame und kostengünstige Vorbeugungsmaßnahmen verfügbar sind. Die WHO legte zuerst im Rahmen ihres Programmes „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ fünf Ziele

für die Zahngesundheit der Bevölkerung fest, die sodann im Programm Gesundheit 21 überarbeitet wurden (vgl. Tabelle 7.16).

Tabelle 7.16: WHO Zahngesundheitsziele 2000-2020

Altersgruppe	Ziel 2000	Ziel 2020
6-Jährige	Mindestens 50 Prozent der Kinder sollen kariesfrei sein.	Mindestens 80 Prozent der Kinder sollen kariesfrei sein.
12-Jährige	Der DMFT-Wert (= die durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss) sollte unter 3 liegen (Europa: ≤ 2).	DMFT ≤ 1.5 , mindestens 1.0 soll auf gefüllte Zähne entfallen.
18-Jährige	85 Prozent sollten noch alle Zähne haben und bei 90 Prozent sollten mindestens drei Sextanten einen CPITN = 0 aufweisen.	Keine wegen Karies extrahierten Zähne.
35- bis 44-Jährige	Senkung des Standes der Zahnlosigkeit von 1981 um 50 Prozent.	Nicht mehr als zehn durch Karies geschädigte Zähne (DMFT ≤ 10).
65- bis 74-Jährige	Senkung des Standes der Zahnlosigkeit von 1981 um 25 Prozent. Maximal zehn Prozent sollten einen oder mehrere Sextanten mit CPITN > 4 haben.	Nicht mehr als zehn Prozent der Altersgruppe sollten keine eigenen Zähne mehr besitzen.

Quelle: ÖBIG

Maßnahmen

Um den Grad der Zielerreichung feststellen zu können, müssen Zahnstatuserhebungen in den entsprechenden Bevölkerungsgruppen durchgeführt werden. Um ein solches Zahngesundheitsmonitoring zu etablieren, hat das Gesundheitsressort - nach einer Pilot-Zahnstatuserhebung 1996 bei Fünf- bis Sechsjährigen - im Jänner 1997 am ÖBIG die Koordinationsstelle für Zahnstatuserhebungen eingerichtet. Diese führt jährliche Zahnstatuserhebungen in den einzelnen Altersgruppen durch, für die es WHO-Ziele gibt. Dabei wird die WHO-Methodik der Basic Oral Health Surveys angewendet. Die Ergebnisse werden jeweils publiziert und im Rahmen einer Tagung diskutiert.

Mittlerweile wurde der Zahnstatus in allen Altersgruppen erhoben. In der Altersgruppe der Sechsjährigen wurde 2001 bereits die zweite Erhebung durchgeführt. Demnach waren 49 Prozent der Sechs- bis Siebenjährigen (es wurden Kinder der ersten Volksschulklassen untersucht) kariesfrei. Dies bedeutete eine Verbesserung gegenüber der Zahnstatuserhebung 1996, bei der fünf- bis sechsjährigen Kindergartenkinder untersucht wurden. Damals waren 47 Prozent kariesfrei.

In der Zahnstatuserhebung 1997 bei Zwölfjährigen wurde ein DMFT von 1,7 erhoben. Dies erfüllte sogar das für Europa definierte strengere Ziel von maximal zwei durch Karies geschädigten Zähnen. Die Zahnstatuserhebung 2002 lässt ähnlich gute Ergebnisse erwarten. Die Ergebnisse der Erhebung werden im Herbst 2003 publiziert.

In der Altersgruppe der Achtzehnjährigen wurde in der 1998 durchgeführten Erhebung festgestellt, dass beide Ziele - knapp, aber doch - erreicht werden.

Erhebungen im Erwachsenenalter gestalten sich schwieriger als bei den Altersgruppen, die - zumindest teilweise - über das Schulsystem erfasst werden können. Im Jahr 2000 wurde das Unterfangen in beiden erwachsenen Altersgruppen dennoch in Angriff genommen. Bei den 35- bis 45-Jährigen wurden durchschnittlich 15 durch Karies geschädigte Zähne festgestellt. Bezüglich des Gesundheitszustandes des Parodonts wies ein Viertel der Untersuchten völlig gesundes Zahnfleisch auf. Auffällig war der eindeutig bessere Zahnfleischzustand bei Frauen als bei Männern.

Bei den 65- bis 74-Jährigen hatten 20 Prozent keine eigenen Zähne mehr. Bezüglich des Zustandes der prothetischen Versorgung wies ein Drittel Reparaturbedarf im Oberkiefer auf, bei 40 Prozent wurde Reparaturbedarf im Unterkiefer festgestellt.

Bei allen Erhebungen im Kinder- und Jugendalter wurde festgestellt, dass Karieserkrankungen allgemein und durchschnittlich zurückgehen, eine kleine Gruppe von ca. 15 bis 20 Prozent jedoch den Großteil der kariösen Läsionen auf sich vereint. Diese Ergebnisse müssen Anlass sein, nicht nur eine flächendeckende kariesprophylaktische „Versorgung“ zu erreichen, sondern Programme zu entwickeln, die es erlauben, Risikogruppen und -personen zu erkennen und zu betreuen.

Nach der Wiederholung der Erhebung bei den Sechsjährigen muss bei der Versorgung der Milchzähne jedoch ein Defizit konstatiert werden. Während die Zwölfjährigen bereits 1997 das WHO-Ziel bis 2020 erreichten, ist für die Altersgruppe der Sechsjährigen noch einiges zu tun, um das Ziel bis 2020 - 80 Prozent oder mehr kariesfreie Kinder - zu erreichen.

Karies ist eine jener Erkrankungen, die eindeutig die Vorbedingungen für Präventionsmaßnahmen erfüllt. Sie ist weit verbreitet und es gibt etablierte Prophylaxemaßnahmen. Für die Durchführung der Kariesprophylaxeaktivitäten sind die Bundesländer zuständig. Dafür wurden in den meisten Bundesländern Vereine oder Arbeitskreise eingerichtet, an denen das Land, die Sozialversicherungsträger und die Ärztekammer beteiligt sind. Diese wollen - neben anderen Zielsetzungen, wie z. B. Hebung des Zahngesundheitsbewusstseins, Schulung in der korrekten Zahnputztechnik - in den meisten Fällen die WHO-Ziele erfüllen oder übertreffen. Die Koordinationsstelle erhebt und dokumentiert im Auftrag des Gesundheitsressorts alle drei Jahre sämtliche Kariesprophylaxe-Aktivitäten der Bundesländer.

Weiters wurde 1999 zum ersten Mal eine OSR-Kommission „Zahnmedizin, Prophylaxe“ eingerichtet. In ihrer ersten Funktionsperiode hat diese ein Kariesprophylaxekonzept erstellt, das in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung publiziert wurde. Darüber hinaus werden vom ÖBIG jährliche Fachtagungen zum Themenbereich Prophylaxe organisiert.

Ausblick

Das Gesundheitsressort wird weiterhin den Zahngesundheitszustand der Bevölkerung in Österreich erheben lassen. Für den Herbst 2003 ist die zweite Erhebung bei Achtzehnjährigen geplant. Um der Bedeutung der Zahngesundheit Rechnung zu tragen wird dem Thema Zahngesundheit im Nationalen Gesundheitsplan ein Kapitel gewidmet sein.

Rauchen

Problemstellung

32 Prozent der männlichen und 26 Prozent der weiblichen Österreicher, also rund 2,3 Millionen Menschen, sind Raucher. Beunruhigend ist dabei vor allem, dass die Raucher, speziell die Mädchen, immer früher beginnen: Im Alter von 15 Jahren rauchen mehr als ein Viertel aller Mädchen und 20 Prozent der Knaben täglich, was bei den Mädchen im europäischen Vergleich die „Spitzenposition„ bedeutet (LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie 2002).

Dies ist besonders bedenklich, da Rauchen heute als wichtigste vermeidbare Ursache von Krankheit und vorzeitigem Tod gilt. Allein in Österreich sterben jährlich rund 14.000 Personen an den Folgen von Tabakkonsum. Seit 1. 1. 2001 ist die Nikotinabhängigkeit daher auch in Österreich eine anerkannte Suchtkrankheit.

Auch auf supra- und internationaler Ebene wird dem Thema Rauchen breiter Raum gewidmet. So wurde auf EU-Ebene die Richtlinie 2001/37/EG zur Ausgleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen verabschiedet.

Die 53. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2000 stand bereits im Zeichen der neuen Prioritäten der WHO - der Bekämpfung von HIV/AIDS und der internationalen Tabakkontrolle. In weiterer Folge wurde im Rahmen der im Februar 2002 in Warschau stattgefundenen europäischen ministeriellen Konferenz der WHO „Für ein tabakfreies Europa“ die sogenannte „Warschauer Erklärung“ angenommen, der gemäß Gesundheit Vorrang vor anderen Interessen hat und in diesem Sinne - der Europäischen Anti-Tabak-Strategie folgend - Strategien und Maßnahmen gegen Tabak sowohl europaweit als auch einzelstaatlich weiterzuentwickeln sind.

Darüber hinaus wurde im Rahmen der 52. Tagung des Regionalkomitees der WHO/Europa - in Nachfolge von drei davor bereits verabschiedeten Aktionsplänen „für ein tabakfreies Europa“ - die Europäische Strategie zur Tabakkontrolle beschlossen, deren Ziel eine realistische jedoch substantielle Erhöhung der Rate der Nichtraucher und jener, die mit dem Rauchen aufhören wollen, ist.

Ziele

Neben dem vorrangigen Ziel, den Rauchbeginn überhaupt zu verhindern, richten sich die Bemühungen auf Hilfestellung zur Raucherentwöhnung sowie auf den verstärkten Schutz von Nichtrauchern.

Maßnahmen

Im Berichtszeitraum wurden folgende Maßnahmen gesetzt bzw. präventive Kampagnen oder Studien durchgeführt:

- Seit 1. 1. 2000 dürfen gemäß § 18 Tabakgesetz keine Zigaretten mehr mit einem Teergehalt von mehr als 12 mg verkauft werden.

- In Umsetzung der EU-Richtlinie 2001/37/EG zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen wurde im Wege einer Novellierung des Tabakgesetzes die Rechtsgrundlage für neue Warnhinweise und insbesondere die Vergrößerung von Warnhinweisen geschaffen. Produktbezeichnungen, die den Eindruck erwecken, dass ein bestimmtes Tabakprodukt weniger schädlich sei als andere, sind nunmehr verboten. Ab 1. 1. 2004 gilt damit auch eine neue Höchstgrenze für den Teergehalt, Höchstgrenzen für den Nikotin- und Kohlenmonoxidgehalt werden mit 1. 1. 2004 erstmals eingeführt.
- Ambulante Raucherentwöhnung wird von den Gebietskrankenkassen in Wien, Niederösterreich, Salzburg, Kärnten und Oberösterreich, der BVA, der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus und einigen Betriebskrankenkassen (z. B. Neusiedler) angeboten. Für besonders schwere Fällen steht das stationäre Raucherentwöhnungsprogramm „Nichtrauchen in 20 Tagen“ zur Verfügung.
- Auf Basis des Gesundheitsförderungsgesetzes wurden vom Fonds Gesundes Österreich laufend praxisrelevante Aktivitäten und Forschungsprojekte zum Thema „Rauchen“ wie z. B. die Evaluation aller in Österreich verfügbaren Raucherentwöhnungsmöglichkeiten durch die Österreichische Gesellschaft für Lungenerkrankung und Tuberkulose gefördert. Das Thema Nichtrauchen war unter dem Titel „Ich brauch's nicht - ich rauch nicht“ im Jahre 2002 auch ein Schwerpunkt der Medienkampagnen des FGÖ.
- Am Weltnichtrauchertag (31. Mai) 2002 wurde die auf drei Jahre angelegte Kampagne „feel free to say no“ der Europäischen Kommission gestartet, die vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen unterstützt wird. Im Zentrum dieser Kampagne steht - wie bei der oben angeführten Kampagne „Ich brauch's nicht,“ - die Bewusstseinsbildung zum Thema Rauchen bei Jugendlichen.
- Die Gefahren des Rauchens werden auch im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms im Österreichischen Netzwerk „Gesundheitsfördernder Schulen,“ (vgl. Punkt 7.6.2.3) behandelt.
- Das LBI für Gesundheits- und Medizinsoziologie führte die Studie „Die Rolle der nationalen Politik zur Kontrolle des Rauchens bei Jugendlichen und der Einfluss der Schule und des Elternhauses“ (gefördert durch die EU, das Gesundheitsressort und das Unterrichtsressort) durch.
- Darüber hinaus wurden die Erhebungen im Rahmen des WHO-Projektes „Health Behaviour in School-aged Children“, einer Untersuchung zur Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen (6. HBSC-Survey 2001), vom LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie fortgesetzt und der diesbezügliche Bericht im April 2002 veröffentlicht. Darauf basierend wurde durch das LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie gemeinsam mit dem Gesundheitsressort ein Fact-Sheet zum Gebrauch v. a. im Schulunterricht erarbeitet, der sich u. a. auch mit dem Thema Rauchen beschäftigt.

Ausblick

Als Nachfolgeprojekt der genannten Untersuchung des LBI für Gesundheits- und Medizinsoziologie aus dem Jahr 2001 führt dieses Institut derzeit im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Kooperation mit dem Gesundheitsressort das Projekt

„rauchfreie Schule“ durch, welches das „Aushandeln“ des Nichtrauchens in den Schulen fördern soll.

Derzeit sind im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen überarbeitete Neuauflagen der Broschüren „Zum Thema Sucht“ für die Zielgruppen Jugendliche und Jugendbetreuerinnen/-betreuer in Vorbereitung, die speziell neben Fragen der Suchtproblematik allgemein auch auf das Thema Rauchen entsprechend eingehen werden.

Eine der wichtigsten Aufgaben in Bezug auf Rauchen ist in den nächsten Jahren - in Umsetzung der EU-Richtlinie 2003/33/EG - die Einführung weitgehender Werbeverbote im Tabakbereich. Des Weiteren wird ab 1. Jänner 2004 der Kondensat(Teer)- und Kohlenmonoxidgehalt von Zigaretten auf 10mg/Zigarette begrenzt. Der maximal zulässige Nikotingehalt wird auf 1mg/Zigarette beschränkt. Diese Werte müssen dann auch deutlich auf den Packungen von Tabakerzeugnissen - gemeinsam mit Warnhinweisen - angebracht werden.

Auf internationaler Ebene wurde die WHO-Framework Convention on Tobacco Control beschlossen und von Österreich bereits unterzeichnet. Näheres wird im Rahmen von Zusatzprotokollen noch ausverhandelt werden. Unabhängig davon sollten erste Umsetzungsschritte jedoch in einem mit der oben erwähnten Umsetzung der Richtlinie 2003/33/EU (Werberichtlinie) erfolgen.

Alkohol

Problemstellung

Rund zehn Prozent der erwachsenen Österreicher (ca. fünf Prozent der Frauen und ca. 15 Prozent der Männer) erkranken im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus. Rund 18 Prozent der Erwachsenen sind als Alkoholmissbraucher (Alkoholkonsum über der „Gefährdungsgrenze“) zu bezeichnen, und zwar ca. neun Prozent der Frauen und ca. 29 Prozent der Männer (vgl. Handbuch Alkohol - Österreich 2001). Insgesamt gibt es damit in Österreich etwa 330.000 Alkoholkranke und weitere 870.000 Alkoholmissbraucher. Ca. sechs Prozent aller Todesfälle in Österreich werden durch Krankheiten oder Unfälle in Folge des Alkoholkonsums verursacht.

Das Einstiegsalter in den regelmäßigen Alkoholkonsum liegt in Österreich bei etwa 14 Jahren. Im Verlauf der 1990er-Jahre zeigte sich ein Anstieg des Alkoholkonsums bei den 15-Jährigen, der aber zuletzt wieder leicht rückgängig war. Laut den Ergebnissen der HBSC-Studie („Health Behaviour in School-aged Children“) ist der Anteil der männlichen 15-Jährigen, die schon viermal oder öfter „richtig betrunken“ waren, von 28 Prozent (1998) auf 20 Prozent (2001) gesunken. Bei den Mädchen ist der Rückgang geringer, die Geschlechtsunterschiede bezüglich des Alkoholkonsums bei Jugendlichen verlieren damit weiter an Relevanz.

Ziele

Zentrales Anliegen ist die Förderung eines kritischen Bewusstseins gegenüber den Annehmlichkeiten und Risiken des Alkoholgebrauches. Früherkennung und Früherfassung alkoho-

lismusgefährdeter und -abhängiger Personen sind weitere wichtige Ziele. Generell ist eine Reduktion des Alkoholkonsums anzustreben.

Die Maßnahmen auf nationaler Ebene werden in Übereinstimmung mit den entsprechenden Zielvorgaben auf europäischer Ebene (z. B. Aktionsplan Alkohol, Empfehlung des EU-Rates zum Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen) gesetzt. Das Ziel des 1999 vom Regionalkomitee der WHO verabschiedeten zweiten „Europäischen Alkohol Aktionsplans (2000 - 2005)“ ist die Implementierung einer geeigneten Gesundheitspolitik in Hinblick auf Schadensminimierung, Reduktion von mit Alkoholkonsum verbundenen Risiken und Folgeschäden (Unfälle, Gewalt, Familienprobleme, etc.) sowie eine effiziente therapeutische Versorgung und verbesserter Schutz von Kindern und Jugendlichen. Die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen steht auch im Mittelpunkt der Deklaration „Jugend und Alkohol“, die 2001 bei der Ministerkonferenz in Stockholm verabschiedet wurde, sowie der Empfehlung des EU-Rates zum Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen, ebenfalls aus dem Jahr 2001.

Maßnahmen

- Alkoholkoordinations- und Informationsstelle (AKIS): Anfang 2000 wurde vom Gesundheitsressort die „Alkoholkoordinations- und Informationsstelle (AKIS)“ am Anton-Proksch-Institut (API) in Kooperation mit dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBI-Sucht) ins Leben gerufen. Im Berichtszeitraum hat sich AKIS als zentrale Drehscheibe im Alkoholbereich etabliert. Der Schwerpunkt liegt dabei auf folgenden Aufgaben:
 - Systematische Sammlung, Aufbereitung, Aktualisierung von allen alkoholrelevanten Informationen
 - Aufbau einer eigenen Alkoholdatenbank
 - Fundierte Beratung bei Fragen neuer Präventionsmuster, der Öffentlichkeitsarbeit und von Grundsatzstrategien
 - Kontaktstelle für Internationale Organisationen (WHO, EU, etc.)
- Handbuch Alkohol - Österreich 2001: Das im Auftrag des Gesundheitsressort erstellte Handbuch ist im Jahr 1999 erstmals erschienen und dient als umfassendes Übersichts- und Nachschlagewerk zum Themenbereich Alkohol in Österreich. Es stellt damit einen wesentlichen Schritt zur systematischen Erfassung und Eindämmung alkoholverursachter Probleme dar und entspricht einer zentralen WHO-Zielsetzung für Europa. Im Jahr 2001 ist eine von AKIS (siehe oben) erstellte Aktualisierung des Handbuchs erschienen.
- Prävention: Im Berichtszeitraum hat das Gesundheitsressort eine Reihe von Aktivitäten in Hinblick auf die Prävention von Alkoholmissbrauch initiiert bzw. unterstützt. Im Jahr 2000 wurde die von der ARGE Suchtvorbeugung veranstaltete Fachtagung „Jugend und Alkohol“ (16. - 18. Oktober 2000, Windischgarsten) gefördert. Im Jahr 2001 wurde gemeinsam mit AKIS die Fachtagung „Jugend und Alkohol“ veranstaltet (23. November 2001, Wien). Im Anschluss an die Tagung wurde AKIS mit der Ausarbeitung eines umfassenden Präventionskonzepts zum Thema „Jugend und Alkohol“ beauftragt. Weiters wurden zwei Informationsbroschüren aktualisiert: „Der ganz ‚normale‘ Alkoholkonsum und seine gesundheitlichen Folgen“ richtet sich an die Gesamtbevölkerung, „Früherkennung der gesund-

heitlichen Folgen des ‚normalen‘ Alkoholkonsums“ an Ärztinnen und Ärzte als Unterstützung zur Anleitung von Patientinnen und Patienten.

Ausblick

Als Schwerpunkt für die nächsten Jahr sind Maßnahmen im Bereich der Prävention und des Monitorings geplant. Ein erster Teil des Präventionskonzepts „Jugend und Alkohol“ (siehe oben) soll Anfang 2004 präsentiert werden, in der Folge sollen Schritt für Schritt weitere Elemente vorliegen. Das Handbuch Alkohol soll weiterhin etwa alle zwei Jahre aktualisiert werden, die nächste Ausgabe ist für 2004 geplant. Eine verbesserte Datenlage zum Alkoholkonsum bei Jugendlichen wie Erwachsenen soll durch die österreichische Beteiligung an der ESPAD-Studie (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) sowie durch die Durchführung einer österreichweiten Erhebung zu Konsumerfahrungen mit Alkohol und illegalen Drogen (siehe auch unten) erzielt werden.

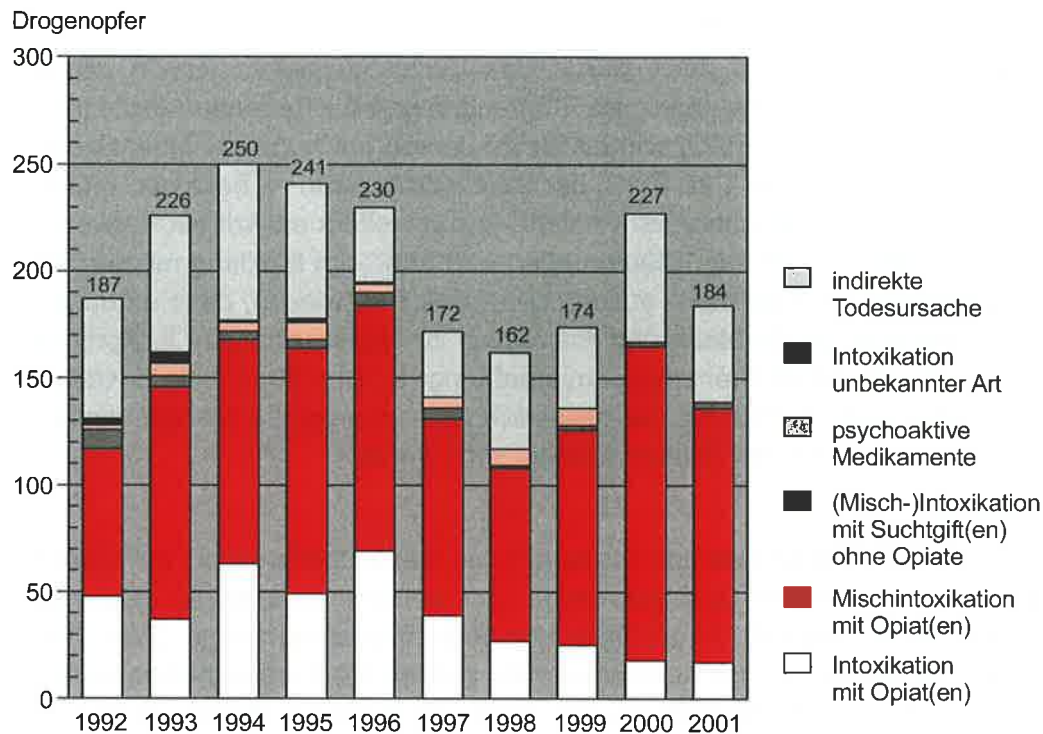
Drogen

Problemstellung

Zehn bis zwanzig Prozent der Jugendlichen und bis zu dreißig Prozent der jungen Erwachsenen geben in Befragungen an, dass sie bereits Cannabis konsumiert haben. Etwa drei bis vier Prozent der Jugendlichen berichten über Erfahrungen mit dem Konsum von Ecstasy. Erfahrungen mit „harten“ Drogen (Heroin, Kokain, LSD) finden sich hingegen nur bei einem sehr geringen Prozentsatz (rund ein bis zwei Prozent) der Bevölkerung. Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen beschränken sich häufig auf das Experimentieren oder auf den Freizeitkonsum in einer begrenzten Lebensphase. Nur ein kleiner Teil der Konsumentinnen und Konsumenten entwickelt problematische Konsummuster. In Bezug auf Opiate wird die Anzahl der „problematischen“ Konsumentinnen und Konsumenten für Gesamtösterreich auf etwa 15.000 bis 20.000 Personen geschätzt. In Österreich sind bei den problematischen Konsumentinnen und Konsumenten unverändert „polytoxikomane“ (Mehrfach- bzw. Mischgebrauch verschiedenster Substanzen) Konsummuster vorrangig, wobei in den letzten Jahren eine steigende Relevanz von aufputschenden Substanzen (wie Kokain, Amphetamine) beobachtet werden kann (vgl. ÖBIG 2001a).

Gesundheitspolitisch relevant sind illegale Drogen weniger auf Grund der Größenordnung des Problems, sondern vielmehr wegen der erheblichen gesundheitlichen (wie Todesfälle, Überdosierungen, Infektionskrankheiten, Langzeitfolgen) und sozialen (wie Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, soziale Ausgrenzung) Probleme und Folgen, die häufig mit Drogenmissbrauch einhergehen. Die Zahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle hat sich - nach starken Anstiegen Mitte der 1990er-Jahre - auf hohem Niveau stabilisiert (vgl. Abbildung 7.5). Die HIV-Prävalenz bei intravenösen Drogenkonsumenten liegt seit Jahren auf einem Wert von unter fünf Prozent. Hohe Infektionsraten finden sich aber weiterhin für Hepatitis: 35 bis 50 Prozent der intravenösen Drogengebraucherinnen und -gebraucher sind mit Hepatitis B infiziert, bezüglich Hepatitis C liegen die Werte sogar bei bis zu 80 Prozent (vgl. ÖBIG 2002a).

Abbildung 7.5: Anzahl der „Drogenopfer“ in Österreich nach Todesursache 1992-2001



Anmerkung: Intoxikationen ausschließlich mit psychoaktiven Medikamenten sind ab 2000 nicht mehr berücksichtigt.

Quelle: BMGF

Ziele

Zentrale gesundheitspolitische Ziele in Bezug auf illegale Drogen sind eine möglichst suchtfreie Gesellschaft und die Verhinderung von gesundheitlichen Schäden durch den Konsum von Drogen. Maßnahmen der Primärprävention, die auf die Verhinderung des Konsums von Drogen und der Entstehung von Sucht abzielen, wird Priorität beigemessen. Bei bereits bestehendem problematischem Konsum und bei Drogenabhängigkeit soll durch ein differenziertes und bedürfnisorientiertes Angebot der Drogenhilfe eine Verbesserung des gesundheitlichen und psycho-sozialen Zustandes der Betroffenen erreicht werden. Dies umfasst abstinenzorientierte, substituierende, risikominimierende und suchtbegleitende Angebote gleichermaßen.

Diese gesundheitspolitischen Zielsetzungen stehen im Einklang mit dem sich auf europäischer wie internationaler Ebene immer stärker durchsetzenden Grundsatz einer multidisziplinären, integrierten und ausgewogenen Strategie im Bereich der Drogenpolitik. Eine wichtige Orientierung bezüglich der drogenpolitischen Maßnahmen stellen die EU-Drogenstrategie und der dazugehörige Aktionsplan für die Jahre 2000 bis 2004 dar.

Maßnahmen

- Rechtliche Rahmenbedingungen

Mit Wirkung von 1. Juni 2001 wurde das Suchtmittelgesetz (SMG) geändert (BGBl 2001/51). Dabei wurde die maximale Strafandrohung für führende Mitglieder einer „Drogenbande“ (§ 28 Abs 5 SMG) von bisher 20 Jahren auf nunmehr lebenslange Freiheitsstrafe angehoben. In den § 29 SMG, der Strafandrohungen im Falle der „öffentlichen Propaganda“ für Suchtgiftmissbrauch vorsieht, wurde weiters explizit ein Verweis auf das Internet aufgenommen. In den Erläuterungen wird aber - im Einklang mit dem Wunsch vieler Expertinnen und Experten - ausdrücklich darauf verwiesen, dass darunter keinesfalls Internet-Angebote zu Beratung und Prävention zu fassen sind. Am 8. April 2001 trat die Änderung der Suchtgift-Grenzmengenverordnung (BGBl II 2001/145) in Kraft, mit der die Grenzmenge (Untergrenze für die gesetzlich relevante „große Menge“ eines Suchtgifts) für Heroin von fünf auf drei Gramm herabgesetzt wurde.

- Prävention

Im Bereich der Primärprävention kooperiert das Gesundheitsressort vor allem mit den regionalen Fachstellen für Suchtprävention und weiteren einschlägig befassten Ressorts (v. a. Unterricht, Jugend). Im Rahmen des Präventionsprogramms „Zum Thema Sucht“ erhielten die Fachstellen für Suchtprävention seitens des Gesundheitsressorts jährlich eine Förderung - rund € 150.000,- im Jahr 1999 und je rund € 75.000,- in den Jahren 2000 und 2001 - zur Durchführung gemeinsamer überregionaler Projekte, wobei die jeweilige Schwerpunktsetzung in Abstimmung von Gesundheitsressort, Fachstellen und Länderdrogenkoordinatoren vorgenommen wurde. In diesem Zusammenhang wurden auch die jährlichen Fachtagungen der ARGE Suchtvorbeugung (2001 zu Cannabis, 2002 zu Sekundärprävention) sowie die Erarbeitung und Produktion von Broschüren (z. B. „sucht und drogen: nüchtern betrachtet“) ermöglicht. Weiters wurden Projekte der zielgruppenspezifischen Sekundärprävention finanziell unterstützt und damit insbesondere die verstärkte Produktion von Präventionsmaterialien und der Einsatz neuer Medien (z. B. Internet) ermöglicht. Seitens des Ressorts selbst wurde die Broschüre „Zum Thema Sucht: Betroffenen und deren Angehörigen“ in aktualisierter Form neu aufgelegt.

Ein weiterer Schwerpunkt im Bereich Prävention lag auf der Förderung von wissenschaftlichen Arbeiten. Eine mit finanzieller Unterstützung des Ressorts durchgeführte „Delphi-Studie“ zur Analyse und Entwicklung der theoretischen Basis und Struktur von Primärprävention in Österreich wurde im Jahr 2002 abgeschlossen. Im Auftrag des Ressorts wurde weiters eine Studie zu „Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen unter österreichischen Jugendlichen“ (Springer et al. 1999) mit Zielrichtung der Erarbeitung von Präventionsempfehlungen durchgeführt. Präventionsrelevant sind auch die - von der jugendpolitischen Abteilung des BMSG beauftragten - Studien „Drogenspezifische Problemlagen und Präventionserfordernisse bei Jugendlichen“ (ÖBIG 2001b) und „Die Rolle der außerschulischen Jugendarbeit in Hinblick auf suchtgefährdete Jugendliche“ (ÖBIG 2002b).

Weiters wurden im Bereich Prävention noch das 5. Internationale Seminar des europäischen Netzwerkes IREFREA (22./23.2.2001, Wien) unterstützt und eine Ministerkonferenz

zum Thema „Jugend - Sucht - Gesundheit“ (September 2002, Graz - siehe auch unten) veranstaltet.

- Maßnahmen der Drogenhilfe

Im Bereich der Drogenhilfe standen dem Gesundheitsressort jährlich Subventionsmittel im Umfang von rund 1,7 bis 1,9 Millionen € zur Förderung von Einrichtungen mit Betreuungsangeboten für Personen mit Drogenproblemen zur Verfügung.

Ein wichtiger Schwerpunkt in diesem Bereich lag weiters auf Maßnahmen der Qualitätssicherung. Im Auftrag des Ressorts wurden Richtlinien zur Kundmachung von Drogeneinrichtungen nach § 15 SMG erstellt (ÖBIG 2000b), die nach einer bereits abgeschlossenen Begutachtungsphase in Aussicht genommen werden. Darüber hinaus wurde die Erstellung eines Konzepts zur drogenspezifischen Aus- und Weiterbildung ausgewählter Berufsgruppen in Auftrag gegeben.

- Monitoring

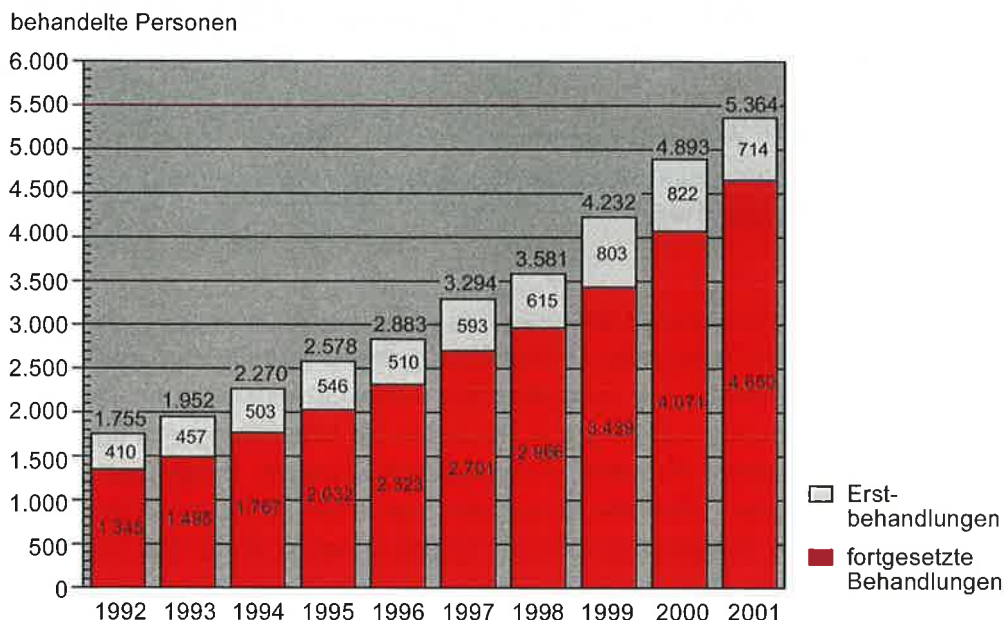
Eine Schlüsselrolle in Hinblick auf das drogenspezifische Monitoring hat der am ÖBIG seit 1995 im Auftrag und mit finanzieller Unterstützung des Gesundheitsressorts eingerichtete Focal Point im REITOX-Netz der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Besondere Bedeutung hat dabei die Umsetzung von fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren (Surveys, Prävalenzschätzungen, drogenbezogene Behandlungen, drogenbezogene Todesfälle, drogenbezogene Infektionskrankheiten), die längerfristig eine verbesserte Vergleichbarkeit der Drogensituation in der EU ermöglichen sollen. Im Zuge der Arbeiten als REITOX Focal Point wird auch jährlich ein Bericht zur Drogensituation in Österreich veröffentlicht (vgl. ÖBIG 1999, ÖBIG 2000a, ÖBIG 2001a, ÖBIG 2002a).

Das Gesundheitsressort ist für die Sammlung und Verwaltung einer Reihe von (vor allem gesundheitsrelevanten) drogenspezifischen Daten verantwortlich. Dies umfasst die Dokumentation und Auswertung der drogenbezogenen Todesfälle in der „Drogenopfer-Statistik“, das zentrale Monitoring hinsichtlich der Substitutionsbehandlungen (vgl. Abbildung 7.6) und die Führung der Suchtmittelvevidenzdatei, in der Daten über alle im Zusammenhang mit Suchtmitteldelikten auffällig gewordene Personen erfasst und diesbezügliche Auskünfte an bestimmte gesetzlich definierte Institutionen (vor allem Justiz- und Sicherheitsbehörden) weitergegeben werden. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der erhobenen Daten wurden im Berichtszeitraum fortgesetzt. So wurde die technische Basis der Datenbanken weiter verbessert und ein Projekt zur Weiterentwicklung des drogenspezifischen Monitorings und zur besseren Nutzung der im Ressort gesammelten Daten in Auftrag gegeben.

Ein zentraler Schwerpunkt lag in den letzten Jahren auf Aktivitäten zur Schaffung eines aktuellen Anforderungen entsprechenden Berichts- und Dokumentationswesens bezüglich Behandlung und Betreuung von Drogenabhängigen, das auch den Verpflichtungen entspricht, die aus der Kooperation mit der EBDD resultieren. Im Zuge einer seitens des Gesundheitsressorts eingesetzten Arbeitsgruppe wurden unter Einbindung von Länderdrogenkoordinatoren und Vertretern von Drogeneinrichtungen alle relevanten Elemente eines einheitlichen Systems erarbeitet. Die Ergebnisse und deren Umsetzung müssen nunmehr

auf politischer Ebene beraten werden (siehe auch Ausblick). Im Rahmen dieser Arbeiten wurde im Auftrag des Ressorts auch eine Pilotstudie zur Struktur der Drogenhilfe in Österreich (ÖBIG 2001c) durchgeführt.

Abbildung 7.6: Entwicklung der Anzahl der sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erstbehandlung und fortgesetzter Behandlung 1992-2001



Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, welche früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlung** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren.

Quellen: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

- Koordination und internationale Kooperation

Im Sommer 1997 wurde auf Initiative des Gesundheitsressorts vom Ministerrat die Schaffung der „Bundesdrogenkoordination“ beschlossen, deren Federführung beim Gesundheitsressort liegt. Im Zuge der Reorganisation des BMSG im Jahr 2002 wurden im Gesundheitsressort die Drogenbelange - mit Ausnahme einiger Vollzugsagenden - in einer Abteilung zusammengefasst, die personellen Ressourcen aufgestockt und erstmals auch Personalressourcen für die Aufgaben der Bundesdrogenkoordination gewidmet. In Hinblick auf die notwendige Abstimmung mit den Ländern trifft zumindest zwei Mal jährlich das „Drogenforum“ zusammen, dem die Drogenkoordinatoren und -beauftragten der Länder sowie Vertreter der einschlägig befassen Bundesministerien, des Städte- und Gemeindebundes und des REITOX Focal Point (siehe unten) angehören. Die Sitzungen dienen zur Diskussion und Beratung aktueller Themen. Daneben werden spezifische Fragestellungen in Arbeitsgruppen behandelt, deren Ergebnisse wieder in das Drogenforum einfließen.

Auf europäischer wie internationaler Ebene kooperiert das Gesundheitsressort mit den einschlägig befassen Institutionen, darunter das in Wien ansässige Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP), die Pompidou-Gruppe des Europarats und ver-

schiedenste Gremien und Institutionen der EU. Hier ist vor allem die Vertretung des Ressorts in der „Horizontalen Drogengruppe“ (bereichsübergreifendes Koordinationsgremium der EU) und im Verwaltungsrat der EBDD zu nennen. Zunehmende Bedeutung gewinnt die Kooperation mit den Beitrittskandidaten- und insbesondere den Nachbarländern. Im September 2002 veranstaltete das Ressort eine Ministerkonferenz zum Thema „Jugend - Sucht - Gesundheit“, zu der die Gesundheits- und Jugendminister von Kroatien, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn eingeladen waren. Weiters war Österreich an PHARE Twinning Projekten im Bereich Drogen mit der Tschechischen Republik und Slowenien beteiligt.

- **Weitere Aktivitäten**

Im Jahr 2000 wurde der Oberste Sanitätsrat (OSR) mit dem Thema „Hepatitis und Drogensucht“ befasst. Seitens einer eigens eingesetzten Arbeitsgruppe wurde ein Papier erarbeitet, das in Folge mit einigen Empfehlungen vom OSR am 18. November 2000 verabschiedet wurde. Im April 2001 wurde vom Ressort ein Expertenhearing zu „Drogen im Straßenverkehr“ veranstaltet und in Folge ein Expertenkreis zum Thema eingerichtet.

Ausblick

Seitens der Bundesdrogenkoordination unter Federführung des Gesundheitsressorts ist die Erstellung eines österreichischen Bundesdrogenkonzepts geplant, das auf den bestehenden internationalen Rahmendingungen (vor allem UN-Konventionen, EU-Drogenstrategie) aufbaut und als so genannte Nationale Drogenstrategie als Ergänzung zu den bereits existierenden Drogenkonzepten bzw. Suchtplänen auf Länderebene dienen soll. Die bewährten Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Drogenhilfe, Monitoring, nationale Koordination und internationale Kooperation sollen weitergeführt werden.

Im Einklang mit den Zuständigkeiten des Ressorts wird der Schwerpunkt weiterhin auf Maßnahmen im Bereich Monitoring und Qualitätssicherung liegen. Wichtigstes Anliegen ist dabei die Umsetzung eines einheitlichen Berichtswesens für Einrichtungen der Drogenhilfe. An der Etablierung einer Routinedokumentation zur Angebotsstruktur der Einrichtungen wird bereits gearbeitet, diese soll ab 2004 auch im Internet verfügbar sein. In Bezug auf die Umsetzung des Berichtswesens zu den Klienten wurde eine Machbarkeitsstudie und Kostenschätzung in Auftrag gegeben, die als Basis für die im Weiteren zu führenden Verhandlungen auf politischer Ebene dienen sollen. Weiters soll durch die österreichische Beteiligung an der ESPAD-Studie (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) sowie durch die Durchführung einer österreichweiten Erhebung zu Konsumerfahrungen mit Alkohol und illegalen Drogen (siehe auch oben) eine verbesserte Datenlage zum Konsum illegaler Drogen bei Jugendlichen wie Erwachsenen erzielt werden.

Prävention von Infektionskrankheiten

Ausgangslage

Die Prävention von Infektionskrankheiten hat einen traditionell hohen Stellenwert im Bereich „Öffentliche Gesundheit“ sowie Gesundheitsförderung. Die Rechtsgrundlagen für die Überwachung von Infektionskrankheiten sind nach wie vor das Epidemiegesetz, das Tuberkulo-

segesetz, das AIDS-Gesetz sowie nunmehr auch das Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz.

Im Jahre 1993 wurde auf Ebene der Europäischen Union eine Entscheidung über die Schaffung eines Netzwerkes zur epidemiologischen Überwachung und Kontrolle von übertragbaren Krankheiten (Entscheidung Nr. 2119/98/EU) verabschiedet. Als Folge dieser Entscheidung und der damit verbundenen Durchführungsbestimmungen werden seit dem Jahr 1998 alle Infektionskrankheiten-Meldungen von der aggregierten Meldeform in eine Einzelfallmeldung übergeführt.

Im Bereich von HIV/AIDS ist es durch die Bereitstellung einer hoch wirksamen antiretroviralen Therapie zu einer drastischen Senkung der Neuerkrankungen an AIDS gekommen. Die AIDS-Statistik in der derzeitigen Form hat daher ihren Wert als Messwerkzeug für die HIV/AIDS-Prävalenz in Österreich verloren.

Aktivitäten im Berichtszeitraum

Eine wichtige Aufgabe des Gesundheitsressorts in Bezug auf die Prävention von Infektionskrankheiten besteht im Monitoring der übertragbaren Krankheiten. Das Ressort führt die laufende Statistik über alle meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten. Für AIDS und Tuberkulose wird eine Einzelfallerfassung durchgeführt, wobei für Tuberkulose auch Informationen zur Resistenzbildung in Hinblick auf eine mögliche Zunahme von NDR-TB enthalten sind.

Bei den direkten Präventionsmaßnahmen lag der Schwerpunkt im Berichtszeitraum weiterhin auf der HIV-Prävention. Allerdings wurden dabei die Strategien etwas abgeändert: zum einen zielten die Maßnahmen stärker auf eine Berücksichtigung von allen sexuell übertragbaren Krankheiten, darunter auch Hepatitis, zum anderen findet sich eine Tendenz weg von breiten Öffentlichkeitskampagnen und hin zu zielgruppenorientierten Einzelmaßnahmen, die in Kooperation mit den regionalen AIDS-Hilfen geplant und umgesetzt wurden.

Darüber hinaus förderte das Gesundheitsressort in den Berichtsjahren die Arbeit der regionalen AIDS-Hilfen (vgl. <http://www.aidshilfen.at>) mit jährlich rund 2,5 Millionen €, wobei seitens des Ressorts spezifische Schwerpunkte bezüglich der Verwendung der Fördermittel gesetzt wurden: Durchführung von anonymen HIV-Tests für Testwillige sowie für die Beratung über die Übertragungswege von HIV, wobei - um möglichst viele Personen erreichen zu können - besonderer Wert auf die Niederschwelligkeit der Einrichtungen bzw. Angebote gelegt wurde; Präventionsveranstaltungen insbesondere an Schulen und damit in Zusammenhang stehend die Ausbildung von Peers (Aufklärung von Jugendlichen für Jugendliche) und von Multiplikatoren (z. B. Lehrer); spezifische niederschwellige Präventionsarbeit (Street work, Vor-Ort-Prävention) für schwerer erreichbare Gruppen (z. B. homo- und bisexuelle Männer, Migrantinnen und Migranten, Drogenkonsumentinnen und -konsumenten); Beratung und Information von HIV-Infizierten sowie deren Angehörigen.

Es wurde eine Verbesserung des HIV-Labormeldesystems implementiert. Weiters wurde eine österreichweite Studie zur Situation aller in Behandlung befindlichen HIV/AIDS-Patientinnen und -Patienten realisiert.

Auch bei Tuberkulose wurde im Berichtszeitraum die Datenqualität erheblich verbessert. Im Rahmen eines EU-weiten Netzwerkes zur Überwachung von Tuberkulose wurde nunmehr eine einheitliche Falldefinition für Meldezwecke vereinbart, die es erlaubt, die Tuberkulosestatistiken der gesamten WHO-Region zu vergleichen.

Im Hinblick auf das zunehmende Resistenzproblem in den osteuropäischen Regionen wurde im kombinierten Labor-Arzt-Meldesystem auch die Resistenzüberwachung implementiert. Als weiterer Schritt wurde in Österreich im Konsens mit STOP-TB die DOTS-Strategie flächendeckend eingeführt. Als weitere Folge hiervon wurde eine Erweiterung der bestehenden Datenbank im Hinblick auf Information zum Behandlungsausgang implementiert.

Im Jahr 1998 wurden nationale Referenzzentralen für Krankheiten, welche im Rahmen der verbesserten EU-weiten Infektionsüberwachung verstärkt zu beachten sind, eingerichtet. Diese Einrichtungen (NRZ; BBSUA Graz für Meningokokken- und Salmonelleninfektionen, BBSUA Wien für TBC-Infektionen, Institut für Hygiene an der Medizinischen Universitätsklinik in Graz für Hepatitis A, B und C) sind in den Datenfluss über routinemäßige freiwillige Datenmeldungen der (gegenüber den Bezirksverwaltungsbehörden meldepflichtigen) Labors eingebunden, für welche sie spezielle Untersuchungen (z. B. Bestimmung des Salmonellentyps oder Resistenzprüfung bei TBC) durchführen. Bei TBC erfolgt seit dem Jahr 2000 auch eine Datenmeldung des BMGF an die NRZ, wobei sowohl die epidemiologischen Daten von Tuberkuloseerkrankten als auch die Kulturen und Resistenzen in einer Datei erfasst werden.

Entsprechend § 1 des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes (GESG BGBl I 2002/63) wurde unter anderem zur epidemiologischen Überwachung und Abklärung übertragbarer und nicht übertragbarer Infektionskrankheiten beim Menschen mit 1. Juni 2002 die „Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH“ (AGES) eingerichtet. Gemäß § 8 Abs 2 Z 2 GESG ist die AGES „mit der Führung von Referenzzentralen sowie eines Melde-, Erfassungs- und Koordinationssystems für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten“ betraut. Die AGES soll dann auf Basis bestimmter EU-Rechtsakte („Decisions“ zu Netzwerkentscheidungen, Liste der Krankheiten, Early Warning, Falldefinitionen, etc.) die Meldedaten an die verantwortliche Stelle in der EU-Administration weiterleiten.

Im Jahr 2001 organisierte das Gesundheitsressort eine Schulung von Amtsärzten und Amtsärztinnen in der Technik der Epidemiebekämpfung („Infektionsepidemiologie und outbreak investigation“).

Als Folge der weltweiten Bedrohungen durch Bioterrorismus wurde ein Krisenstab im Gesundheitsressort eingerichtet, weiters wurde im Rahmen der Implementierung eines EU-weiten Frühwarnsystems („Rapid Alert System for Biological Chemical and Atomic threats“ - „RAS BICHAT“) eine rund um die Uhr erreichbare Kontaktstelle in Österreich sowie ein Anthrax-Laborplan mit 24-Stunden-Bereitschaft installiert. Darüber hinaus wurde mit der Erstellung eines Pockenalarmplanes begonnen (Fertigstellung 2003) und durch Pockenimpfstoffkauf und -lagerung für die Verfügbarkeit ausreichender Mengen an Impfstoffen Sorge getragen.

Weitere Aktivitäten des Gesundheitsressorts zielten auf die Verbesserung der Erhebung der Durchimpfungsraten, die Evaluation der Schutzimpfungen sowie die Analyse und Verbesse-

rung der Hepatitis-C-Überwachung ab. In diesem Zusammenhang wurde das ÖBIG mit der Erstellung zweier Untersuchungen beauftragt („Impfungen - ökonomische Evaluation“, Wien 2003; „Beschreibung der Datenquellen und Bewertung der Dokumentationssysteme im Bereich der Impfdokumentation und der meldepflichtigen Infektionserkrankungen“ im Rahmen der Weiterführung des Gesundheitsinformationssystems für Österreich 2002 [ÖGIS 2002], Wien 2003).

Ausblick

In weiterer Folge ist eine Optimierung der bestehenden Datenbanken sowie eine Umstellung von der derzeitigen Papierform auf ein elektronisches Meldesystem vorgesehen.

Weitere Schritte zur Implementierung der Richtlinie 2119 werden gesetzt, wobei im Wesentlichen die Adaptierung der österreichischen Gesetzeslage (Epidemiegesetz) sowie eine Verbesserung der Infektionsdatenbanken vorgesehen sind. In diesem Zusammenhang wird weiters eine Einzelfallmeldung für alle Infektionskrankheiten angestrebt. Nach dieser Umstellung würde dann die bisher übliche Meldeform in Form von Monats- und Jahresberichten mit aggregierten Fallzahlen durch Datenbanken mit entsprechenden Auswertungsmöglichkeiten ersetzt werden. Dieses System wird es erlauben, bestmögliche Informationen über Infektionskrankheiten im Zusammenspiel mit höchsten Datenschutzstandards bereitzustellen.

7.6.2.2 Fonds Gesundes Österreich

Die Arbeit des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) basiert auf dem 1998 in Kraft getretenen Gesundheitsförderungsgesetz, das sich an der Ottawa-Charta 1986 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung, die sich europaweit als Rahmenkonzept für Gesundheitsförderung bewährt hat, orientiert. Im Rahmen dieses Gesetzes stellt der Bund für Maßnahmen und Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die Gesundheit beeinflussende seelische, geistige und soziale Faktoren jährliche Mittel von € 7,2 Millionen zur Verfügung, deren administrative und inhaltliche Abwicklung durch den FGÖ erfolgt.

Die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen sollen in koordinierter Weise und unter Einbindung aller maßgeblicher Stellen dazu dienen, den Wissensstand der Bevölkerung über Gesundheitsgefahren und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu erweitern. Dabei sollen auch Rahmenbedingungen entwickelt und Strukturen für die Gesundheitsförderung geschaffen werden, die eine Umsetzung effizient möglich machen. Das Ziel dieses Gesetzes ist die langfristige, integrierte Entwicklung der Gesundheitsförderung. Maßnahmen und Initiativen, die in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Sozialversicherung fallen bzw. auf Grundlage anderer gesetzlicher Bestimmungen durchgeführt werden, sind nicht Gegenstand dieses Bundesgesetzes.

Die Hauptziele des FGÖ im Berichtszeitraum waren die Forcierung von primärpräventiven Aktivitäten mit einem gesamtheitlichen Gesundheitsbegriff, die Etablierung von regionalen, settingorientierten Gesundheitsförderungsprojekten verbunden mit der Schaffung von nach-

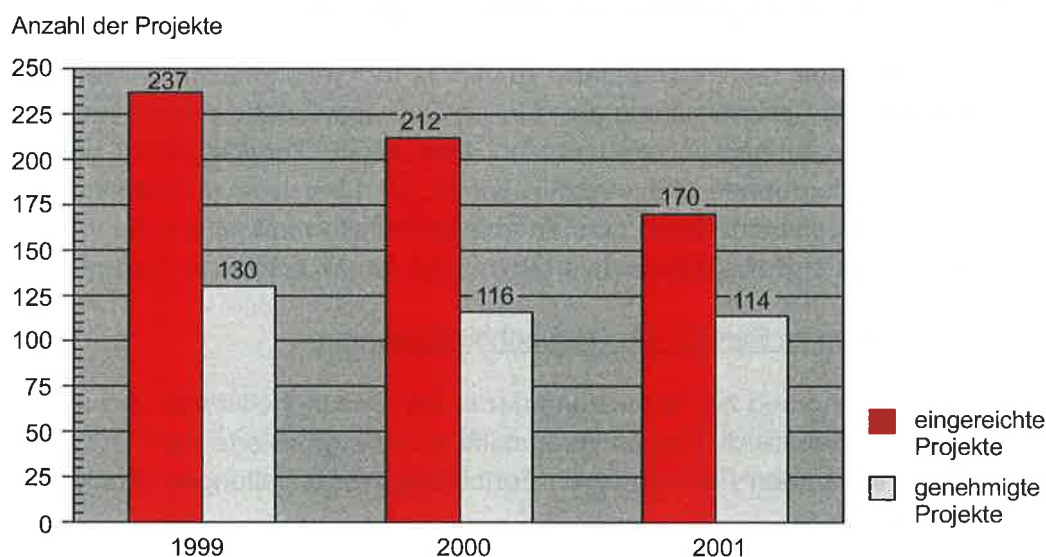
haltigen Strukturen, die Finanzierung von Studien sowie die Vernetzung von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen und begleitende öffentlichkeitswirksame Aktivitäten.

Als eine Serviceleistung wird nach einer Idee des Gesundheitsressorts seit 1996 eine Datenbank über Projekte im Gesundheitsförderungs- und Präventionsbereich geführt. Diese Datenbank umfasst Informationen und Ansprechpartner zu etwa 1.000 spezifischen Projekten und ist auf der Website des Fonds (www.fgoe.org) abrufbar. Der Informationspflicht an die Öffentlichkeit wird seit Februar 2001 auch über die Gesundheitsplattform www.gesundesleben.at nachgekommen. Daneben wird seit November 1999 viermal jährlich das Magazin „Gesundes Österreich“ publiziert.

Projekte

Im Berichtszeitraum wurden beim FGÖ 619 Projekte, davon mit 237 Anträgen die meisten im Jahr 1999, eingereicht. Alle Projekte wurden einem standardisierten Bewertungsverfahren unterzogen und 360 Projekte, das heißt im Schnitt 58 Prozent aller Eingaben, wurden genehmigt oder dem Kuratorium zur Genehmigung empfohlen (vgl. Abbildung 7.7).

Abbildung 7.7: Projekteinreichungen und Projektvergaben des FGÖ 1999-2001



Quelle: FGÖ 2000-2002

Die mit insgesamt 105 Projekten am häufigsten geförderte Thematik betraf „Umfassende Gesundheitsvorsorge“, gefolgt von „Psyche“ (42 Projekte) und „Suchtprävention“ (39 Projekte). Bei praktisch allen genehmigten Fragestellungen handelt es sich um konkrete zielgruppen- oder settingorientierte Projekte, die sowohl praxisorientiert als auch bevölkerungsnah und kontextbezogen sind. Seit Ende 2000 haben Antragsteller dabei die Möglichkeit, sich bei der Erstellung eines Projektkonzepts durch FGÖ-Beraterinnen und -Berater unterstützen zu lassen.

Zusätzlich zu der Abwicklung der Projektvergaben wurden im Arbeitsprogramm 1999 Zielgruppenschwerpunkte im Bereich „Menschen am Arbeitsplatz“ sowie „Frauen in spezifischen

Lebenssituationen“ gesetzt. „Kinder und Jugendliche“ bzw. „Menschen mit chronischen Erkrankungen“ waren die Schwerpunkte des Jahres 2000 und 2001 lauteten die Schwerpunktthemen „Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich“, „Berufstätige Erwachsene in Klein- und Mittelbetrieben“ und „Ältere Menschen zwischen 60 und 75 Jahren in regionalen Settings“. Diese Schwerpunkte sollen jeweils zusätzlich zu den Projektvergaben Impulse für bestimmte Themenbereiche setzen.

Beratung und Vernetzung

Weitere Aktivitäten des FGÖ umfassen neben rund 21.000 Beratungsgesprächen im Jahr 2001 (1999: 17.000; 2000: 20.000) auch die Planung und Umsetzung von Medienkampagnen zur Förderung und Propagierung eines gesunden Lebensstils wie der Kampagne „Bewusst lebt besser“ oder einer Nichtraucherkampagne mit der Zielgruppe Jugendliche. Darüber hinaus wurde im Oktober 1999 in Kooperation mit dem Verein für Konsumenteninformation eine Ernährungshotline eingerichtet, die jährlich im Schnitt etwa 1.850 Anrufe verzeichnet.

Seit 1999 wird außerdem jährlich eine Gesundheitsförderungs- und eine Präventionskonferenz mit unterschiedlichen Schwerpunkten (z. B. 2001 „Gesundheitsförderung und Kommunikation“ oder „Abhängigkeiten und Süchte“) organisiert.

Ein weiterer Schwerpunkt des FGÖ umfasst Angebote für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen, wobei als Serviceleistung eine Online-Datenbank geführt wird, in der alle österreichischen Selbsthilfegruppen verzeichnet sind. Das „SIGIS-Servicetelefon“ betreut Einzelanfragen zu Selbsthilfegruppen und -organisationen. Darüber hinaus unterstützen die vom Fonds publizierten Arbeitsmaterialien zum Thema Selbsthilfe maßgeblich die Weiterentwicklung und Vernetzung der Selbsthilfedachverbände und -kontaktstellen in Österreich.

Fort- und Weiterbildung im Bereich der Gesundheitsförderung

Zur Professionalisierung und zur Vernetzung der in der Gesundheitsförderung und -vorsorge sowie der im Selbsthilfebereich Tätigen veranstaltete und organisierte der FGÖ zusätzlich zu den beiden oben erwähnten Fachtagungen Fortbildungsveranstaltungen. Konkrete Aktivitäten waren unter anderem:

- Jährlicher Lehrgang „Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung“, ein vierteiliger Kurs, der aus drei Blöcken und einer Einzelsupervision/Projektberatung aufgebaut ist. Er verfolgt einen möglichst anwendungsorientierten Zugang und versucht, auf den Praxiserfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufzubauen.
- Seminarprogramm Gesundheitsförderung - „Bildungsnetzwerk“: Mit Bezug auf das 1998 entwickelte Konzept „Fortbildung in der Gesundheitsförderung“ wurde 1999 das Pilotprojekt „Bildungsnetzwerk“ in drei Bundesländern (Oberösterreich, Vorarlberg, Wien) im Rahmen eines mehrteiligen Seminarprogrammes gestartet. Das „Bildungsnetzwerk“ umfasst neben gesundheitsspezifischen Themen die Bereiche Projekt- und Qualitätsmanagement, Marketing und Öffentlichkeitsarbeit sowie Kompetenzentwicklung. Seit dem Jahr 2001 stehen österreichweit Angebote zur Verfügung.

7.6.2.3 Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung

In den maßgeblichen sozialen Systemen Stadt, Schule, Krankenhaus und Betrieb wurden in den letzten fünfzehn Jahren auf Initiative des Gesundheitsressorts Modellprojekte und Kooperationsstrukturen zum Zweck der Gesundheitsförderung ins Leben gerufen.

Diese Netzwerke sind zum Teil in Zusammenarbeit mit der WHO und EU entstanden und verbinden gesundheitsfördernde Maßnahmen sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene. Ihre Ziele und Entwicklungsperspektiven werden nachfolgend kurz skizziert.

Gesundheitsförderung im städtischen Bereich („Gesunde Städte“)

Das 1992 gegründete Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“ umfasst mittlerweile 31 Mitgliedstädte, deren Ziel es ist, durch die aktive Beteiligung der Bevölkerung das Leben in den Städten gesünder zu gestalten. Die Themen reichen dabei von kommunaler Drogenpolitik über Gesundheitsförderung für Frauen bis hin zur Unfallverhütung. 1996 wurde der formale Rahmen des Netzwerkes mit der Gründung des Vereins „Gesunde Städte Österreichs - Verein zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins in österreichischen Städten“ geschaffen. Das Netzwerk steht in laufendem Informations- und Erfahrungsaustausch mit dem WHO-Projekt „Gesunde Städte“.

Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Das Internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser wurde 1990 auf Initiative des WHO-Regionalbüros für Europa gegründet. Es besteht derzeit aus 35 nationalen und regionalen Netzwerken in 25 Ländern. Das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser wurde 1996 gegründet, Initiativen zur Etablierung eines Regionalnetzwerkes in Wien begannen im Jahr 2000.

Das Konzept des Internationalen Netzwerkes baut auf die von der WHO formulierten Grundprinzipien der Gesundheitsförderung, auf aktuelle Entwicklungen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen, auf Erfahrungen und Ergebnissen des ersten europäischen Modellprojekts „Gesundheit und Krankenhaus“ an der Wiener Krankenanstalt Rudolfstiftung (1989-1996) sowie des Europäischen Pilotkrankenhausprojektes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (1993-1997) und Erfahrungen des „Gesunden Städte Projekts der WHO auf. Hauptziel des Netzwerkes ist es, in Umsetzung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung Krankenhäuser dabei zu unterstützen, den Gesundheitsgewinn ihrer Patientinnen und Patienten, ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der regionalen Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich zu verbessern.

Gesundheitsgewinn in diesem Konzept meint die Gesundheitsverbesserung in körperlicher und seelischer und sozialer Hinsicht durch die Reduktion von Krankheit und durch die Entwicklung positiver Gesundheit (Gesundheitsressourcen).

Dies erfolgt durch die Qualitätsentwicklung der bestehenden Kerndienstleistungen und Strukturen in einem Haus und - je nach Möglichkeit - durch die Entwicklung zusätzlicher Dienstleistungen und Strukturen im Bereich der Krankenhausumwelt. Zur Weiterentwicklung der Netzwerkstrategien sowie zur Unterstützung von Wissens- und Erfahrungsaustausch im internationalen Netzwerk wird jährlich eine internationale Konferenz organisiert. Als WHO-

Collaborating Center - und damit als internationale Schnittstelle - fungiert das Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Der Bericht „Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus dem internationalen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ wurde 2003 in der Schriftenreihe des Gesundheitsressorts publiziert.

Seit Beginn der Initiative wurden 865 Gesundheitsförderungsprojekte in 80 Partnerkrankenanstalten aus sieben Bundesländern durchgeführt. Die meisten Projekte standen dabei unter dem Thema Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Gesundheitsförderung in der Schule

Das Programm der „Gesundheitsfördernden Schule“ wurde im Rahmen eines internationalen Netzwerks der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des Europarates und der Europäischen Union von 1993 bis 1996 in elf Pilotschulen aus ganz Österreich erprobt und erfolgreich umgesetzt. Das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ (ÖNGS) wird vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaften und Kunst und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen getragen und finanziert.

Die wichtigsten Ziele dieses Netzwerks sind:

- Sensibilisierung für einen Gesundheitsbegriff, der körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden umfasst,
- Vermitteln von Kenntnissen und Fähigkeiten, die die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise unterstützen,
- Gestaltung der Organisation Schule zu einem gesunden Erfahrungs- und Lebensraum sowie
- Stärkung der Gemeinschaft in der Schule, Förderung der Elternmitarbeit und Partizipation mit relevanten Umwelten.

Die Projekte werden dabei von einem Schulteam unter Mitwirkung von Vertretern der gesamten Schulgemeinschaft (Lehrpersonal, Eltern, Schülerinnen und Schüler) getragen, wobei jede Schule eigene gesundheitsförderliche Schwerpunkte und ein den Gegebenheiten vor Ort entsprechendes Profil entwickelt. An dem Netzwerk nehmen 500 Schulen aus 38 Staaten teil, davon allein aus Österreich, inklusive Wien, 102 Schulen (Stand Juni 2002). In Wien besteht seit 1997 ein eigenes Netzwerk von gesunden Schulen, an dem im Berichtszeitraum 27 Schulen teilnahmen.

Bis 2002 konnte das ÖNGS für weitere interessierte Schulen geöffnet werden. Um eine effiziente Betreuung der Netzwerkschulen zu gewährleisten, wurde in der BAB GmbH Unternehmensberatung ein Netzwerksekretariat eingerichtet. Im Rahmen der 4. Tagung des Österreichischen Netzwerks „Gesundheitsfördernde Schulen“ vom 2. bis 4. Dezember 2002 wurde das neue Konzept des ÖNGS 2003-2005 „Gesundheitsförderung und Schulentwicklung“ präsentiert.

Ausgehend von der Resolution des European Network of Health Promoting Schools: „Every child and young person in Europe has the right, and should have the opportunity, to be edu-

cated in a health promoting school" sowie der Kernbotschaft der Egmond Agenda „Das GFS-Konzept ist ein Vehikel für Gesundheitsentwicklung und Schulentwicklung. Schülerinnen und Schüler lernen und arbeiten besser in einer gesundheitsfördernden Schule. Das gleiche gilt auch für Lehrerinnen und Lehrer“, wurden für das ÖNGS die nächsten Schritte für den Zeitraum 2003-2005 festgelegt:

- Weitere Ausbau des Schulnetzwerks
- Gesundheitsförderung und Schulentwicklung/Schulprogramm als vertiefender Programmschwerpunkt
- Etablierung regionaler Unterstützungsstrukturen in fünf Bundesländern
- Entsprechend ihren Voraussetzungen und Interessen gibt es für Schulen drei Möglichkeiten, sich aktiv einzubringen, als Kooperations-, Netzwerk- oder Schwerpunktschule: Kooperationschulen sind Schulen, die laufend über das Netzwerk informiert werden wollen, vielleicht im Moment keine Projekte durchführen, aber Erfahrung mit gesundheitsfördernden Projekten haben. Netzwerkschulen sind Schulen, die laufend über das Netzwerk informiert werden wollen und selbst qualitätsgesicherte Projekte durchführen und dokumentieren. Schwerpunktschulen sind Netzwerkschulen, die den Schwerpunkt „Gesundheitsförderung“ im Sinne der Erarbeitung eines Leitbildes und Schulprogramms weiterentwickeln wollen.

Unterstützung bei der Umsetzung und Realisierung von Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsbildung in Schulen erhalten Lehrer/innen sowie Mitarbeiter/innen anderer Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen durch die auf Initiative des Gesundheitsressorts, des Bildungsministeriums und des Österreichischen Jugendrotkreuzes (ÖJRK) bereits gut etablierte GIVE (Gesundheitsbildung, Information, Vernetzung und Entwicklung)-Servicestelle für Gesundheitsbildung im ÖJRK (www.give.or.at).

Gesundheitsförderung im Betrieb

Betriebliche Gesundheitsförderung reicht über Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin hinaus und soll laut der Luxemburger Deklaration von 1997 als Bestandteil der Unternehmensstrategie alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite sowie Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz umfassen.

Seit 1996 besteht das „Europäische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“, dessen österreichische Kontaktstelle bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse angesiedelt ist. Ihre Aufgabe besteht darin, die in den Mitgliedstaaten der EU zu den einschlägigen Themen verfügbaren Informationen zu sammeln und allen Interessierten in Österreich zugänglich zu machen. Um die Strategie betrieblicher Gesundheitsförderung auch regional zu verbreiten, wurde zu Beginn des Jahres 2000 das „Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“ (ÖNBG) mit Kontaktstellen in jedem Bundesland gegründet.

Seit dem Jahr 2000 wird vom ÖNBG in Kooperation mit dem FGÖ und den Sozialpartnern der sogenannte BGF-Oskar vergeben. Mit diesem Preis für betriebliche Gesundheitsförderung werden alle zwei Jahren in zwei Kategorien (Firmen bis 200 Mitarbeiter und größere

Firmen) Unternehmen, die sich besonders um Gesundheit und Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter am Arbeitsplatz verdient gemacht haben, ausgezeichnet. Im Jahr 2002 haben sich 35 Unternehmen am Bewerb beteiligt. Eine Übersicht über österreichische Best-Practice-Modelle bietet die Internetplattform www.netzwerk-bgf.at.

Zuletzt erfolgte eine verstärkte Einbindung der Sozialpartner (z. B. Wirtschaftskammer Österreich) bei den Projekten, woraus die Gründung einer Arbeitsgruppe resultierte. Im Zuge der ersten gemeinsamen Veranstaltung wurde die Konzentration auf Klein- und Mittelbetriebe beschlossen.

7.6.2.4 Spezifische Gesundheitsförderung

Problemstellung

Obwohl das österreichische Gesundheitswesen eine umfassende Versorgung der Bevölkerung gewährleistet und Gesundheitseinrichtungen auf höchstem Niveau aufweist, erreicht es nicht alle im Land lebenden Menschen. Besonders soziale Randgruppen und arme Menschen nutzen Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht in dem Maße, in dem es für sie erforderlich wäre.

Bei der Durchführung und Konzipierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten zeigte sich auf internationaler Ebene, dass Maßnahmen umso besser angenommen wurden und effektiver waren, je genauer sie auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmt wurden. Neben dem Umfeld einer Person - das im settingbezogenen Ansatz berücksichtigt ist - ist ihre Gesundheit bzw. ihr Krankheitsrisiko auch von Geschlecht, Herkunft, Alter, sozialer Schicht, Einkommen und vom Lebensstil abhängig; so weisen Migrantinnen beispielsweise einen anderen Förderbedarf auf als Österreicherinnen der gleichen Altersgruppe. In Folge der Diskussion dieses Themas offenbarte sich, dass in Österreich kaum Informationen zum Ausmaß der Problematik vorhanden waren.

Ziele

Das Gesundheitsressort wollte daher u. a. feststellen, ob auch in Österreich sozialschichtabhängige gesundheitliche Ungleichheiten bestehen, in welchem Ausmaß die Bevölkerung auf Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem stößt und inwiefern das Angebot an Vorsorgeleistungen die Bedürfnisse der Bevölkerung deckt. Im Fokus aller Aktivitäten stand dabei der sozial benachteiligte „Durchschnittsösterreicher“ sowie geschlechtsspezifische Disparitäten (Stichwort: Gender mainstreaming).

Aktivitäten

Dem Bedarf an geschlechtsspezifischer Gesundheitspolitik wurde vom Gesundheitsressort durch die Etablierung einer eigenen Abteilung für Frauengesundheit und der Gründung der männerpolitischen Grundsatzabteilung im Frühling 2001 Rechnung getragen.

Gesundheitsvorsorgeaufgaben der männerpolitischen Grundsatzabteilung umfassen den Kontakt mit Männerberatungsstellen mit dem Ziel einer engeren Vernetzung, den Aufbau von

Kompetenzzentren der Männergesundheit und die wissenschaftliche Bearbeitung des Themas. So wurden beispielweise Studien über das Suizidverhalten von Männern, den Identitätswandel von Männern und der erste umfassende bundesweite Männergesundheitsbericht unter besonderer Berücksichtigung der Gesundheitsvorsorge beauftragt. Begleitend fand dazu eine Expertentagung in Wien statt.

Der Aufgabenbereich der Frauengesundheitsabteilung umfasst neben der allgemeinen Verbesserung von frauenspezifischer Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung insbesondere spezifische Fragestellungen der Aids- und Suchtprävention, der Prävention von Essstörungen, die Analyse der Bedürfnisse von Frauen in besonderen sozialgesundheitlichen Lebenslagen sowie die gesundheitliche Auswirkungen von psychischer und physischer Gewalt. Zu letzterem Thema wurde z. B. eine Enquete („Gewalt macht krank“) zum Einfluss von Mobbing und häuslicher Gewalt auf die Gesundheit von Frauen abgehalten und im Oktober 2001 die Broschüre „Frauen haben Rechte“ publiziert. Die Vernetzung des Gesundheitsressorts mit den österreichischen Frauengesundheitseinrichtungen ist ebenfalls ein wichtige Aufgabe der Abteilung. Gemeinsam mit der österreichischen Krebshilfe wurde zum Ziel der Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen ein Online Terminerinnerungssystem geschaffen, das Interessierte kostenlos unter www.krebshilfe.net in Anspruch nehmen können.

Weitere Aktivitäten betrafen die Beauftragung von Studien zum Thema Essstörungen („Wenn Essen zur Qual wird“) und zu armutsbetroffenen Frauen („Frauen und Gesundheitseinrichtungen“, „Gesundheit und Erkrankungsrisiko“) und gemeinsam mit der Abteilung für Medizinprodukte Vorarbeiten zur Implementierung eines systematischen, flächendeckenden Mammographie-Screening-Programmes in Österreich.

Auch von anderen Abteilungen (z. B. Sozialpolitik) wurden Aktivitäten für sozial benachteiligte Personen gesetzt, deren wichtigste die Erstellung eines nationalen Aktionsplans gegen Armut (NAP), der auch ein Gesundheitskapitel umfasste, war. Der Hintergrund dafür ist die im Vertrag von Amsterdam (Art 136 und 137) auf Anregung der Konferenz von Nizza 2001 fixierte Vereinbarung, die Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung in der EU bis 2010 entscheidend voranzubringen.

In weiterer Folge wurde die Erarbeitung eines nationalen Gesundheitsplans, in dem verstärkt die Berücksichtigung von Gesundheitsförderung und Prävention in gesetzlich-vertraglichen Rahmenbedingungen und in nationalen/regionalen Infrastrukturen vorgesehen ist, in Angriff genommen. Zusätzlich beauftragte das Ressort das ÖBIG mit der Erstellung der Studie „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“, in der erstmalig für Österreich ein Zusammenhang zwischen dem Einkommen einer Person und ihrem Gesundheitszustand bzw. -verhalten nachgewiesen werden konnte.

Eine wichtige Initiative wurde mit der sogenannten Behindertenmilliarde (€ 72.672.834,-) auch im Bereich der Behindertenförderung gesetzt. Mit diesen Mitteln konnten im Jahr 2001 376 Projekte (2002 voraussichtlich 362) gefördert werden, die unter dem Schlagwort „Beschäftigungsoffensive“ zusammengefasst werden können. Außerdem wird vom Ressort beabsichtigt, Förderungen nach dem Behinderteneinstellungsgesetz auszuweiten. Konnten diese bisher nur zum Einsatz kommen, um die Folgen bereits bestehender Behinderungen zu mildern, so sollen die Mittel des Ausgleichstaxfonds künftig auch primärpräventiv einge-

setzt werden, das heißt für Personen verwendet werden können, denen die Fortsetzung ihrer erlernten oder ausgeübten Beschäftigung nicht möglich ist, da ihnen schwere Gesundheitsschädigungen drohen würden.

Quellen

BMSG 2003a

Gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzept, Beispiele und Erfahrungen aus dem Internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Wien

BMSG 2003b

Soziale Ungleichheit und Gesundheit. ÖBIG, Wien

Europäische Kommission 2003

Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich öffentliche Gesundheit 2003 - 2008. Brüssel

FGÖ 2000

Jahresbericht 1999 des Fonds Gesundes Österreich. Wien

FGÖ 2001

Jahresbericht 2000 des Fonds Gesundes Österreich. Wien

FGÖ 2002

Jahresbericht 2001 des Fonds Gesundes Österreich. Wien

GIVE 2003

Servicestelle für Gesundheitsbildung im Österreichischen Jugendrotkreuz 2003. Zit. in online: <http://www.give.or.at> vom 3. Juni 2003

Groman et al. 2000

Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit - eine Analyse des Bedarfs in Österreich. In: Wiener Medizinische Wochenzeitschrift, 150. Jahrgang, Heft 6/2000

HVB 2003

Presseinformation der Hauptverbands der Sozialversicherungsträger zum Weltnichtraucher-tag. Wien

Laaser U., Hurrelmann K., Wolters P.: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheits-
erziehung. In: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis.
Weinheim und Basel 1993, S. 176 – 203

LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie 2002

Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesund-
heit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich Aufbereitung der Daten des 6.
WHO-HBSC-Surveys 2001 und die Trends 1990 - 2001.HBSC 17. Wien 2002

LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie 2003

Health Promoting Hospitals. Zit. in online: <http://www.univie.ac.at/hph> vom 5. Juni 2003

Magistrat der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement
2001 Gesundheitsbericht Wien 2001. Wien

OÖGKK 2003

Gesundheitsförderung im Betrieb. Österreichisches Netzwerk. Zit. in Online: www.oegkk.at
vom 10. Juli 2003

Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz 2002
Entwurf des Österreichischen Gesundheitsplans. Wien

Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule 2003
Teilnehmende Schulen. Zit. in online: <http://www.gesunde-schule.at/php/index.php>

Weltgesundheitsorganisation (WHO): „Gesundheit 21“ - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Kopenhagen 1998

WHO-HBSC 2000

Health Behaviour in School-aged Children 1998. In: LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie (Hrsg.): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 5. WHO-HBSC-Surveys 1998 und Trends für die 90er Jahre. Schriftenreihe „Originalarbeiten - Studien - Forschungsberichte“, des BMSG 2/2000. Wien

7.7 Transplantationswesen

7.7.1 Ausgangssituation

Organtransplantation

Die Organtransplantation ist heute ein medizinisch etabliertes und gesellschaftlich akzeptiertes Therapieverfahren zur Behandlung eines terminalen Organversagens. Durch die Transplantation von Herz, Leber oder Lunge kann bislang tödlich verlaufenden Erkrankungen erfolgversprechend begegnet werden. Die Nierentransplantation und in ausgewählten Fällen die kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation eröffnen einer Vielzahl von Dialysepatienten die Chance, eine bessere Lebensqualität und/oder eine Verlängerung ihres Lebens zu erreichen.

Dem aus sozialen Gründen resultierenden Anliegen, diese Behandlungsformen grundsätzlich allen Bevölkerungsschichten zu ermöglichen, stehen hohe Kosten und knappe Ressourcen gegenüber. Es gilt daher, die Nutzung dieses Leistungsangebots durch eine fundierte medizinische Indikationsstellung, ein effektives Organisationskonzept und einen effizienten Mitteleinsatz österreichweit abzusichern. Dieses Ziel wird umso eher erreichbar sein, je besser sich die spezifischen Beiträge und Interessen der am Transplantationsgeschehen Beteiligten koordinieren lassen.

Das Gesundheitsressort hat in Verfolgung dieses Ansatzes im November 1991 das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) mit der Führung des „Koordinationsbüros für das Transplantationswesen - ÖBIG-Transplant“ beauftragt.

Österreich hat inklusive der Spender/innen aus Bozen derzeit mit 24,3 Organspender/innen pro Million Einwohner/innen bereits ein im internationalen Vergleich hohes Spenderaufkommen. Die Anzahl an Spenderinnen und Spendern pro Million Einwohner/innen in den Jahren 1995 bis 2002 ist Tabelle 7.17 zu entnehmen.

Im Zusammenhang mit dem oben dargestellten Niveau an Spendemeldungen gilt auch die Anzahl der in Österreich durchgeführten Organtransplantationen im internationalen Vergleich als hoch. In Tabelle 7.18 ist das Transplantationsgeschehen des Jahres 2002 nach Transplantationszentren und Organen abgebildet.

Gewebetransplantation

Durch den medizinischen Fortschritt in der Transplantationschirurgie gewinnt auch die Anwendung von menschlichem allogenen Gewebe (das heißt, Spender und Empfänger sind - im Gegensatz zu der Anwendung von autologem Gewebe - nicht ident) im Rahmen der medizinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Dem medizinischen Erfolg steht allerdings die mangelhafte Verfügbarkeit und Distribution von allogenen Gewebepreparaten in Österreich gegenüber, sodass der vorhandene Bedarf nicht gedeckt werden kann.

Tabelle 7.17: Gemeldete Organspender/innen pro Million Einwohner/innen nach Bundesländern 1995-2002

Bundesland	Spender/innen pro Million Einwohner/innen								Durchschnitt 1995-2002
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Burgenland	3,7	7,3	3,6	0,0	14,5	10,8	18,0	18,1	9,5
Kärnten	32,6	34,3	30,6	14,4	37,7	34,0	26,8	17,9	28,5
Niederösterreich	16,6	15,2	13,2	11,1	14,4	16,9	13,6	10,3	13,9
Oberösterreich	13,3	10,3	14,0	11,7	18,3	16,7	22,5	23,9	16,4
Salzburg	16,1	16,0	19,9	21,7	19,7	27,3	15,5	29,0	20,8
Steiermark	13,5	20,2	16,0	23,6	22,0	19,4	11,8	29,6	19,5
Tirol	30,8	26,0	33,5	19,6	22,5	19,4	17,8	19,3	23,6
Vorarlberg	5,9	23,4	17,5	14,5	23,0	34,3	31,3	28,3	22,4
Wien	34,3	37,5	25,2	32,3	40,1	23,9	40,0	25,9	32,4
Gesamt Österreich	20,4	21,8	19,3	18,6	24,2	21,2	22,3	22,0	21,2
Gesamt Österreich inkl. Spender/innen Bozen	22,0	23,4	20,4	20,8	25,7	23,2	23,5	24,3	22,9

Quelle: ÖBIG-Transplant

Gleichzeitig besteht - wie bei der Transfusion von Blut und Blutprodukten - auch bei der Gewebetransplantation das Risiko, Krankheitserreger von der Spenderin bzw. vom Spender auf die Empfängerin bzw. den Empfänger zu übertragen, die bei der Empfängerin bzw. beim Empfänger schwerwiegende Erkrankungen auslösen können. Vor dem Hintergrund, dass die Gewebetransplantation - im Unterschied zur Organtransplantation - in der Regel nicht auf die

Sicherung des Überlebens, sondern in erster Linie auf die Verbesserung der Lebensqualität der Empfängerin bzw. des Empfängers abstellt und bei nahezu allen Gewebepreparaten Ersatzprodukte xenogener (tierischer) oder mechanischer Herkunft bzw. Alternativtherapien zur Verfügung stehen, können und müssen besonders strenge Standards an die Sicherheit und Qualität der transplantierten Produkte angelegt werden.

Tabelle 7.18: Transplantationsgeschehen 2002 in Österreich, gegliedert nach Transplantationszentren und Organen

Transplantationszentrum	Herz	Herz und Lunge	Lunge	Leber*	Niere*	Pankreas**	Dünndarm***
Graz	8	-	-	13	52	1	-
Innsbruck	26	-	23	67	140	51	5
Region Linz	-	-	-	-	58	-	-
Wien	36	2	65	75	160	-	-
Summe	70	2	88	155	410	52	5

* inkl. Lebendspende

** inkl. 8 Inselzellen-Transplantationen

*** davon 2 multiviszeral;

Multiviszerale Transplantation: Transplantation von drei oder mehr abdominellen Organen (wobei in der Regel immer Dünndarm und Leber dabei sind)

Quelle: ÖBIG-Transplant

Im Jahr 1999 beauftragte das Gesundheitsressort das ÖBIG mit der Durchführung eines Projektes zur Sicherstellung einer ausreichenden und qualitativ hochstehenden Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Leistungen im Bereich der Transplantation von allogenem Gewebe unter Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen. Im Zuge dieses Projektes wurde am ÖBIG eine Koordinationsstelle für Gewebetransplantation eingerichtet. Die Arbeiten dieser Koordinationsstelle betreffen grundsätzlich alle in Österreich zur Anwendung kommenden Gewebearten; im Berichtszeitraum standen die Gewebearten Knochen, Hornhaut und Herzklappen im Vordergrund.

Als Basis für die Projektarbeiten der 1999 eingerichteten Koordinationsstelle für Gewebetransplantation galt es, eine rechtliche Beurteilung der Transplantation von Gewebepreparaten und des Führens von Gewebebanken vorzunehmen. In diesem Zusammenhang wurde festgestellt, dass es sich bei Gewebepreparaten - ebenso wie bei soliden Organen - um Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG BGBl 1983/185 i. d. g. F.) handelt. Daher kommen die strengen Qualitätsnormen, die das AMG und die auf dem AMG beruhenden Verordnungen, insbesondere die Betriebsordnung (BO, Verordnung betreffend die Betriebe der Arzneimittelhersteller, Depositeure und Arzneimittel-Großhändler, BGBl 1986/518) vorsehen, zur Anwendung.

Hinsichtlich der relevanten Rechtsgrundlagen ist weiters auf das Hauptstück F des Krankenanstaltengesetzes (KAKuG) zu verweisen, in dem die Entnahme von Organen und Organteilen zum Zweck der Transplantation geregelt ist. Gemäß den Erläuterungen zur Regierungsvorlage (RV 969, XV.GP) ist der Organbegriff im medizinischen Sinne zu verstehen und umfasst auch Gewebe. Somit kommt die in § 62a Abs 1 KAKuG normierte Widerspruchsrege-

lung auch im Bereich der Gewebeentnahme von Verstorbenen zur Anwendung. Weiters hat das in § 62a Abs 4 KAKuG geregelte Gewinnerzielungsverbot Bedeutung für die Verrechnung von Kostenersätzen bei der Verteilung von Gewebepreparaten durch überregionale Gewebebanken an anfordernde Krankenanstalten.

In diesem Zusammenhang ist auf das vom Gesundheitsressort in Auftrag gegebene Rechtsgutachten von Herrn Univ.-Prof. DDr. Christian Kopetzki zu verweisen, demgemäß jedes Entgelt für die Überlassung eines Organs oder Gewebes als verpöner Gewinn anzusehen ist. Die Verrechnung reiner Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit der Entnahme, Aufbereitung, Lagerung und Verteilung von Gewebe wird aber von § 62a Abs 4 KAKuG als zulässig erachtet, selbst dann, wenn die daran beteiligten Personen in Form der Entlohnung Gewinn erzielen. Diese Möglichkeit bleibt allerdings privaten Gewebebanken vorbehalten, da der Betrieb von gemeinnützigen Krankenanstalten gemäß § 16 Abs 1 lit a KAKuG nicht die Erzielung eines Gewinns bezweckt.

Stammzelltransplantation

Bei der Stammzelltransplantation (SZT) werden Patientinnen und Patienten frühe blutbildende Stammzellen, die entweder aus dem Knochenmark (Knochenmarktransplantation) oder dem peripheren Blut (Blutstammzelltransplantation) gewonnen werden, zum Wiederaufbau der Blutbildung übertragen. Eine SZT ist indiziert, wenn das Knochenmark einer Patientin bzw. eines Patienten durch benigne oder maligne Erkrankungen und deren Therapie in seiner Funktion beeinträchtigt ist, oder eine vom Knochenmark ausgehende Erkrankung nur durch Erneuerung (Eradizierung) des gesamten Knochenmarks mit anschließender Stammzelltransplantation geheilt werden kann.

Je nach Stammzellquelle wird zwischen autologer SZT und allogener SZT unterschieden. Bei der autologen SZT werden die Stammzellen von der Patientin bzw. vom Patienten selbst gewonnen, bei der allogenen SZT werden die Stammzellen von einer gewebeverträglichen verwandten oder nichtverwandten Spenderin bzw. von einem entsprechenden Spender eingesetzt.

Darstellung der SZT-Frequenzen:

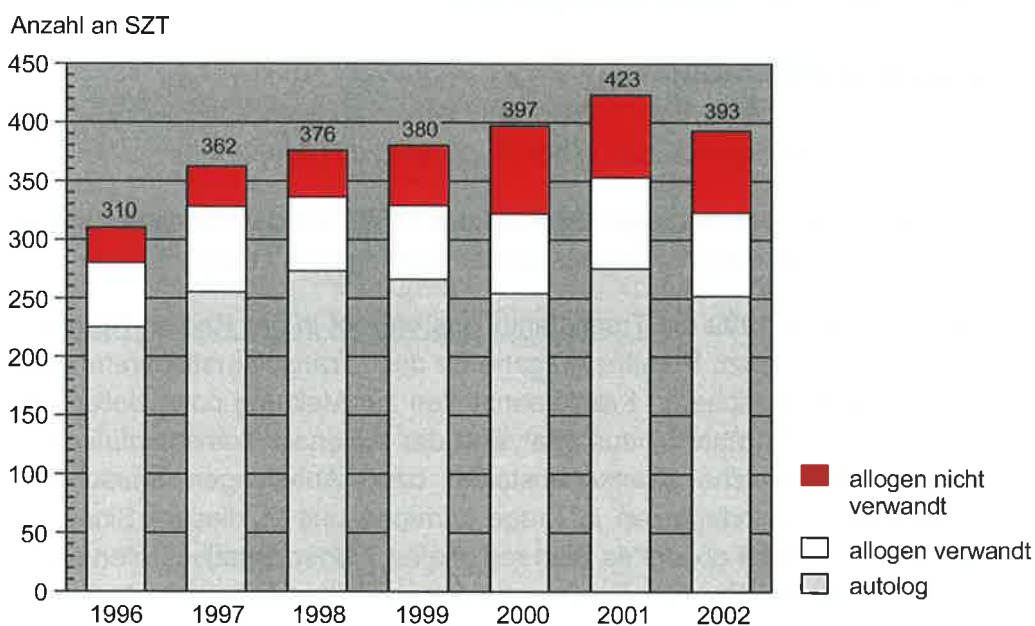
Die Frequenzen im Bereich der Stammzelltransplantation sind in den Jahren 1996 bis 2001 kontinuierlich angestiegen und haben 2001 mit insgesamt 423 SZT das bisherige Maximum erreicht. Im Jahr 2002 war ein leichter Rückgang sowohl im autologen (minus 8,4 Prozent) als auch im allogenen Bereich (minus 4,7 Prozent) zu beobachten.

Die Aufteilung auf die unterschiedlichen Spenderarten ist in den letzten Jahren konstant geblieben. So kann davon ausgegangen werden, dass rund 65 Prozent der SZT mit autologen Stammzellen durchgeführt werden. Die restlichen SZT teilen sich zu gleichen Teilen auf allogene verwandte und allogene nichtverwandte Stammzellen auf.

Hinsichtlich der Stammzellquelle hat sowohl bei der autologen als auch bei der allogenen SZT die Transplantation von Blutstammzellen stark zugenommen. Diese Entwicklung spiegelt auch den internationalen Trend wider.

Sowohl bei der autologen als auch bei der allogenen SZT erfolgen die SZT nunmehr zu einem Großteil mit peripheren Blutstammzellen (PBSZ). Transplantationen von Nabelschnurstammzellen wurden nur in sehr geringem Ausmaß durchgeführt, die letzten SZT mit Nabelschnurstammzellen wurden in den Jahren 2000 und 2001 durchgeführt (jeweils eine SZT).

Abbildung 7.8: Entwicklung der Anzahl an autologen, allogenen verwandten und allogenen nicht-verwandten Stammzellentransplantation 1996-2002



Quellen: Österreichisches Stammzelltransplantationsregister (ASCTR), ÖBIG

Seit dem Jahr 1999 ist im allogenen Bereich ein Trend in Richtung SZT mit reduzierter Konditionierung der Patientinnen und Patienten (sogenannte dosisreduzierte SZT, reduced intensity conditioning RIC) zu erkennen. Diese neue Therapieform ermöglicht insbesondere auch eine SZT bei älteren oder in ihrem Allgemeinbefinden stärker beeinträchtigten Patientinnen und Patienten.

Suche nach nichtverwandten Stammzellspenderinnen und -spendern:

In Österreich existieren insgesamt sieben Spenderzentren, die jene für eine Suche nach einer geeigneten Spenderin bzw. nach einem geeigneten Spender erforderlichen Gewebemerkmale in anonymisierter Form an ein zentrales Spenderregister melden. Die Funktion des zentralen österreichischen Spenderregisters wird durch das Österreichische Knochenmark- und Stammzellenspender-Register wahrgenommen, das für seine Tätigkeiten jährlich Mittel aus der Förderung des Transplantationswesens in der Höhe von maximal € 36.336,42 (öS 500.000,-) erhält.

Im österreichischen zentralen Spenderregister waren per Dezember 2002 rd. 48.600 potenzielle Stammzellspender/innen registriert. Weltweit stehen insgesamt 8,28 Mio. typisierte potenzielle Stammzellspender/innen und Nabelschnurblut-Einheiten für Patientinnen und Patienten, die eine nichtverwandte Stammzellspenderin bzw. einen entsprechenden Spender benötigen, zur Verfügung (Stand Februar 2003).

Seit dem Jahr 1991 konnte durch das Österreichische Stammzell-Register für 465 österreichische Patientinnen und Patienten eine passende nichtverwandte Stammzellspenderin bzw. ein entsprechender Spender gefunden werden. Der Prozentanteil der erfolgreich durchgeführten Suchabläufe ist seit dem Jahr 1991 stetig angestiegen. Die durchschnittliche Suchdauer konnte über die letzten Jahre reduziert werden und lag im Jahr 2002 bei 2,5 Monaten (76 Tagen).

7.7.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

7.7.2.1 Organtransplantation

Regionale Förderung der Organspende in der Region Nord (1999, 2000):

Im Jahr 1999 beauftragte das damalige BMAGS das ÖBIG mit der Durchführung eines Projektes zur regionalen Förderung der Organspendermeldungen in Oberösterreich.

Zum einen wurde im Jahr 1999 ein Transplantationsreferent in der Region Nord (Oberösterreich und Salzburg) eingesetzt. Primäre Aufgabe für den „Transplantationsreferenten“ ist es, die Intensiveinheiten der peripheren Krankenanstalten zur Meldung potenzieller Organspender/innen zu motivieren. Darüber hinaus analysiert der regionale Transplantationsreferent in seinem Einzugsgebiet, welche Krankenanstalten bzw. Abteilungen tatsächlich für die Betreuung potenzieller Spender/innen in Frage kommen und in diesem Sinne zu fördern sind. Im Zuge dieser Analyse obliegt es dem regionalen Transplantationsreferenten, etwaige organisatorische Mängel im Bereich der Organspende zu identifizieren und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Weiters prüft er den Bedarf an einem mobilen Hirntoddiagnostik-Team in der betreffenden Region. Darüber hinaus ist der Transplantationsreferent im Bereich Öffentlichkeitsarbeit tätig, er kooperiert mit den zuständigen Transplantationszentren und mit ÖBIG-Transplant.

Zentrale Zielsetzung des Pilotprojektes war auch zu überprüfen, inwiefern die Einrichtung von regionalen Transplantationsreferenten zu einer dauerhaften Steigerung der Meldung potenzieller Organspender/innen beitragen kann. Die Projektergebnisse zeigten, dass eine Erhöhung der Meldebereitschaft erreicht wurde. Der Erfolg dokumentiert sich nicht ausschließlich in quantitativer Hinsicht. Es zeigte sich, dass die angestrebte Verbesserung der regionalen organisatorischen Strukturen eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass eine nachhaltige Steigerung des Spenderorganaufkommens möglich wird und auf diesem Niveau gehalten werden kann.

Der Verlauf des Pilotprojektes zeigte, dass regional begrenzte Aktivitäten zu einer umfassenderen Kenntnis der regionalen Gegebenheiten bzw. Problembereiche führen und damit gezieltere Fördermaßnahmen ergriffen werden können.

- Weiters wurde - in Verfolgung des Ansatzes einer „Dezentralisierung der Organspende“ - ein mobiles Hirntod-Diagnostik-Team für die Region Nord geschaffen und in den Jahren 1999 und 2000 durch das Land Oberösterreich finanziert. Ziel dieser Einrichtung ist die bedarfsgerechte Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Hirntod-Diagnostik im Raum Oberösterreich, vor allem aber in jenen Regionen, in denen die Möglichkeit zur Hirntod-

Diagnostik nicht im vollen Umfang gegeben ist. Das mobile Team (jeweils eine Ärztin bzw. ein Arzt und eine Person des Medizinisch-technischen Dienstes/MTD) steht im Rahmen eines Einsatzplanes, der auf Rufbereitschaft basiert, rund um die Uhr zur Verfügung.

Nach Einrichtung des Hirntod-Diagnostik-Teams konnte in den Jahren 1999 und 2000 vorrangig in den Linzer Krankenanstalten eine trendmäßige Zunahme der Hirntod-Diagnostik verzeichnet werden. Nach Durchführung entsprechender Informationskampagnen stiegen die Einsatzzahlen auch für periphere Krankenanstalten deutlich an. Neben der quantitativen Inanspruchnahme dieser strukturverbessernden Einrichtung konnte schlussendlich die Qualität der Hirntod-Diagnostik optimiert und die Sicherheit im Umgang mit diesem Thema gesteigert werden.

Restrukturierung des Organspendewesens und zukünftige Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (seit 2000):

In Österreich existierte bereits seit dem Jahre 1993 eine finanzielle Förderung des Transplantationswesens, die durch den damaligen Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) ausbezahlt und durch ÖBIG-Transplant laufend an die Fonds-Krankenanstalten (vormals KRAZAF-Krankenanstalten) entrichtet wurde. Im Rahmen der Reform des Gesundheitswesens ist diese Förderungsmaßnahme in die zwischen Bund und Ländern getroffene „Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000“ eingegangen.

Im Auftrag des damaligen BMAGS erarbeitete das ÖBIG in den Jahren 1999 und 2000 Vorschläge zur Restrukturierung des Organspendewesens. Anhand internationaler (vor allem spanischer) und nationaler Erfahrungen wurden Vorschläge zur zukünftigen Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens in den Jahren 2001 bis 2004 entwickelt, die schließlich in der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG verankert wurden. Ihren rechtlichen Niederschlag findet dieses Förderprogramm weiters in den entsprechenden Bestimmungen des § 59d KAKuG und in den durch die Strukturkommission erlassenen „Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens“, die ebenfalls von 2001 bis Ende 2004 gelten.

Das ehrgeizige Ziel des Förderprogramms in den Jahren 2001 bis 2004 ist es, die Organspendermeldungen österreichweit auf ein konstant hohes Niveau zu heben (30 Organspender/innen pro Mio. Einwohner/innen). Das Erreichen dieses Wertes wird aufgrund internationaler Erfahrung und Expertise des bei ÖBIG-Transplant eingerichteten Transplantationsbeirates für möglich und wünschenswert gehalten, um eine bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten zu gewährleisten. Österreich hat derzeit mit 24,3 Organspender/innen pro Million Einwohner/innen bereits ein im internationalen Vergleich hohes Spenderaufkommen. Um dieses hohe Niveau konstant zu halten bzw. zu heben, bedarf es jedoch gezielter und kontinuierlicher Förderungsaktivitäten. Die Fördermaßnahmen in den Jahren 2001 bis 2004 sind im konkreten:

- An die **organspenderbetreuenden Krankenanstalten** werden pauschalierte Kostenersätze ausbezahlt. Es wird empfohlen, diese Mittel innerhalb der Krankenanstalt zweckgewidmet einzusetzen (etwa für den personellen Mehraufwand im Zuge der Spenderpflege oder für zusätzlich notwendige Infrastruktur). Diese Fördermittel sollen für die spender-

betreuende Krankenanstalt insofern Anreize setzen, eine potenzielle Organspenderin bzw. einen potenziellen Organspender auch tatsächlich an das jeweilige Koordinationszentrum zu melden, als der durch die Spenderpflege verursachte personelle und strukturelle Mehraufwand teilweise abgedeckt wird.

- Eine bundesweite Einrichtung von **regionalen Transplantationsreferenten** als Ergebnis des durchgeführten Pilotprojektes wurde als sinnvolle Maßnahme gesehen, um die Spenderzahlen nachhaltig zu steigern. Für die Region Nord führte daher der für das Pilotprojekt bestellte Transplantationsreferent seine Tätigkeit fort. Gleichzeitig wurde ein bundesweiter Ausbau dieser Maßnahme vorgesehen. Dadurch sollen die im Bundesländervergleich aufgewiesenen teilweise massiven Unterschiede der Meldungen potenzieller Organspender/innen an die Transplantationszentren (vgl. Tabelle 7.17) ausgeglichen und auf ein nachhaltig hohes Niveau angehoben werden.
- Ziel der Einrichtung **mobiler Hirntod-Diagnostik-Teams** ist es, flächendeckend die bestmögliche Hirntod-Diagnostik zu gewährleisten, wobei die Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates zur Hirntod-Diagnostik zu berücksichtigen sind. Derzeit bestehen zwei mobile Hirntod-Diagnostik-Teams, eines davon im AKH Wien für die Region Niederösterreich und Wien und ein weiteres in Oberösterreich (bestehend aus Ärztinnen und Ärzten sowie MTD der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg, des AKH Linz und des LKH Steyr). Das Wiener Team wird seitens des Trägers des AKH Wien vorgehalten. Das mobile Hirntod-Diagnostik-Team Oberösterreich wird seit dem Jahre 2000 durch das ÖBIG administriert. Sollte sich ein Bedarf nach zusätzlicher Infrastruktur im Bereich der Hirntod-Diagnostik zeigen, so ist auch in den Regionen Süd und West die Einrichtung mobiler Hirntod-Diagnostik-Teams vorgesehen.
- Zweckgewidmete **Kostensätze für die Koordinationsleistungen** der Transplantationszentren sollen die personelle Ausstattung der Koordinationszentren nachhaltig sichern. Auch hier wird empfohlen, diese Kostensätze zweckgewidmet einzusetzen. Weiters werden im Rahmen des Förderprogrammes die Kosten für die **Organtransporte** ersetzt.

Kommunikationsseminare - Das Gespräch mit den Angehörigen:

Trotz der rechtlichen Situation in Österreich, die Organentnahmen erlaubt, sofern nicht ein zu Lebzeiten abgegebener Widerspruch der potenziellen Organspenderin bzw. des potenziellen Organspenders vorliegt, werden des öfteren potenzielle Organspender/innen nicht an die jeweiligen Koordinationszentren gemeldet. Einer der Gründe dafür ist sicherlich das Unbehagen auf Seiten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und des Pflegepersonals, einer Organspenderin bzw. einem Organspender Organe zu entnehmen, ohne vorher mit den Angehörigen darüber zu sprechen. Dieses Gespräch gestaltet sich jedoch oftmals schwierig und ist belastend, so dass in manchen Fällen vorgezogen wird, auf die Organentnahme zu verzichten.

Das Ziel der Seminare ist die Erweiterung der Kommunikationskompetenz im Gespräch mit den Angehörigen unter besonderer Berücksichtigung schwieriger Gesprächssituationen im Zuge der Überbringung einer Todesnachricht und anschließender Information über die Organentnahme. Zusätzlich soll ein Beitrag zur Erhöhung der Akzeptanz von Organspenden in

der Bevölkerung geleistet werden. Die Zielgruppe dieser Seminare besteht grundsätzlich aus leitendem intensivmedizinischen Personal (Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal) sowie Personen, die im konkreten Fall die Information der Angehörigen wahrnehmen.

Im Jahr 2000 wurden zwei Initialveranstaltungen unter Beteiligung der Leiter/innen von verschiedenen Intensivseinheiten durchgeführt. Seit dem Jahr 2001 werden jährlich vier bis fünf Seminare organisiert und aus den Mitteln zur Förderung des Transplantationswesens unterstützt.

Einrichtung und Führung des Widerspruchregisters gegen Organspende:

Die Entnahme von Organen Verstorbener zum Zweck der Transplantation ist gesetzlich in den §§ 62a bis 62c KAKuG geregelt. In Österreich ist im Rahmen der sogenannten Widerspruchslösung die Explantation eines oder mehrerer Organe nur dann möglich, wenn der/die Verstorbene nicht zu Lebzeiten eine Organspende abgelehnt hat. Zur besseren Dokumentation eines möglichen Widerspruchs wurde im Jänner 1995 das Widerspruchregister gegen Organspende eingerichtet, dessen Führung von ÖBIG-Transplant und der Vergiftungsinformationszentrale wahrgenommen wird.

Die Zahl der Eintragungen in das zentrale Widerspruchregister betrug mit 31. Dezember 2002 rund 7.500 Personen. Damit ist die aktuelle Anzahl der Eintragungen gegenüber der österreichischen Gesamtbevölkerungsanzahl weiterhin eine relativ geringe Größe. Der Abbildung 7.9 ist die Entwicklung der jährlichen Eintragungen in das Widerspruchregister sowie der durchgeführten Abfragen von 1995 bis 31. Dezember 2002 zu entnehmen.

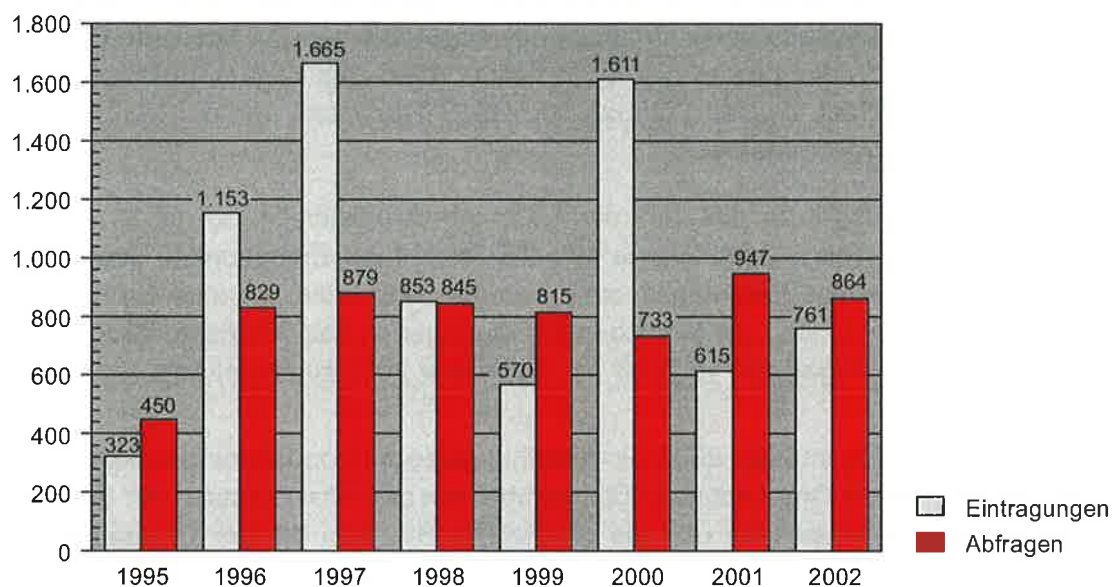
Wie bereits 1997 wurde im Jahr 2001 eine breit angelegte Informationskampagne zum Widerspruchregister gegen Organspende durchgeführt, um den Wissensstand der Bevölkerung über das Transplantationswesen und die gesetzliche Situation bei der Organentnahme in Österreich allgemein zu verbessern und über die Möglichkeit der Eintragung eines Widerspruches gegen Organentnahme zu informieren. Die zu diesem Zwecke produzierten Informationsfolder und -plakate wurden an niedergelassene Allgemeinmediziner/innen, Gemeindeämter, Krankenanstalten, Ambulanzen, Patientenanwältinnen und -anwälte, Apotheken und sonstige Adressen geschickt. Im Zuge dieser Informationskampagne wurden insgesamt 75.000 Informationsfolder mit dem Ersuchen ausgesendet, diese in für Interessierte zugänglichen Bereichen (Warteräumen, Eingangsbereiche, etc.) aufzulegen.

Dokumentation, Informations- und Datenaustausch:

- Jene Aufgaben, die für einen Datenaustausch zwischen den österreichischen Transplantationszentren notwendig sind, werden großteils von der Eurotransplant Foundation mit Sitz in Leiden (Holland) abgedeckt. Die dafür erforderlichen Daten werden von den Transplantationszentren direkt an Eurotransplant übermittelt. Jene Daten, die für das Arbeitsprogramm von ÖBIG-Transplant relevant und notwendig sind, werden seit dem Jahre 1992 gemäß einem Datenüberlassungsabkommen mit allen österreichischen Transplantationszentren an ÖBIG-Transplant übermittelt, wobei diese Daten keine personenbezogenen Angaben enthalten.

- Weiters existiert in Österreich seit 1993 eine Vereinbarung mit allen Transplantationszentren, dass ÖBIG-Transplant - zusätzlich zu den von Eurotransplant übermittelten Daten - für die Abwicklung der „Finanzierung des Organaufkommens“ Daten auch direkt von den Transplantationszentren zur Verfügung gestellt bekommt. So werden die Spenderprotokolle seitens der Koordinationszentren an ÖBIG-Transplant übermittelt und bilden die Basis für die Abrechnung der Fördermittel im Rahmen der Organspende. Die Informationen in den Spenderprotokollen sind nicht personenbezogen und enthalten keine Namen und Adressen.

Abbildung 7.9: Widerspruchregister gegen Organspende - jährliche Eintragungen und Abfragen 1995 bis 31. Dezember 2002



Quelle: ÖBIG-Transplant

- Seit 1994 wird eine eigene, auf den von Eurotransplant übermittelten Rohdaten basierende Datenbank zur Durchführung standardisierter Datenbankabfragen geführt, um im Bedarfsfall (beispielsweise bei Anfragen seitens gesundheitspolitischer Entscheidungsträger oder seitens der Medien) aktuelle Informationen über das gesamtösterreichische Transplantationsgeschehen zur Verfügung stellen zu können.

Erstellung von Analysen und Durchführung von Planungsarbeiten als Grundlagen für die Verhandlungsführung von Entscheidungsträgern im Transplantationsgeschehen:

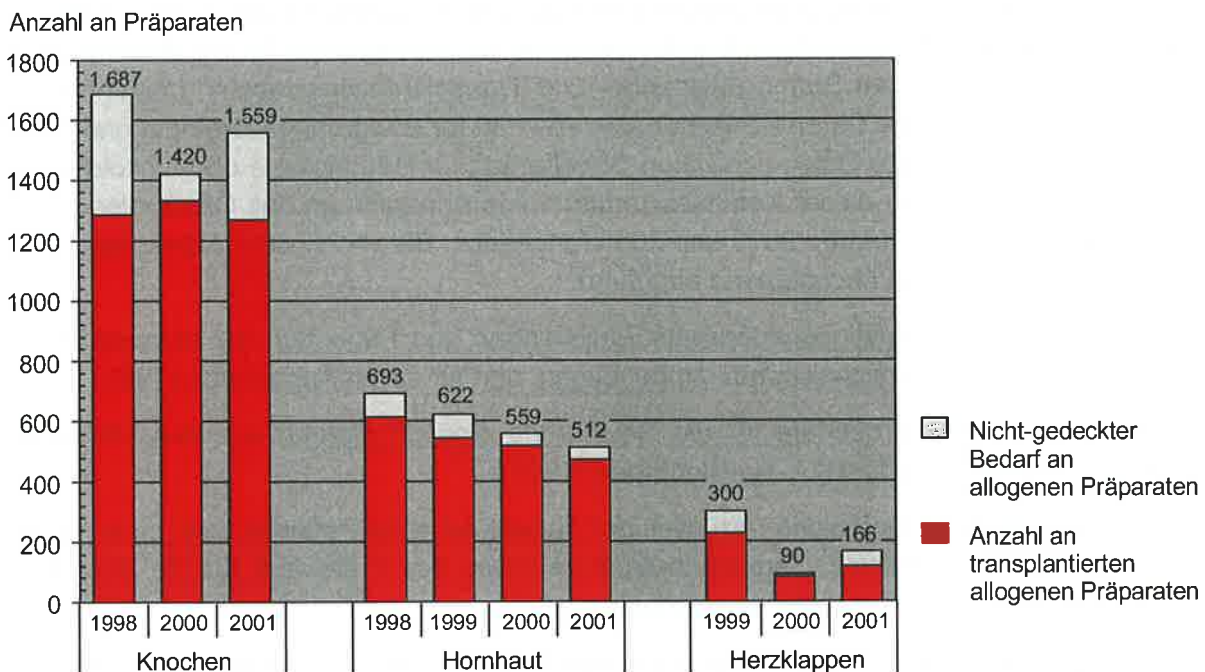
- Weiters werden seit dem Jahr 1993 - als Voraussetzung für das Ergreifen erforderlicher Maßnahmen (z. B. zur Förderung der Organspende) - laufend Analysen des Spenderaufkommens durchgeführt.
- Im Zusammenhang mit der vom ÖBIG im Auftrag der Strukturkommission des Bundes erarbeiteten detaillierten Leistungsangebotsplanung werden seit 1997 entsprechende Planungsarbeiten für die Bereiche Nieren- und Lebertransplantation, Dialyse sowie Stamm-

zelltransplantation durchgeführt, wobei die jeweiligen Planungsergebnisse in die aktuelle Version des ÖKAP/GGP integriert werden.

7.7.2.2 Gewebetransplantation

Angesichts der mangelnden Verfügbarkeit von Gewebepräparaten stand zu Beginn der Aktivitäten der Koordinationsstelle für Gewebetransplantation die Erhebung aussagekräftiger Daten bezüglich der Entnahme, Aufbereitung, Lagerung, Weiterleitung und Transplantation von Gewebepräparaten im Mittelpunkt. Im Rahmen dieser Erhebungen galt es, die Versorgungssituation in Österreich zu beurteilen und die erforderliche Anzahl an Gewebespenderrinnen und -spendern zu bestimmen. Zur Ermittlung eines Gesamtbedarfs wurden die jährlichen Transplantationsfrequenzen sowie der nicht-gedekte Bedarf an Gewebepräparaten erhoben. Im Zuge der Befragungen zeigt sich, dass der nicht-gedekte Bedarf nicht immer allein auf die unzureichende Verfügbarkeit von Gewebepräparaten, sondern auch auf organisatorische Mängel sowie - da Ersatzstoffe mitunter günstiger sind - auf finanzielle Gründe zurückzuführen ist.

Abbildung 7.10: Gesamtbedarf an Gewebepräparaten 1998 bis 2001 bzw. 1999 bis 2001 für die Gewebearten Knochen, Hornhaut und Herzklappen



Quellen: Erhebungen der Koordinationsstelle für Gewebetransplantation, ÖBIG

Sowohl im AMG als auch in der Betriebsordnung wird an mehreren Stellen auf den aktuellen Stand der Wissenschaft hingewiesen, der zur Beurteilung der Erfüllung von Qualitätsnormen herangezogen werden muss. Im Bereich der Gewebetransplantation spiegelt sich dieser insbesondere im Arzneibuch, in den Leitlinien der Europäischen Union zur Guten Herstellungspraxis (Good Manufacturing Practice, GMP) und zur Guten Laborpraxis (Good Laboratory Practice, GLP) sowie in den Leitlinien der internationalen Fachgesellschaften (wie etwa der European Association of Tissue Banks, EATB) wider. Aufbauend auf diesen nationalen und

internationalen Vorgaben und unter Einbeziehung von medizinischen Expertinnen und Experten wurden im Berichtszeitraum drei Richtlinien betreffend Gewebebanken erarbeitet und im Juli bzw. September 2002 in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung veröffentlicht:

- Richtlinien für Knochenbanken betreffend Gewebepräparate des Haltungsapparates (vgl. GZ 22.310/0-VIII/D/21/02)
- Richtlinien für Hornhautbanken (inkl. Sklera, Amnion sowie Pigmentepithel der Retina; vgl. GZ 22.321/1-VIII/D/21/02)
- Richtlinien für Homograftbanken (vgl. GZ 22.321/2-VIII/D/21/02)

Weiters wurden durch die Koordinationsstelle durchschnittliche Kostenersätze differenziert nach Gewebeart und Herstellverfahren als Richtwerte und zur Evaluation der bisher verrechneten Beträge bei der Verteilung von Gewebepräparaten an anfordernde Krankenanstalten kalkuliert.

7.7.2.3 Stammzelltransplantation

Im Auftrag des Gesundheitsressorts führte das ÖBIG im Jahr 1999 eine Studie zur Analyse und Evaluierung des österreichischen Stammzellspendewesens hinsichtlich organisatorischer Fragestellungen sowie zum Datentransfer und der Finanzierung durch. Im selben Jahr wurde zur Beratung der damaligen Bundesministerin die „Kommission für die Weiterentwicklung des Österreichischen Stammzellspende- und Transplantationswesens“ bestehend aus je sieben Mitgliedern der Österreichischen Gesellschaft für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin sowie der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie eingerichtet. Die Geschäfte dieser Kommission führte von Anbeginn an das ÖBIG; diese Tätigkeit wurde auch in den Jahren 2002 und 2003 fortgesetzt. Die wichtigsten Arbeitsergebnisse der Berichtsperiode sind nachstehend angeführt:

- Erstellung von Informationsmaterial für Patientinnen und Patienten, die einen/eine Knochenmark- bzw. Stammzellspender/in benötigen, und für deren Angehörige (1999)
- Entwicklung eines Prozedere für die Gewährung einer Förderung aus den Mitteln des Bundesstrukturfonds für HLA-Typisierungen (1999)
- Erarbeitung einer Empfehlung bezüglich der Zuweisung einer Patientin bzw. eines Patienten an ein Stammzelltransplantations-Zentrum sowie des Prozedere für die Stammzellspendersuche und Stammzelltransplantation (1999)
- Neuorganisation des Stammzellspendewesens (2000, 2001): Wie die Ergebnisse der Evaluierung des österreichischen Stammzellspendewesens im Jahr 1999 zeigten, entsprachen die damaligen Organisationsstrukturen im Stammzellspendewesen nicht internationalen Richtlinien, zumal der Verein „Geben für Leben - Knochenmarkspende Österreich“ zum damaligen Zeitpunkt sowohl die Funktion des nationalen Registers als auch jene der größten Spenderdatei in einer Institution vereinigte. Die erforderliche Trennung wurde im Jahr 2001 organisatorisch, buchhalterisch, EDV-mäßig und räumlich durch Gründung des Fonds „Österreichisches Knochenmark- und Stammzellspender-Register“ vollzogen, der seit dem Jahr 2002 die Aufgaben des nationalen Registers wahrnimmt. Der Verein „Knochenmarkspende Österreich“ führt weiterhin die Spenderdatei.

- Erstellen österreichischer Richtlinien (2000 bis 2002): Im Jahr 2000 wurden durch das Gesundheitsressort die „Richtlinien zur Transplantation von Stammzellen“ sowie Standards betreffend nichtverwandte Stammzellspender/innen als „Teil II: Nichtverwandte Spender“ dieser Richtlinien veröffentlicht (vgl. GZ 22.316/0-VIII/D/21/00 und GZ 22.316/2-VIII/D/21/01). Im Jahr 2001 wurde ein Teil III betreffend die Gewinnung, Lagerung, Manipulation und Anwendung von Nabelschnurstammzellen (Cord Blood) erarbeitet, der im Juni 2002 erlassen wurde (vgl. GZ 22.316/15-VI/B/21/02).
- Aktivitäten betreffend die autologe und allogene Einlagerung von Nabelschnurblut (2001, 2002): Aufgrund der stark zunehmenden und teilweise missverständlichen oder mangelhaften Berichterstattung in den Medien über die Einlagerung von Nabelschnurblut und der intensiven Bewerbung von Müttern seitens privater Nabelschnurblut-Banken in Österreich wurden diverse Maßnahmen zur Objektivierung der Thematik gesetzt.

Bereits im Jahr 2001 wurde seitens der Fachgesellschaften eine Stellungnahme zur „Lagerung (Kryokonservierung) von Nabelschnurstammzellen bei Neugeborenen zur eventuellen späteren Eigennutzung“ (autologe Plazenta-Restblut-Banken) erstellt, in der sich die Fachgesellschaften nach derzeitigem Stand des Wissens vorerst gegen ein flächendeckendes Programm zur Kryokonservierung von Nabelschnurstammzellen zum Eigengebrauch aussprechen. Weiters wurde von diesen Fachgesellschaften im Jahr 2002 eine Stellungnahme betreffend allogene Plazenta-Restblut-Banken in Österreich erarbeitet, in der die Verwendung öffentlicher Gelder für die klinische und experimentelle Forschung mit Nabelschnurstammzellen prinzipiell befürwortet wird, sofern diese nicht für den Aufbau einer flächendeckenden, derzeit nicht benötigten Plazenta-Restblut-Bank aufgewendet werden.

Um den Werbeaktionen privater Firmen objektive Informationsmaterialien entgegenzusetzen, wurde seitens des Gesundheitsressorts und der genannten Kommission die Erstellung eines Informationsfolders vorangetrieben. Der Text für diese Broschüre wurde im Jahr 2001 erarbeitet. Im Frühjahr 2002 wurde seitens des Gesundheitsressorts die Broschüre „Einfrieren von Nabelschnurblut - notwendig oder überflüssig?“ in einer Auflage von 40.000 Stück produziert und am 5. Juli 2002 im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt.

- Abrechnung der Fördermittel des Transplantationswesens: Entsprechend den Vorgaben der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG wurden im Bereich der Stammzellspende die Spenderzentren mit einem Kostenersatz für die Durchführung von HLA-A- und HLA-B-Typisierungen unterstützt, weiters erhielt das nationale Register Mittel in der Höhe von insgesamt € 36.336,42. Der primäre Zweck der Förderung von HLA-A- und HLA-B-Typisierungen ist die Erreichung und Aufrechterhaltung einer ausreichenden Anzahl an registrierten potenziellen Spenderinnen und Spendern in den österreichischen Spenderdateien.
- Wartung der österreichischen Spenderdateien: Die Spenderdateien wurden - mit Ausnahme der Wiener Datei - aufgrund des bestehenden Personalmangels in den Spenderzentren keiner regelmäßigen und systematischen Wartung unterzogen, weshalb die Anzahl an tatsächlich zur Verfügung stehenden Spenderinnen und Spendern nicht bekannt war. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2001 eine Bereinigung der Dateien um jene Personen, die dauerhaft nicht mehr als Stammzellspender/in zur Verfügung stehen, gefördert. Zu diesem Zweck wurde eine Informationsbroschüre verfasst und an alle in Österreich re-

gistrierten Stammzellspender/innen versendet. In dieser Informationsbroschüre wurde die Spenderin bzw. der Spender zunächst an die Eintragung in der Spenderdatei erinnert und über den Ablauf der Suche nach nichtverwandten Stammzellspenderinnen und -spender sowie die Arten der Stammzellspende informiert. Die Broschüre wurde mit einem Rücksendeabschnitt versehen, auf dem die registrierte Stamz Zellspenderin bzw. der registrierte Stammzellspender angeben konnte, ob sie oder er auch weiterhin als potenzielle Spenderin bzw. als potenzieller Spender zur Verfügung steht oder aus der Spenderdatei gestrichen werden möchte. Die Aussendung der Informationsbroschüre erfolgte im Februar 2002.

7.7.3 Ausblick

Organtransplantation

Die Jahre 2001 bis 2004 stehen im Zeichen der Umsetzung der Fördermaßnahmen im Rahmen der Förderung der Organspende. Im Jahr 2002 konnten für die Regionen Süd (Kärnten, Steiermark) und West (Tirol, Vorarlberg) weitere Transplantationsreferentinnen bzw. -referenten eingerichtet werden, um das Ziel einer Steigerung der Organspendermeldungen unter Verbesserung der strukturellen Voraussetzungen nachhaltig zu erreichen. Zukünftig ist auch die Fortführung der Organisation von Kommunikationsseminaren geplant. Weiters ist eine Evaluierung bzw. Überarbeitung der Richtlinien zur Hirntod-Diagnostik vorgesehen. Dabei sollen aktuelle Entwicklungen, wie beispielsweise hinsichtlich der transkraniellen Dopplersonographie oder zum Thema Barbituratspiegel, in den Richtlinien berücksichtigt werden.

Zur Ausbildung der Transplantations-Koordinatorinnen und -Koordinatoren werden zukünftig - finanziert aus den Mitteln zur Förderung des Transplantationswesens - jährlich zwei Personen, die im engsten organisatorischen Umfeld der Organspende und -transplantation tätig sind, an einem international angesehenen Trainingsprogramm teilnehmen können, das sich mit organisatorischen und wissenschaftlichen Fragestellungen rund um die Organspende befasst.

Weiters wird zu prüfen sein, wie jene derzeit in Entwicklung befindlichen Richtlinien und Empfehlungen seitens der EU und des Europarates (vgl. Council of Europe, Draft recommendation on organ trafficking, Juni 2003) auf österreichischer Ebene umgesetzt werden müssen.

Gewebetransplantation

Die zentrale Herausforderung im Bereich Gewebetransplantation wird in Zukunft darin liegen, die Entnahme, Aufbereitung, Lagerung und Verteilung von Knochen-, Hornhaut- und Herzklappenpräparaten auf jene Standorte zu konzentrieren, die in der Lage sind, die erforderlichen Qualitäts- und Sicherheitsstandards zu erfüllen und gleichzeitig eine ausreichende Versorgung der Patientinnen und Patienten in Österreich sicherzustellen. Weiters müssen Richtlinien für die übrigen Gewebearten und für den zunehmend an Bedeutung gewinnenden Bereich der Züchtung von Gewebe erstellt werden. Als Basis dafür soll die Verlaufsdocumentation auf die Bereiche Haut und Keratinozyten, Chondrozyten, Inselzellen und Dura mater ausgedehnt werden.

Zur Sicherstellung der Umsetzung der bereits vorliegenden Richtlinien ist es erforderlich, den Bereich der Inspektionen und Kontrollen auszuweiten. Im Zuge dessen gilt es auch, die gemäß § 63 Abs 1 AMG erforderlichen Betriebsbewilligungen an jene Gewebebanken zu erteilen, die den einschlägigen Normen entsprechen. Die Inspektionen müssen auch nach Erteilung einer Betriebsbewilligung regelmäßig wiederholt werden. Zur Unterstützung des Gesundheitsressorts sollen Amtsärztinnen und Amtsärzte für diesen Bereich geschult werden.

Auf EU-Ebene wird derzeit über den Vorschlag der Europäischen Kommission für eine „Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen“ (KOM (2002) 319 - 2002/0128(COD)) beraten. In diesem Vorschlag sind ebenfalls zahlreiche Dokumentations- und Kontrollverpflichtungen für das Gesundheitsressort als zuständiger Behörde vorgesehen, die nach Beschluss der Richtlinie binnen zwei Jahren umgesetzt werden müssen.

Stammzelltransplantation

- Für die Zukunft ist die Fortführung der Arbeiten der „Kommission für die Weiterentwicklung des Österreichischen Stammzellspende- und Transplantationswesens“ vorgesehen. Insbesondere im Bereich der Einlagerung von Nabelschnurstammzellen sind weitere Aktivitäten geplant.
- Das Erfordernis einer zukünftigen Förderung von HLA-A- und HLA-B-Typisierungen ist vor dem Hintergrund des Förderzwecks und der Höhe des für Österreich notwendigen Spendervolumens zu prüfen.

Weiters wird in den Jahren 2001 bis 2004 der Einsatz von Arbeitskapazitäten in den österreichischen Stammzelltransplantations-Zentren zur organisatorischen Unterstützung der Suche nach passenden Spenderinnen und Spendern gefördert.

7.8 Onkologische Versorgung

7.8.1 Ausgangslage

Wie die epidemiologische Entwicklung zeigt, stellen Krebskrankheiten nach wie vor ein Problem der Gesundheitsversorgung dar, vor allem in Hinblick auf die zunehmende Überalterung der Bevölkerung. Etwa 24 Prozent der Todesursachen sind auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen (siehe Kapitel 4).

7.8.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Um die Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten auf ein hohes Niveau zu stellen, wurden in den letzten Jahren u. a. auch organisatorische Bemühungen unternommen. Es wurden Qualitätskriterien hinsichtlich

- beruflicher Qualifikation des versorgenden Personals,

- Einrichtung und Ausstattung der die Therapien durchführenden Krankenanstalten,
- palliativ-onkologische Versorgung,
- Schmerzbehandlung sowie
- psycho-onkologische und psychosoziale Versorgung

definiert.

Für die onkologische Versorgung wurde ein dreistufiges Versorgungsmodell entwickelt:

- Stufe 1 - Onkologisches Zentrum (ONKZ)
- Stufe 2 - Onkologischer Schwerpunkt (ONKS)
- Stufe 3 - Internistische Fachabteilung mit Onkologie (ONKF)

Dieses dreistufige Modell fand durch Zuweisung von Krankenanstalten zu Versorgungsstufen Eingang in den ÖKAP/GGP.

Um dem wesentlichen Ziel der Interdisziplinarität in der Versorgung von Krebskranken mehr Gewicht zu verleihen, wurde gemeinsam mit den Fachgesellschaften der an der Krebsversorgung beteiligten medizinischen Sonderfächer eine Präzisierung der Strukturqualitätskriterien vorgenommen.

Pädiatrisch hämatologisch/onkologische Versorgung:

Im Berichtszeitraum wurde auch die Versorgung krebskranker Kinder und Jugendlicher zum Thema gemacht. Dabei wurde das Modell der pädiatrisch hämatologisch/onkologischen Zentren entwickelt.

An die Versorgung krebskranker Kinder und Jugendlicher sind hohe Anforderungen hinsichtlich personeller Qualifikation und Erfahrung, diagnostischer und therapeutischer Kenntnisse und räumlicher Ausstattung zu stellen.

Aus Gründen der Erreichbarkeit und unter Bedachtnahme auf die epidemiologische Lage sowie aus Gründen der Qualitätssicherung wurden für Österreich fünf Zentren vorgeschlagen.

Die Versorgung von krebskranken Kindern und Jugendlichen steht unter der Forderung, sowohl Diagnostik, Behandlung und Nachsorge in einem koordinierten und kooperierenden System zu sichern.

Kennzeichen der Versorgung von krebskranken Kindern und Jugendlichen ist, dass es sich bei dieser Krankengruppe vor allem in der Initialphase um Hochrisikopatientinnen und -patienten handelt, deren Erkrankung insbesondere auf Grund von Infektionsgefahren lebensbedrohlich ist. Sie bedürfen einer aufwändigen und umfassenden Spezialdiagnostik, eines schwierigen, personal- und zeitintensiven Versorgungsmanagements in den spezialisierten stationären und semistationären Einrichtungen. Von besonderer Bedeutung ist auch der nahtlose Übergang in eine professionelle Nachsorge. Dies bedeutet, dass die an der Versor-

gung beteiligten Berufsgruppen über besondere Spezialkenntnisse und Erfahrungen verfügen müssen.

Die angeführten Spezifika der Versorgung von krebskranken Kindern und Jugendlichen machen es erforderlich, die Diagnostik, Therapie und die Initialphase der Nachsorge in gesonderten Bereichen von Fachabteilungen der Pädiatrie anzusiedeln. Weiters ist es erforderlich, für diese Bereiche spezielle Kriterien der Strukturqualität zu definieren und Anhaltszahlen für das erforderliche Personal zu ermitteln.

Pädiatrisch hämatologisch/onkologische Zentren sind organisatorische Einheiten, die die medizinische, pflegerische und soziale Betreuung von krebskranken Kindern (ein bis unter 15 Jahre) und Jugendlichen (15 bis unter 19 Jahre) einer definierten Region durchführen, koordinieren und mit höchstmöglicher Qualität sicherstellen sollen. Dabei wird die Größe der Region mit 1,5 bis zwei Millionen Einwohner/innen angenommen.

In Zusammenarbeit mit Experten wurden Strukturqualitätskriterien für pädiatrisch hämatologisch/onkologische Zentren entwickelt, welche die personellen Qualifikationen und Berufsgruppen, die Vorhaltung diagnostischer Maßnahmen und Geräte, spezieller Einrichtungen und Ausstattungen für die onkologische Therapie und die erforderlichen stationären und semistationären Strukturen betreffen.

Therapie mit Radionukleiden:

In Österreich gibt es derzeit zehn Standorte mit nuklearmedizinischen Therapiebetten, an denen rund 2.500 Therapien mit Radionukleiden pro Jahr durchgeführt werden. Die Anzahl der unter den vorhandenen Kapazitäten jährlich leistbaren stationären Therapien beträgt über 3.000. Durch neue Therapieformen und die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur ist zwar generell ein Anstieg der stationären Therapiezahlen zu erwarten, durch das zu erwartende Absinken der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer kann aber das derzeitige Versorgungsniveau bei gleichzeitiger Beseitigung grober regionaler Versorgungsdisparitäten beibehalten werden.

Strahlentherapie:

Die Strahlentherapie (Tele- und Brachytherapie) ist ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung bestimmter Krebsarten. In Österreich gibt es zurzeit zwölf Standorte, an denen Strahlentherapien durchgeführt werden. Für die Behandlungen stehen insgesamt 32 Linearbeschleuniger, 16 Afterloading-Geräte und drei Kobalt-60-Teletherapie-Anlagen zur Verfügung. Neben geräteunterstützten Verfahren werden an einigen der Strahlentherapie-Abteilungen auch Brachytherapie-Verfahren (z. B. Prostata-Spikungen) mit umschlossenen radioaktiven Quellen durchgeführt.

7.9 In-vitro-Fertilisation

7.9.1 Ausgangslage

Aufbauend auf den im Kapitel „Rechtliche Grundlagen“ dargestellten Erfordernissen zur Qualitätssicherung und Kontrolle wurde in den Verträgen zwischen den Krankenanstalten und dem IVF-Fonds festgelegt, dass von den bundesweit mehr als 20 Vertragskrankenanstalten jedes Jahr folgende Qualitätskriterien erfüllt werden müssen:

- Zumindest 50 Versuche pro Jahr je Vertragskrankenanstalt;
- Nachweis einer Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion von zwölf Prozent für das Jahr 2000; im Zuge der Neuverhandlungen der Verträge wurde diese Qualitätskennzahl auf 18 Prozent Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion ab dem Jahr 2001 angehoben.

Das nunmehrige Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen mit dem Aufbau und der kontinuierlichen Führung und Verwaltung des IVF-Registers, mit der Bereitstellung von abrechnungsrelevanten Informationen für den IVF-Fonds und mit der Durchführung von Analysen auf Grundlage des registrierten Datenmaterials beauftragt.

7.9.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Mit Unterstützung des am ÖBIG eingerichteten wissenschaftlichen Beirates wurden im Jahr 1999 die Inhalte des einzurichtenden Registers definiert. Jede Vertragkrankenanstalt muss jeden Versuch eines Paares inkl. der geforderten Dokumentation an das Register melden.

Im Jahr 2000 wurden die Inhalte des IVF-Registers in einer EDV-Lösung umgesetzt, sodass alle IVF-Vertragskrankenanstalten sowie der IVF-Fonds online mittels Internet auf das IVF-Register zugreifen können. Der Zugang zum Register ist durch Zugangscodes und durch Passwörter geschützt; die Übermittlung der Daten an das Register erfolgt über eine gesicherte Verbindung (SSL).

Vom nunmehrigen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen wurde auch eine Informationsbroschüre für Betroffene erstellt, die Interessenten kostenlos zur Verfügung gestellt wird.

In den Jahren 2000 und 2001 wurden mit Unterstützung des IVF-Fonds 8.652 IVF-Versuche (3.926 im Jahr 2000, 4.726 im Jahr 2001) von 6.221 Kinderwunschaaren (2.938 im Jahr 2000, 3.283 im Jahr 2001) durchgeführt. Dies ergibt eine durchschnittliche Rate von 1,34 IVF-Versuchen je Frau im Jahr 2000 und eine Rate von 1,44 IVF-Versuchen je Frau im Jahr 2001. Im Jahr 2000 wurden IVF-Fonds-Versuche in 21 Vertragskrankenanstalten und im Jahr 2001 in 24 Vertragskrankenanstalten durchgeführt.

Die Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion lag im Jahr 2000 durchschnittlich bei 24 Prozent und im Jahr 2001 durchschnittlich bei 23 Prozent.

Tabelle 7.19: Anzahl der IVF-Versuche und Schwangerschaftsraten in den Jahren 2000 und 2001

Jahr	Anzahl Versuche	Anzahl Paare	Anzahl Follikelpunktion	Anzahl Schwangerschaften	Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion
2000	3.926	2.938	3.563	854	24,0 %
2001	4.726	3.283	4.333	986	22,8 %
Summe 2001+2001	8.652	6.221	7.896	1.840	23,3 %

Quelle: ÖBIG IVF-Register

7.9.3 Ausblick

Aufbauend auf die in den Jahren 2000 und 2001 gewonnenen Erfahrungen werden im Jahr 2002 die Inhalte des IVF-Registers angepasst und eine neue komfortablere und mit umfassenden Plausibilitätsprüfungen ausgestattete Dateneingabemaske implementiert.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Anzahl der Versuche in den nächsten Jahren auf konstantem Niveau bewegen wird, bei der Schwangerschaftsrate ist mit einem weiteren Anstieg zu rechnen.

7.10 Blut und Blutprodukte

7.10.1 Ausgangslage

Blut, Blutbestandteile sowie Blutprodukte fallen, soweit sie zur Anwendung am Menschen bestimmt sind, unter den Begriff „Arzneimittel“, und damit unter die Bestimmungen des österreichischen Arzneimittelrechtes. Das Arzneimittelgesetz (AMG BGBl 1983/185 i. d. g. F.) enthält Vorschriften betreffend die Herstellung und das Inverkehrbringen von Arzneimitteln und normiert entsprechende Qualitätsanforderungen. Detaillierte Betriebsvorschriften betreffend die Arzneimittelherstellung und -lagerung sind in der als Verordnung zum AMG erlassenen Betriebsordnung (BGBl 1986/518) enthalten. Informationen zum Blutsicherheitsgesetz 1999 und der Blutspenderverordnung sind dem Abschnitt 6.10 zu entnehmen.

Die Maßnahmen der letzten Jahre zielten insbesondere auf die Erhöhung der Sicherheit der Blutprodukte sowie auf die Implementierung blutsparender Maßnahmen ab.

7.10.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Zur Erhöhung der Sicherheit von Blutprodukten hat Österreich zusammen mit Deutschland als eines der ersten Länder in Europa die Durchführung des Hepatitis-C-Virus-Genom-Nachweises mittels der Nukleinsäureamplifikationsmethode (NAT) sowohl für Blutkomponenten als auch für Plasmapools zur Fraktionierung von Blutderivaten aus menschlichem Plasma verpflichtend vorgeschrieben (vgl. GZ 22.312/5-VIII/C/21/99 bzw. GZ 22.312/4-VIII/C/21/99). Die österreichischen Blutbanken und Herstellbetriebe führen darüber hinaus freiwillig auch den Genom-Nachweis für Hepatitis-B und HIV durch.

Weitere Erlässe des Ministeriums zur Erhöhung der Sicherheit von Blutspenden betreffen:

- Rückhalteproben für eventuelle Nachtestungen von Blut- und Plasmaspenden, Plasma-pools und Endprodukten (GZ 22.310/10-VIII/C/21/99)
- Import von Arzneyspezialitäten - Chargenfreigabezertifikat (GZ 22.312/1-VIII/C/21/99)
- Ausschluss von Blutspendern, die sich länger in Großbritannien aufgehalten haben; nv-Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) (GZ 22.312/10-VIII/C/21/99)
- nv-Creutzfeldt-Jakob-Krankheit und stabile Blutprodukte - Sicherheitsmaßnahmen (GZ 22.312/6-VIII/C/21/99)
- Umsetzung des Blutsicherheitsgesetzes, Hinweis auf Durchführungsmängel (GZ 22.313/8-VIII/D/21/00)
- Begründung, warum eine Anamnese bei Blutspendeaktionen von einem Arzt durchgeführt werden muss (GZ 22.313/9-VIII/D/21/01)
- Festlegung der zulässigen Abweichungen zur Messung der Körperkerntemperatur bei Spendern von biologischen Arzneimitteln (GZ 22.313/10-VIII/D/21/01)
- Satellitenbeutelssysteme (GZ 22.313/18-VIII/D/21/01)

Weiters wurde eine Leitlinie für mobile und stationäre Blutspendeaktionen inklusive einer Checkliste veröffentlicht (vgl. 22.313/15-VIII/D/21/01, 25. September 2001).

Zur Verringerung der Transfusionsrate wurden die in den österreichischen Krankenanstalten eingerichteten Blutdepots in den Jahren 1998 und 1999 Inspektionen durch Krankenanstalten-Kommissionen, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Bezirkshauptmannschaften bzw. Magistrate sowie von Bund und Ländern, unterzogen.

Die im Rahmen dieser Inspektionen gesammelten Erfahrungen flossen in die Erstellung von „Mindeststandards für Blutdepots“ ein, die Anforderungen an den Organisationsbereich des Blutdepots definieren und räumliche und technische Anforderungen an die Lagerung und den Transport festlegen. Die Mindeststandards für Blutdepots sowie eine Checkliste zur Selbstinspektion von Blutdepots wurden im Juni 2002 veröffentlicht und etablieren sich mittlerweile als Standard in den österreichischen Krankenanstalten.

Der Erfolg sämtlicher in Österreich durchgeführter Maßnahmen zeigt sich in einem generell sorgsameren und bewussten Umgang mit Blut und Blutprodukten, was sich auch in einer Reduktion der Anzahl an transfundierten Blutprodukten und einer deutlichen Verringerung der Verwurfrate widerspiegelt.

7.10.3 Ausblick

Trotz der Erfolge der letzten Jahre sind auch in Zukunft Bemühungen zur weiteren Erhöhung der Produktesicherheit zu setzen. Zur Reduktion der Transfusionsraten in Österreich wurden unterschiedliche Maßnahmen gesetzt, insbesondere konnte im Jahr 2002 der 1. Kongress für blutsparende Medizin in Wien organisiert werden. Weiters werden regelmäßig Schulungen zur Weiterbildung der Blutdepotbeauftragten organisiert oder unterstützt.

Zur Umsetzung der in §§ 75 ff. AMG festgelegten Meldepflicht von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) wurde das Österreichische Hämovigilanz-Register eingerichtet, das mit 1. 1. 2003 in Betrieb ging.

7.11 Arzneimittel

7.11.1 Aufgabenstellung

Eine Aufgabe des Gesundheitsressorts ist die Sicherstellung der Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen, unbedenklichen und therapeutisch wirksamen Arzneimitteln. Darüber hinaus sollen Arzneimittel kostengünstig zur Verfügung stehen. Zentrale Gesetze sind das Arzneimittelgesetz, das Arzneibuchgesetz, das Apothekengesetz sowie das Rezeptpflichtgesetz. Die Europäische Union sieht das Arzneimittelrecht als eine Angelegenheit des Binnenmarktes an und erlässt europarechtliche Vorgaben zur Harmonisierung der unterschiedlichen Standards in den Mitgliedstaaten. Österreich passt laufend seine Vorschriften an die diesbezüglichen EU-Richtlinien an.

7.11.2 Regelungen und Eckdaten

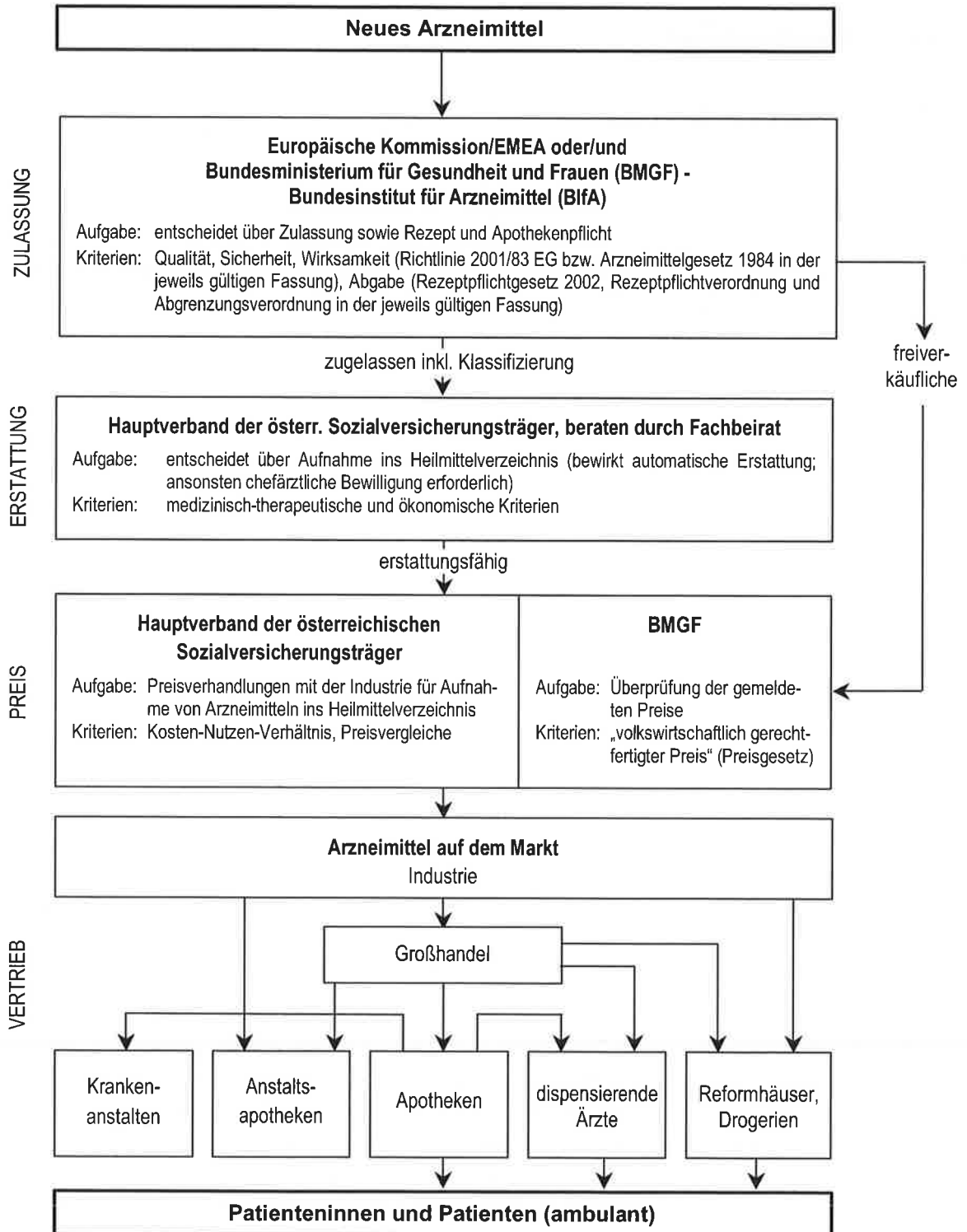
Arzneimittel unterliegen zahlreichen gesetzlichen Regelungen. In Abbildung 7.11 sind alle relevanten Stationen eines neuen Arzneimittels von der Zulassung bis hin zum Vertrieb skizziert.

Zulassung eines Arzneimittels:

Das Vorliegen einer behördlichen Zulassung ist Voraussetzung dafür, dass ein Arzneimittel in den Verkehr gebracht werden darf. Seit 1995 gibt es innerhalb der Europäischen Union drei Formen von Zulassungsverfahren:

- Das zentrale Zulassungsverfahren für „technologisch hochwertige“ und innovative Arzneimittel. Ein Antrag für die Zulassung dieser Arzneimittel ist bei der Europäischen Arzneimittelagentur in London (EMA) zu stellen. Nach einem Bewertungsverfahren durch den wissenschaftlichen Ausschuss für Arzneimittel (CPMP, Committee for Proprietary Medicinal Products), in dem jeder Mitgliedstaat durch zwei Delegierte vertreten ist, erteilt die Europäische Arzneimittelagentur die Zulassung, die für alle EU-Staaten gilt.
- Das dezentrale Verfahren oder gegenseitige Anerkennungsverfahren gilt für ein Arzneimittel, das in mehr als einem Mitgliedstaat der EU auf den Markt gebracht werden soll. Dieses Verfahren baut auf der Anerkennung einer bestehenden Erstzulassung in einem EU-Mitgliedstaat auf, dem sogenannten „Reference-Member-State“. Wenn ein Arzneimittel bereits in einem anderen EU-Mitgliedsland zugelassen ist und nunmehr z. B. auch in Österreich auf den Markt kommen soll, besteht die Möglichkeit, dieses Produkt auf Basis der bereits erteilten Erstzulassung in Österreich beschleunigt zuzulassen. Bei allfälligen Auffassungsunterschieden kommt es zu einem Schiedsverfahren auf EU-Ebene.

Abbildung 7.11: Arzneimittelsystem in Österreich



Quelle: ÖBIG 2001

- Die dritte Möglichkeit, ein Arzneimittel zuzulassen, ist das rein nationale Verfahren, das im Falle einer ausschließlichen Vermarktung in nur einem Mitgliedstaat in Anspruch zu nehmen ist.

In Österreich ist das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) die zuständige Stelle für die Erteilung einer Zulassung. Unterstützt wird das BMGF durch das Bundesinstitut für Arzneimittel. Das Bundesinstitut für Arzneimittel überprüft die eingereichten Unterlagen und Präparatemuster der Unternehmen auf die nach dem Arzneimittelgesetz geforderten Nachweise der Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit (vgl. Abbildung 7.11). Im Jahr 2001 waren 12.443 Humanarzneimittel in Österreich zugelassen. Tatsächlich im Handel befinden sich jedoch nur etwa die Hälfte aller zugelassenen Arzneimittel.

Klassifizierung eines Arzneimittels:

Im Rahmen der Zulassung entscheidet das BMGF auf Basis des Rezeptpflichtgesetzes und der Rezeptpflichtverordnung darüber, ob ein Arzneimittel rezeptpflichtig ist, das heißt, nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden darf. Auch über die Apothekenpflicht eines Arzneimittels wird vom BMGF im Rahmen der Zulassung entschieden, also ob das betreffende Arzneimittel nur über Apotheken vertrieben werden darf. Im Jahr 2001 waren rund 64 Prozent aller zugelassenen Humanarzneimittel als rezeptpflichtig klassifiziert.

In den letzten Jahren ist der Anteil rezeptpflichtiger Arzneimittel kontinuierlich zurückgegangen.

Erstattung eines Arzneimittels:

Die Übernahme eines Arzneimittels auf Kosten der Sozialversicherung wird als Erstattung bezeichnet. Nach den Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) müssen prinzipiell alle Arzneimittel, soweit sie „für eine ausreichende und zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Krankenbehandlung erforderlich sind“, von der Sozialversicherung erstattet werden. Bei den Erstattungsmodalitäten wird zwischen zwei Gruppen von Arzneimitteln unterschieden:

- Jene Arzneimittel, die im Heilmittelverzeichnis der Sozialversicherung aufgenommen sind, können von den Ärzten frei verschrieben werden. Das Heilmittelverzeichnis enthielt im Jahr 2001 2.972 Arzneimittel, das entspricht rund 60 Prozent der in Österreich im Handel befindlichen Arzneimittel.
- Die Übernahme der Kosten durch die Sozialversicherung für jene Arzneimittel, die nicht im Heilmittelverzeichnis angeführt sind, bedarf zusätzlich noch einer sogenannten chefärztlichen Bewilligung (Genehmigung durch die Krankenkasse).

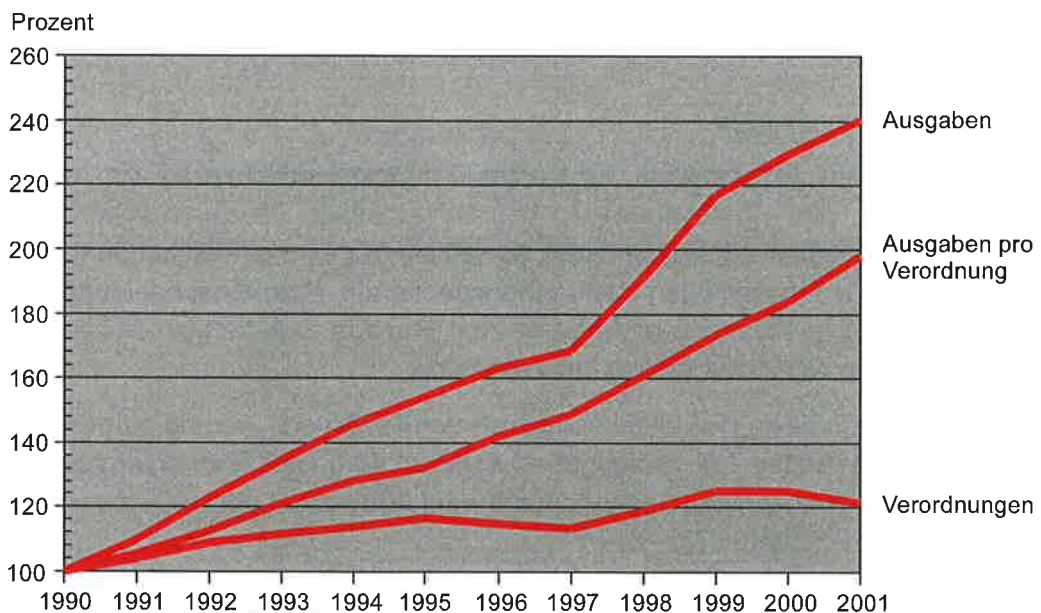
Von der prinzipiellen Erstattung sind Medizinalweine und alle weinhaltigen Zubereitungen, Mineral- und andere Wässer, Badezusätze ohne therapeutische Wirkung, Kosmetika, Mittel, die zur Reinigung oder Pflege der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle usw. dienen, sowie Färbemittel, weiters Mittel zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch und Mittel zur Anreizung bzw. Verstärkung des Sexualtriebes ausgenommen (taxative Negativliste).

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung ist zuständig für die Entscheidung einer Aufnahme eines Arzneimittels in das Heilmittelverzeichnis. Im Zuge des Aufnahmeverfahrens werden vom Hauptverband neben formalen auch medizinisch-therapeutische sowie ökonomische Kriterien zur Beurteilung herangezogen.

2001 wurden in Österreich rund 98 Millionen Arzneimittel-Packungen mit den Krankenversicherungsträgern verrechnet. Die Krankenversicherung gab damit im Jahr 2001 rund 1,7 Mrd. Euro (ohne Umsatzsteuer) für Arzneimittel aus. Gegenüber dem Vorjahr kam es zu einer Zunahme des Aufwandes im Ausmaß von rund 4,7 Prozent.

Der Aufwand der Krankenversicherung für Arzneimittel stieg von 1990 auf 2001 auf das 2,4-fache an, die Verordnungen auf das 1,2-fache. Die durchschnittlichen Ausgaben pro Verordnung stiegen auf etwas mehr als das Doppelte. Ein wesentlicher Teil der Aufwandszuwächse ist auf teure Arzneimittel zurückzuführen. Bei der Entwicklung der Verordnungen, die im Beobachtungszeitraum zurückging, ist zu beachten, dass jene Arzneimittel, deren Apothekenverkaufspreis unter der Rezeptgebühr liegt (Rezeptgebühr 2003: € 4,25), von den Krankenversicherungsträgern nur zum Teil erfasst werden.

Abbildung 7.12: Entwicklung der Ausgaben und der Verordnungen zu Lasten der Sozialversicherung 1990-2001 (indexiert: 1990 = 100)



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung 1991 bis 2002

Preise und Spannen für ein Arzneimittel:

Grundlage für die Regelung der Arzneimittelpreise ist das Preisgesetz 1992. Nach einer Vereinbarung der Sozialpartner hat sich die Handhabung des Preisgesetzes mit 1. September 1999 geändert. Die Pharma-Unternehmen müssen nunmehr von sich aus keinen Antrag auf Preisgenehmigung bzw. Genehmigung einer Preiserhöhung beim BMGF stellen. Anstelle

dessen wurde eine Meldeverpflichtung vereinbart. Das heißt, der Höchstpreis eines neuen Arzneimittels bzw. eine allfällige Preisänderung muss dem Ressort bekannt gegeben werden. Das Ressort kann im Anlassfall - z. B. wenn ein Preis überhöht erscheint - ein amtsweiges Verfahren einleiten. Als beratendes Organ steht dem Ressort die Preiskommission zur Verfügung.

Pharma-Unternehmen, die einen Antrag auf Aufnahme eines Arzneimittels in das Heilmittelverzeichnis stellen, verhandeln mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung über den Herstellerpreis. Wird das Arzneimittel im Rahmen des Evaluierungsprozesses sowohl aus medizinisch-therapeutischer als auch ökonomischer Sicht positiv beurteilt, wird es in das Heilmittelverzeichnis aufgenommen.

Der Großhandelsaufschlag wird vom BMGF in der Verordnung über die Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel festgelegt. Die Apothekenspanne ist mit der Österreichischen Arznei- taxe geregelt. Aufgrund von Sparmaßnahmen wurde im Jahr 2000 die Großhandelsspanne gesetzlich abgesenkt, bezüglich der Apothekenspanne ist es zu einer Vereinbarung zwischen der Sozialversicherung und der Apothekerkammer gekommen (sogenannte „Solidar- abkommen“).

Vertrieb eines Arzneimittels:

Die Abgabebestimmungen für Arzneimittel sind gesetzlich normiert. Der überwiegende Teil - etwa 90 Prozent der Arzneimittel - darf nur über Apotheken an Letztverbraucher abgegeben werden. Einige wenige rezeptfreie Arzneimittel dürfen in Drogerien und/oder Reformhäusern verkauft werden. Die Abgabe von Arzneimitteln in Selbstbedienung oder durch den Versandhandel ist ebenso wie Teleshopping gesetzlich verboten.

Neben den Apotheken fungieren die selbstdispensierenden bzw. hausapothekenführenden Ärztinnen und Ärzte noch als zweite Vertriebsschiene. Unter bestimmten Voraussetzungen dürfen praktische Ärztinnen und Ärzte Arzneimittel an ihre Patientinnen bzw. Patienten abgeben. Den hausapothekenführenden Ärztinnen und Ärzten kommt in der Arzneimittelversorgung ein hoher Stellenwert zu: Es gibt fast gleich viel hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte wie öffentliche Apotheken.

Zur Eröffnung einer öffentlichen Apotheke bedarf es einer behördlichen Genehmigung (Kon- zession). Nach einem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 2. März 1998 wurde die Neueröffnung einer Apotheke - vor allem in ländlichen Gebieten - erleichtert und für die Er- mittlung des Bedarfs folgende Kriterien festgelegt: Der Abstand zwischen einer neuen und einer bestehenden Apotheke muss mehr als 500 Meter betragen und das Versorgungspo- tenzial einer bestehenden Apotheke darf durch die Neuerrichtung nicht auf weniger als 5.500 Personen absinken.

Diese Regelung hätte zur Folge gehabt, dass bei der Neueröffnung einer Apotheke eine be- stehende Bewilligung zur Führung einer ärztlichen Hausapotheke im Umkreis von vier Kilo- metern zurückzunehmen wäre. Daraufhin wurde im Apothekengesetz eine Übergangsrege- lung von zehn Jahren für vor dem 1. Juni 1998 bestehende Hausapotheken geschaffen. Die- se Bestimmung erachtete der Verfassungsgerichtshof im Dezember 2000 als verfassungswidrig und hob sie auf. Nach massiven Auseinandersetzungen zwischen Apotheker- und

Ärztekammer über das zukünftige Verhältnis von ärztlichen Hausapotheken zu öffentlichen Apotheken kam Ende Januar 2001 folgender Kompromiss zustande:

- In Regionen, in denen im Umkreis von vier Kilometern mehr als 5.500 Personen zu versorgen sind, wird die Genehmigung für die Inbetriebnahme einer öffentlichen Apotheke erteilt. Bestehende ärztliche Hausapotheken sind, nach einer Übergangsfrist von drei Jahren nach Konzessionserteilung an eine öffentliche Apotheke, zu schließen.
- An Standorten, an denen im Umkreis von vier Kilometern weniger als 5.500 Personen zu versorgen sind, besorgt die Arzneimittelabgabe die ärztliche Hausapotheke. Besteht keine Hausapotheke, ermöglicht das Gesetz, dass eine öffentliche Apotheke eröffnen kann.

Ende 2001 gab es 1.126 öffentliche Apotheken (exklusive 20 Filialapotheken - jede öffentliche Apotheke darf maximal eine Filialapotheke betreiben), gegenüber 1999 kam es zu einer Zunahme von 40 Apotheken. Die Anzahl der hausapothekenführenden Ärztinnen und Ärzte betrug Ende 2001 982, im Jahr 1999 waren es 987. Die Versorgungsdichte hat sich in den letzten Jahren leicht erhöht. So entfallen auf eine Abgabestelle (öffentliche Apotheke und hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte) durchschnittlich 3.850 Einwohner.

In Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten sind nach dem Krankenanstaltengesetz Anstaltsapotheken einzurichten. Ende 2001 gab es 50 Krankenhausapotheken (1999: 51), wobei fünf davon auch gleichzeitig eine öffentliche Apotheke betreiben. Die Krankenhausapotheken dürfen jedoch die Arzneimittel nur an die Patientinnen und Patienten ihrer jeweiligen Krankenanstalt abgeben. Etwa 15 Prozent aller Spitäler verfügen über eine eigene Apotheke. Alle Krankenanstalten, die über keine eigene Apotheke verfügen, beziehen die Arzneimittel aus einer öffentlichen Apotheke.

7.11.3 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Im Folgenden werden wichtige, den Berichtszeitraum betreffende Aktivitäten des Ressorts dargestellt:

- Änderung der Handhabung des Preisgesetzes: Mit 1. September 1999 ist anstelle des Preisfestsetzungsverfahrens ein Preismeldeverfahren etabliert worden. Der Preis eines neuen Arzneimittels oder eine allfällige Preisänderung muss dem Ressort nur mehr mitgeteilt werden. Bei erhöhten Preisen besteht nach wie vor die Möglichkeit eines amtswegigen Preisverfahrens.
- Mit 20. April 2000 trat ein neuer Gebührentarif für die Zulassung von Arzneimitteln in Kraft (Verordnung über den Gebührentarif gemäß dem Arzneimittelgesetz). Mit dieser Verordnung sind die Tarife für die Zulassung von Arzneimitteln gegenüber der letztmaligen Erhöhung im Jahr 1996 deutlich angehoben worden.
- Mit 1. Juni 2000 wurden die Spannen im pharmazeutischen Großhandel amtlich gesenkt. Zuvor sind Verhandlungen zwischen pharmazeutischem Großhandel und Sozialversicherung zwecks Einsparungen ergebnislos abgebrochen worden.
- Mit der Novelle des Krankenanstaltengesetzes 2000 dürfen Krankenanstalten, die über keine eigene Anstaltsapotheke verfügen, ihre Arzneimittel aus jeder Apotheke im EWR-

Raum beziehen, das heißt, sie dürfen nunmehr ihre Arzneimittel auch aus einer Anstaltsapothek eines anderen Krankenhauses einkaufen (zuvor war es nur aus einer öffentlichen Apotheke möglich).

- Durch eine Novelle zum Arzneimittelgesetz, BGBl I 2002/33, wurden die gesetzlichen Voraussetzungen für die weitere Umsetzung der von der Republik Österreich ratifizierten Anti-Doping-Konvention (BGBl 1991/451) geschaffen und in einem umfassenden Ansatz zusätzlich zu den weiterhin bestehenden Sanktionsmöglichkeiten der Sportverbände Maßnahmen zur Verhinderung des missbräuchlichen Einsatzes von Arzneimitteln zu Dopingzwecken getroffen. Darüber hinaus wurde die Vorgangsweise hinsichtlich des Parallelimportes von Arzneimitteln explizit in das Arzneimittelgesetz übernommen und in Umsetzung der Richtlinie 98/27/EG eine Klagsmöglichkeit der Verbraucherschutzverbände für Verstöße gegen die arzneimittelrechtlichen Werbebestimmungen geschaffen.
- Mit dem Arzneiwareneinfuhrgesetz 2002, BGBl I 2002/28, erfolgte die Ausrichtung der arzneiwareneinfuhrrechtlichen Bestimmungen an der Verordnung über die zolltarifliche und statistische Nomenklatur sowie den Gemeinsamen Zolltarif und eine Berücksichtigung der im Rahmen des sogenannten zentralen Genehmigungsverfahrens für Arzneimittel ergehenden, in allen Mitgliedstaaten geltenden Zulassungsentscheidungen. Weiters wurde ein Meldesystem für Arzneiwaren aus dem Europäischen Wirtschaftsraum etabliert.
- Mit dem Apothekerkammergesetz 2001, BGBl I 2001/111, wurde dem Bedarf an einer Neugestaltung der gesetzlichen Grundlage für die berufliche Selbstverwaltung der Apotheker Rechnung getragen.
- Das Gehaltsskassengesetz 2002, BGBl I 2002/154, enthält eine Modernisierung der gesetzlichen Grundlagen für die Pharmazeutische Gehaltsskasse bei gleichzeitiger Beibehaltung des bewährten Systems der Besoldung angestellter Apotheker/innen über die Gehaltsskasse.
- Novelle zum Rezeptpflichtgesetz, BGBl I 2002/139, mit folgenden Regelungsschwerpunkten: Gebot einer der festgelegten Einstufung entsprechenden Abgabe auch für rezeptfreie Arzneispezialitäten, Adaptierung der Verschreibungserfordernisse im Lichte des elektronischen Datenverkehrs.
- Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen betreffend die Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Meldepflicht-Verordnung), BGBl II 2002/457: Durch die neue Meldepflicht-Verordnung erfolgte die Umsetzung der europäischen Pharmakovigilanzbestimmungen im Human- und Tierarzneimittelbereich.
- Einrichtung der Unabhängigen Arzneimittelkommission: Aufgrund des Urteils des Europäischen Gerichtshofs vom 27. November 2001, in dem die mangelhafte Umsetzung der Transparenzrichtlinie (Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme) durch Österreich festgestellt wurde, musste die Verfahrensordnung für die Aufnahme von Arzneimitteln in das Heilmittelverzeichnis neu geregelt werden. Dies erfolgte mit der 60. ASVG-Novelle vom 20. August 2002. Im Zuge der Änderung der Verfahrensordnung für die Aufnahme von Arzneimitteln in das Heilmittelverzeichnis wurde zur Überprüfung der Entscheidungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversi-

cherungsträger über die Aufnahme von Arzneimitteln in das Heilmittelverzeichnis beim BMGF eine Unabhängige Heilmittelkommission eingerichtet. Die Unabhängige Heilmittelkommission ist als Kollegialorgan mit richterlichem Einschlag eingerichtet.

Zur Erlangung von Entscheidungshilfen gab das Ressort im Berichtszeitraum eine Reihe von Untersuchungen zum Arzneimittelwesen in Auftrag (siehe auch Quellenverzeichnis am Ende des Abschnitts):

- Untersuchung über Generika (ÖBIG 1999): Generika sind Arzneimittel mit patentfreien Wirkstoffen, die im Allgemeinen preislich günstiger sind als das Originalpräparat. Die ÖBIG-Untersuchung erbrachte, dass in Österreich noch wenig Generika verwendet werden. Die Berechnungen zeigten, dass durch den verstärkten Einsatz von Generika die Krankenkassen beträchtliche Einsparungen lukrieren könnten.
- Eine Studie des ÖBIG aus dem Jahr 2000 zeigt die Chancen und Gefahren des Vertriebs von Arzneimitteln im Internet auf.
- Eine EU-weite Untersuchung zu Sparmaßnahmen und deren Wirkungen in den Mitgliedsländern der Europäischen Union im letzten Jahrzehnt (ÖBIG 2001).

PPI - ÖBIG-Servicestelle für Arzneimittelpreise

- Im Auftrag des Ressorts wurde das ÖBIG-Service zu Arzneimittelpreisen in der Europäischen Union (PPI) aufgebaut und als laufende Dienstleistung eingerichtet. Im Rahmen des PPI-Services können Informationen über die Arzneimittelpreise in allen EU-Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellt werden. Die Preisvergleiche werden vom BMGF als auch vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung als Entscheidungsunterstützung bei den Preisverhandlungen herangezogen. Das PPI-Service verbessert die Transparenz am Arzneimittelmarkt und leistet darüber hinaus einen wertvollen Beitrag zu Einsparungen im Arzneimittelsektor.

7.11.4 Ausblick

In den letzten Jahren ist es zu zahlreichen Neuregelungen und Änderungen im Arzneimittelrecht gekommen. Insbesondere handelte es sich dabei um Maßnahmen zur Kostendämpfung (Spannensenkung beim Großhandel, Aufbau eines ÖBIG-Service zu Arzneimittelpreisen, Studie zu Einsparpotenzialen durch Generika...) sowie um Maßnahmen, die vor allem europäische Vorgaben im Arzneimittelwesen umsetzen (z. B. Anti-Doping-Konvention, Klagsmöglichkeit der Verbraucherschutzverbände, Adaptierungen des Arzneiwareneinfuhrgesetzes, Umsetzung der europäischen Pharmakovigilanzbestimmungen, Einrichtung der Unabhängigen Heilmittelkommission...).

Zur Zeit in Vorbereitung ist eine große Novelle zum Arzneimittelgesetz. Das Gesetzesvorhaben dient vorwiegend der Umsetzung der Richtlinie 2001/20/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. April 2001 (ABl. Nr. L 121/34 vom 1. Mai 2001) zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln.

Mit dieser Novelle soll ein genaues Verfahren vor Beginn einer klinischen Prüfung für Ethik-Kommissionen und zuständige Behörde festgelegt werden sowie die Einführung bestimmter Verfahrensfristen erfolgen; weiters sollen Bestimmungen über multizentrische Prüfungen, Änderungen bei der Durchführung einer klinischen Prüfung, Regelungen über den Schutz von Prüfungsteilnehmern, insbesondere von Minderjährigen und nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen, die Schaffung einer Europäischen Datenbank für klinische Prüfungen und Berichte über unerwünschte Ereignisse und schwerwiegende Nebenwirkungen in das Arzneimittelgesetz aufgenommen werden.

Quellen

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2001)
Das Gesundheitswesen in Österreich. Wien, Oktober 2001

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.)
Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2002. Wien, April 2002

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung 1991 bis 2002

ÖBIG 2000
E-Pharma. Arzneimittelvertrieb im Internet. Wien, August 2000

ÖBIG 2000
Generika. Wien, Juli 2000

ÖBIG 2001
Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union. Wien, November 2001

ÖBIG 2001
Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. Länderportrait Österreich. Wien, Dezember 2001

ÖBIG 2003
Arzneimittel. Distribution in Skandinavien. Wien 2003

ÖBIG 2003
Kostenfaktoren in der tierärztlichen Hausapotheke. Wien 2003

Österreichische Apothekerkammer (Hrsg.)
Die Apotheke in Zahlen. Wien 2000, 2001, 2002, 2003

7.12 Medizinprodukte

7.12.1 Ausgangslage

Unter der Vielfalt an Medizinprodukten haben in den vergangenen Jahren speziell die In-vitro-Diagnostika (= medizinische Labordiagnostika und Laborgeräte) große Bedeutung erlangt, da durch ihren Einsatz immer frühere, bessere und verlässlichere Informationen für die Diagnose und Therapieüberwachung von Patientinnen und Patienten gewonnen werden können. Auf europäischer Ebene wurde dieser Entwicklung durch die Richtlinie 98/79/EG Rechnung getragen, welche für die In-vitro-Diagnostika (IVD) allgemeine Sicherheits- und Leistungsanforderungen, ein neues europäisches Zulassungsverfahren sowie Kontrollmechanismen festlegt.

Diese Richtlinie sieht auch ein Beobachtungs- und Meldeverfahren zur Verbesserung der Marktüberwachung und des Verbraucherschutzes vor, welches den zuständigen Behörden vor allem in Dringlichkeitsfällen ermöglichen soll, sich mit den Medizinprodukte- und IVD-Herstellern oder ihren in der Gemeinschaft niedergelassenen Bevollmächtigten umgehend in Verbindung zu setzen. Da zu diesem Zweck die für Medizinprodukte bzw. IVD relevanten Daten in den Mitgliedstaaten laufend erhoben werden müssen, ergab sich daraus auf nationaler Ebene für Österreich die Notwendigkeit, ein Register für Medizinprodukte einzurichten und darin die in diesem Staat ansässigen Personen und Firmen, welche für das erstmalige Inverkehrbringen von Medizinprodukten oder IVD im Europäischen Wirtschaftsraum verantwortlich sind, datenmäßig zu erfassen.

7.12.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Durch die Novelle BGBl I 1999/117 wurde im Berichtszeitraum die notwendige Anpassung des Medizinproduktegesetzes (MPG BGBl 1996/657) an die Bestimmungen der Richtlinie 98/79/EG vorgenommen, wobei insbesondere den in dieser IVD-Richtlinie enthaltenen allgemeinen Sicherheits- und Leistungsanforderungen an In-vitro-Diagnostika, dem neuen europäischen Zulassungs- und Klassifizierungssystem sowie den Kontrollmechanismen Rechnung getragen wurde. In der Folge ergab sich durch diese Adaptierung des MPG auch der Bedarf an einer Neufassung der Verordnungen „Klassifizierung von Medizinprodukten“ und „Grundlegende Anforderungen an Medizinprodukte“, dem der Gesetzgeber durch Verlautbarung der neugefassten Verordnungen in den BGBl II 2000/381 bzw. BGBl II 2001/9 entsprochen hat.

Zur konkreten Realisierung der mit der MPG-Novelle BGBl I 1999/117 speziell für die Hersteller, Sonderanfertiger oder Importeure von Medizinprodukten/IVD sowie die Bevollmächtigten von außerhalb des EWR ansässigen Medizinproduktsherstellern normierten Registrierungspflicht hat das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) im Jänner 2000 das ÖBIG mit der Einrichtung und Führung des Österreichischen Medizinproduktregisters beauftragt. Im Zuge dieses langfristig angelegten Projekts waren vom ÖBIG im Jahr 2000 die beim Auftraggeber vorhandenen Registerdaten zu übernehmen, datenbankmäßig aufzubereiten, entsprechend auszuwerten sowie ein Konzept für eine möglichst zeit- und ressourcensparende (Neu-)Erhebung dieser durch die Bestimmungen der

Richtlinie 98/79/EG ergänzungsbedürftig gewordenen Registerdaten zu entwickeln. In der Folge wurden auch die Vor- und Nachteile verschiedener Datenerhebungsmodelle insbesondere hinsichtlich Funktionalität, Anforderungen, Implementations-, Bedienungs- und Ressourcenaufwand geprüft und die voraussichtlichen Kosten der laufenden Registerführung geschätzt.

Nachdem sich im Zuge dieser Untersuchungen die Datenerhebung mittels eines Web-Site-Eingabeformulars als beste Lösung aus ökonomischer wie auch organisatorischer Sicht herausgestellt hat, hat das ÖBIG unter Berücksichtigung aller Vorgaben für den geplanten Datentransfer an die geplante Europäische Datenbank für Medizinprodukte ein entsprechendes Erhebungskonzept auf Internet-Basis erstellt. Im Jahr 2001 wurde dieses Konzept, bei dem die Daten von den meldepflichtigen Firmen in Form einer Selbstregistrierung via Internet unter der Web-Site „<http://medizinprodukte.oebig.at>“ eingegeben werden sollen, vom ÖBIG im Auftrag des BMSG EDV-technisch umgesetzt. Diesem Konzept wurden die Klassifizierungssysteme UMDNS (Universal Medical Device Nomenclature) für die Medizinprodukte und EDMS (European Diagnostic Market Statistics) für IVD zugrunde gelegt. Besonderes Augenmerk wurde auf die Einhaltung aller Datenschutzbestimmungen gelegt, sodass nur ein mit Kennwort autorisierter Benutzerinnen und Benutzer zur Registrierung, Bearbeitung, Einsicht und zum Ausdruck seiner eigenen Registrierungsdaten berechtigt ist.

Vor der Inbetriebnahme der Web-Site des österreichischen Medizinprodukteregisters haben das BMSG und das ÖBIG gemeinsam im Jahr 2001 eine umfassende Informationskampagne gestartet, bei welcher die Wirtschaftskammer Österreich als zentrale Ansprechpartnerin für alle registrierungspflichtigen Firmen fungierte. Anlässlich dieser Kampagne wurden speziell die zuständigen Repräsentantinnen und Repräsentanten aller fachlich betroffenen Innungen und Sektionen der Wirtschaftskammer Österreich zu entsprechenden Präsentationsveranstaltungen sowie zum Test der Medizinprodukte-Web-Site eingeladen und ihnen auch die notwendigen Informationsmaterialien für die Durchführung der Selbstregistrierungen im österreichischen Medizinprodukteregister zur Verfügung gestellt.

7.12.3 Ausblick

Seit der Freischaltung der Web-Site „<http://medizinprodukte.oebig.at>“ am 2. Jänner 2002 wird das Österreichische Register für Medizinprodukte vom ÖBIG geführt, wobei den registrierungspflichtigen Benutzerinnen und Benutzern über die Medizinprodukte-Hotline (Mo-Fr, 9-17 Uhr) Hilfe und Informationen angeboten werden. Zum Ende des Jahres 2002 hatten bereits 610 Firmen von dieser Selbstregistrierung Gebrauch gemacht und insgesamt etwa 2.170 Medizinprodukte (davon 364 IVD) gemeldet. Parallel dazu gibt es Bestrebungen auf europäischer Ebene, eine zentrale Datenbank für Medizinprodukte inklusive IVD mit dem Namen EUDAMED, in der auch Vigilanzdaten erfasst werden sollen, aufzubauen.

7.13 Öffentlicher Gesundheitsdienst

7.13.1 Ausgangslage

Begriffsbestimmung:

Das Gesundheitswesen allgemein umfasst alle Einrichtungen und Personen, die die Gesundheit der Bevölkerung fördern, erhalten und wiederherstellen sollen. Das öffentliche Gesundheitswesen ist jener Teil des Gesundheitswesens, der von unmittelbaren oder mittelbaren Trägern der Staatsverwaltung oder durch Einrichtungen wahrgenommen wird, die vom Staat errichtet oder getragen werden. Innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens ist der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) jener Teil, der die Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben und Interessen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens - inklusive der damit zusammenhängenden Untersuchungstätigkeit - innehat.

Diese Definition des öffentlichen Gesundheitsdienstes macht auch deutlich, dass es sich hierbei um einen dritten Sektor des Gesundheitswesens - neben intra- und extramuralem Bereich - handelt, der eigenständige Aufgaben zu erfüllen hat. Diese umfassen alle Maßnahmen, die der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung im allgemeinen dienen.

Rechtliche Situation:

Nach § 41 Ärztegesetz 1998 sind Amtsärztinnen und -ärzte hauptberuflich bei einer Sanitätsbehörde tätige Ärztinnen und Ärzte, die behördliche Tätigkeiten zu vollziehen haben. Der öffentliche Gesundheitsdienst umfasst natürlich auch andere Berufsgruppen; der größte Teil der Aufgaben betrifft allerdings (noch) den amtsärztlichen Dienst, sodass in der Folge hauptsächlich von diesem berichtet wird.

Zahl der Amtsärztinnen und Amtsärzte:

Die meisten Amtsärztinnen und Amtsärzte sind bei den Bezirksverwaltungsbehörden, den städtischen Magistraten und den Landesbehörden beschäftigt. Nur ein geringer Teil steht im bundesstaatlichen Dienst. Die Gesamtzahl der Amtsärztinnen und Amtsärzte beträgt seit Jahren relativ unverändert ca. 300. Die Zahlen verdeutlichen, dass weniger als ein Prozent aller Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig ist. Die vor Ort tätigen Amtsärztinnen und Amtsärzte betreuen durchschnittlich zwischen 30.000 und 60.000 Einwohner/innen. Zur Unterstützung haben sie auf Bezirksebene meist ein bis zwei nicht-akademische Fachpersonen (in den meisten Fällen Gesundheitsaufseher/innen oder Desinfektorinnen und Desinfektoren). Auf Landesebene ist eine Ausweitung des ÖGD auf andere Professionen bereits weiter fortgeschritten. So wurden in einzelnen Landessanitätsdirektionen Pflegekräfte eingestellt und für ihre Aufgaben im ÖGD geschult.

Ausbildung:

Voraussetzung für eine hauptberufliche Anstellung bei einer Sanitätsbehörde als Amtsärztin bzw. als Amtsarzt sind das ius practicandi sowie die Absolvierung des Physikatskurses mit abschließender Physikatsprüfung. Der Physikatskurs wird an den Standorten der medizini-

schen Fakultäten Graz, Innsbruck und Wien angeboten und von den entsprechenden Landessanitätsdirektionen organisiert.

Aufgabenbereich:

Der amtsärztliche Aufgabenbereich umfasst alle Maßnahmen, die der Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen dienen. Dabei können folgende sechs Bereiche definiert werden:

- Fachaufsicht und sanitäre Aufsicht über Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Gesundheitsaufsicht und Hygieneüberwachung
- Gesundheitlicher Umweltschutz und Umweltmedizin
- Amtsärztlicher Dienst
- Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung
- Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung

Es kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst also die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Gesamtgesellschaft oder spezieller Bevölkerungsgruppen zu, während die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im individualmedizinischen Bereich und in der Individualvorsorge tätig werden.

Bundesstaatliche Untersuchungsanstalten:

Im Rahmen der Bundesverwaltung stehen dem ÖGD bundesstaatliche Untersuchungsanstalten zur Verfügung. Diese führen Labor-Untersuchungen in den verschiedenen Bereichen für die Gesundheitsverwaltung durch.

7.13.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Aufgrund der dezentralen Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden die meisten Aufgaben von den Bezirks- und Landesbehörden im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung für den Bund durchgeführt. Über ihre Aktivitäten geben sie in den Landessanitätsberichten Auskunft. Diese werden zunehmend zu Gesundheitsberichten umgestaltet. Dabei kam das damalige Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales seiner Koordinationsfunktion nach und beauftragte 1998 das ÖBIG mit der Erstellung eines Konzeptvorschlages für die Gestaltung von Länder-Gesundheitsberichten¹. Ziel der Studie war es, die Vergleichbarkeit der Länder-Gesundheitsberichte zu ermöglichen. Darüber hinaus sollten die absehbaren Vorgaben der EU berücksichtigt werden. Das Konzept wurde 1999 fertiggestellt und in der Folge im Rahmen der Landessanitätsdirektorenkonferenz diskutiert. In den Jahren 2000-

¹ Die Erstellung des Konzeptes war ein erster Umsetzungsschritt nach Abschluss der im Auftrag des Ressorts erstellten Studie „Neu-Positionierung“ des ÖGD (vgl. GBNR 2000)

2002 erstellten sechs Bundesländer ihren jeweiligen Landesgesundheitsbericht in Anlehnung an dieses Konzept gemeinsam mit dem ÖBIG.

Ein wichtiger Aufgabenbereich im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von übertragbaren Krankheiten sind Impfungen. Im Jahr 1999 wurde durch den Bund österreichweit ein neues Impfkonzept eingeführt, welches eine unentgeltliche Immunisierung aller Säuglinge und Kinder bis zum 15. Lebensjahr mit allen vom Obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen (das sind Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hämophilus Influenzae B, Hepatitis B, Poliomyelitis, Masern, Mumps und Röteln) anstrebt. Die Realisierung dieses Konzepts soll durch Übernahme der Impfstoffkosten durch den Bund (zu 2/3), die Krankenversicherungsträger (1/6) und die Länder (1/6) ermöglicht werden; das Impfhonorar ist von den Ländern aufzubringen.

In der Folge wurde in (fast) allen Bundesländern die Impfdokumentation auf EDV umgestellt. In diesem Zusammenhang wurde das ÖBIG vom Gesundheitsressort beauftragt, im Rahmen seiner Arbeiten zum Österreichischen Gesundheitsinformationssystem (ÖGIS) eine Darstellung der Impfdokumentation in Österreich zu erstellen, Impfquoten zu ermitteln und daraus Empfehlungen abzuleiten (siehe Abschnitt Ausblick).

Bundesstaatliche Untersuchungsanstalten - Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit:

Entsprechend dem Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz (GESG BGBl I 2002/63) wurde im Jahr 2002 „zur Wahrung des Schutzes und der Gesundheit von Menschen, Tieren und Pflanzen, zur wirksamen und effizienten Evaluierung und Bewertung der Ernährungssicherheit und zur epidemiologischen Überwachung und Abklärung von Infektionserkrankungen die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (ÖAGES) sowie das Bundesamt für Ernährungssicherheit eingerichtet“ (vgl. § 1 Abs 1 GESG). Im GESG werden insbesondere die Kompetenzen, Aufgaben und die rechtlichen Rahmenbedingungen der ÖAGES festgelegt. Zu diesen Kompetenzen zählt laut § 8 Abs 2 unter anderem das „Führen von Referenzzentralen und eines Melde-, Erfassungs- und Koordinationsystems für die epidemiologische Überwachung und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten“ sowie „die fachliche Zusammenarbeit in nationalen und internationalen Organisationen“, wobei der ÖAGES insbesondere auch fachliche Stellungnahmen im Zusammenhang mit den Rechtsakten der EU und die diesbezügliche Beratung des Gesundheits- und des Landwirtschaftsressorts obliegen. Die vormaligen sechs Bundesstaatlichen Untersuchungsanstalten in Wien, Linz, Graz, Salzburg, Innsbruck und Klagenfurt wurden zu diesen ausgelagert.

Fortbildungsveranstaltungen:

Ein wichtiger Aufgabenbereich des Gesundheitsressorts besteht in der Durchführung der Fortbildungskurse für Amtsärztinnen und Amtsärzte. Diese dreitägigen Veranstaltungen finden zweimal pro Jahr statt. Dabei wird die Frühjahrsveranstaltung von einer Landessanitätsdirektion, die Herbstveranstaltung vom Gesundheitsressort organisiert. Entsprechend dem umfangreichen Aufgabengebiet sind auch die Inhalte der Fortbildungsveranstaltungen sehr vielfältig. Durchschnittlich nehmen 80 Amtsärztinnen und Amtsärzte an den jeweiligen Veranstaltungen teil.

7.13.3 Ausblick

Weiterentwicklung der Impfdokumentation:

Oberziel eines Impfdokumentationssystems ist die Vermeidung oder zumindest die Verringerung des Ausmaßes von Infektionserkrankungen einer Population durch Erlangung eines adäquaten Impfstatus der Bevölkerung. Zur Schließung bestehender Impflücken ist die Kenntnis regionaler, alters-, geschlechts- und sozialschichtbezogener Durchimpfungsraten von großem Nutzen. Ein personenbezogenes System der Datenerfassung, wie es in österreichischen Bundesländern vor wenigen Jahren im Bereich der Impfungen von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen bereits teilweise implementiert wurde, bietet zudem die Möglichkeit, Personen zeitgerecht an allfällige erforderliche Auffrischungsimpfungen erinnern zu können. Derartige „Erinnerungs“- oder „Recall“-Systeme wurden auch in Österreich bereits in einigen Bundesländern eingeführt oder geplant.

Allerdings stehen bei der Implementierung derartiger Systeme dem öffentlichen Interesse individuelle Interessen, vorwiegend in Belangen des Datenschutzes, gegenüber. Diesen zum Teil konfligierenden Interessen muss bei der Gestaltung eines weitergehenden Impfdokumentationssystems ebenso Rechnung getragen werden wie dem Prinzip der Freiwilligkeit der Impfungen. Im Wesentlichen bedeutet dies, dass bei Beibehaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eine Vervollständigung der Impfdokumentation sowie eine Erhöhung der Durchimpfungsraten über die Instrumente Informationsbereitstellung und (finanzielle) Anreizsetzung erfolgen müsste. Diesbezüglich bereits bestehende Systeme (etwa unentgeltliche Impfkationen oder Koppelung der Honorarüberweisung für impfende Ärztinnen und Ärzte an Meldungen) sollen erweitert werden. Für die nächsten Jahre ist die bundesweite Einheitlichkeit betreffend die zu dokumentierenden Datenmindestinhalte, die Datenformate sowie die Meldeprozeduren (v. a. die Periodizität der Meldungen) an eine zentrale, diese Daten aufbereitende und analysierende Institution angestrebt.

Zukunft des ÖGD:

So wie auch der kurative Sektor des Gesundheitswesens eine ständige Modernisierung in seinen Möglichkeiten erfährt und eine strukturelle Anpassung erfordert, benötigt auch der ÖGD eine inhaltliche und strukturelle Neuorientierung. Nach Fertigstellung der Studie „Neu-Positionierung des ÖGD“ möchte das Ressort gemeinsam mit den Landessanitätsdirektionen an der Zukunft des ÖGD arbeiten, dessen Verdienste für die Gesundheit der gesamten österreichischen Bevölkerung unbestritten sind. Es wird jedoch notwendig sein, seine ursprüngliche Funktion als „Sanitätspolizey“ (der Begriff stammt aus dem Reichssanitätsgesetz von 1870) den heutigen Erfordernissen und Ansprüchen anzupassen.

Leitbild für Reformen muss jedenfalls der Konsens sein, dass der öffentliche Gesundheitsdienst unersetzbare Funktionen als „medizinischer Anwalt und Sachwalter der Bevölkerung“ und als unabhängiger Gutachter für den Staat und die Gesellschaft hat, und dass die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht hinter der Entwicklung des restlichen Gesundheitswesens zurückbleiben darf.

8 Ausbildung und Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen

8.1 Ärzteschaft

8.1.1 Ausgangslage

Die gesundheitspolitischen Ziele und legislativen Veränderungen beim Medizinstudium und bei der postpromotionellen Ärzteausbildung wurden im Gesundheitsbericht 2000, Seite 164 ff., eingehender dargestellt. Dabei wurde auch auf das Problem der Relation von Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums zu den vorhandenen postpromotionellen Ausbildungsstätten näher eingegangen. Unter Hinweis auf entsprechende Untersuchungen des ÖBIG wurde empfohlen, die postpromotionellen Ausbildungskapazitäten schrittweise an den erwartbaren Bedarf anzupassen (Gesundheitsbericht 2000, Seite 167 ff.).

8.1.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Die Ärztegesetz-Novelle 2001 (siehe auch Kapitel 6) brachte wesentliche Änderungen im Bereich der Aus- und Fortbildung. Hervorzuheben ist dabei die Aufgabe der Ärztekammer zur Durchführung von Visitationen: Ausbildungsstätten von Turnusärzten werden nunmehr von einem ausgewählten Ärzteteam geprüft - ein Instrument der Qualitätssicherung nach bewährtem ausländischen Vorbild.

Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärztinnen und Fachärzte müssen sich nun einer Prüfung stellen, die Voraussetzung für jede selbstständige Berufsausübung ist. Dabei sind Übergangsregelungen vorgesehen. Prüfungen für Allgemeinmedizin und Facharztprüfungen werden bereits durchgeführt, mit 31. Dezember 2004 laufen die letzten Übergangsfristen aus; ab dann ist keine Zulassung zur selbstständigen Berufsausübung ohne Prüfung mehr möglich.

Auch die ärztlichen Fortbildungsverpflichtungen wurden präzisiert.

Die Herausnahme der medizinischen Fakultäten aus dem Bereich der Universitäten Wien, Graz und Innsbruck und die Schaffung eigener medizinischer Universitäten an diesen Standorten erfolgte bereits außerhalb des Berichtszeitraumes.

8.2 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Die zentrale Stellung der Pflege im Rahmen des Gesundheitswesens sowie die Orientierung Österreichs an den Zielen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und den einschlägigen Empfehlungen der EU führte 1997 zur umfassenden Reform der Pflegeberufe. Das Bundesgesetzes über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (BGBl 1997/108) regelt seit 1997 Ausbildung und Berufstätigkeit des „Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege“ sowie der „Pflegehilfe“.

8.2.1 Ausgangslage

Seit 1. September 1998 sind Österreichs Pflegeschulen und Ausbildungsstätten verpflichtet, Ausbildungsgänge nach der

- Verordnung über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege - GuK-AV (BGBl II 1999/179) und der
 - Verordnung über die Ausbildung in der Pflegehilfe (BGBl II 1999/116)
- auszurichten.

Die Verordnungen betreffend Sonderausbildungen und Weiterbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehilfe waren im Berichtszeitraum in Arbeit.

8.2.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Im Zuge der vertieften Auseinandersetzung mit den Regelungen und Inhalten dieser Verordnungen unter Bedachtnahme der Umsetzungserfahrungen mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997) sowie vehementer Forderungen aus Fachkreisen nach präziseren Regelungen von Detailfragen, etwa zur gesetzlichen Verankerung einer verpflichtenden pädiatrischen Intensivpflegeausbildung, zeigte sich die Notwendigkeit einer Novellierung des GuKG 1997.

Vorbereitung der GuKG-Novelle 2002:

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) legte im Mai 2002 den Entwurf eines Bundesgesetzes zur Begutachtung vor, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sowie das MTF-SHD-G (Medizinisch-technischer-Fachdienst-Sanitätshilfsdienste-Gesetz) geändert werden sollen.

Im Begutachtungsverfahren wurde im Besonderen um Prüfung folgender Fragen ersucht:

- Erfordert das Spezialgebiet Kinderintensivpflege bzw. Kinderanästhesiepflege eine eigene Sonderausbildung oder reicht die Transferkompetenz der allgemeinen Intensiv- bzw. Anästhesiepflegeausbildung in Kombination mit spezifischen Weiterbildungen aus, um die Pflegequalität in diesem Bereich zu sichern? Angemerkt wird in diesem Zusammenhang der europäische Trend der Pflegeausbildung zur „generalist nurse“.

- Trägt die - in Bezug auf die Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben vorgesehene - Normierung der Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr mit einem Stundenumfang von mindestens 1.600 Stunden den nationalen und internationalen Entwicklungen im Hochschulrecht Rechnung? Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf das zur Anerkennung von Studienleistungen geschaffene ECTS-System (European Credit Transfer System), an welchem sich der Akkreditierungsbeirat zu Fragen der Gleichhaltung zu orientieren haben wird.
- Kann die im GuKG beabsichtigte Verankerung der Weiterbildungsberechtigung für Pflegehelfer/innen vor der Zielsetzung der Förderung modularen lebenslangen Lernens bestätigt werden?

Die GuKG-Novelle wurde unter Berücksichtigung der eingelangten Stellungnahmen zur Beschlussfassung vorbereitet.

Parallel zur GuKG-Novelle waren die Verordnungen zur Regelung der Sonderaus- und Weiterbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie für die Pflegehilfe in Ausarbeitung.

Sonderausbildungsverordnung:

Um in einem erweiterten Tätigkeitsbereich der Pflege (Spezialaufgaben sowie Lehr- und Führungsaufgaben) gemäß § 17 des GuKG 1997 tätig werden zu können, sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verpflichtet, eine Sonderausbildung zu absolvieren.

Solange die GuKG-Novelle nicht beschlossen ist, dient ein Entwurf der Verordnung über Sonderausbildungen zur Durchführung von Spezialaufgaben für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung - GuK-SV) den Ausbildungsstätten Österreichs als Grundlage für folgende Sonderausbildungen.

- Spezialaufgaben: Kinder- und Jugendlichenpflege, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Intensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie, Pflege im Operationsbereich und Krankenhaushygiene.

Der Verordnungsentwurf über Sonderausbildungen für Lehraufgaben und Führungsaufgaben für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung - GuK-LFV) regelt derzeit die Durchführung folgender Sonderausbildungen:

- Lehraufgaben: Dazu zählen insbesondere die Lehrtätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Leitung von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Sonderausbildungen und Pflegehilfelehrgängen.
- Führungsaufgaben: Dazu zählen insbesondere die Leitung des Pflegedienstes einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient.

Im Rahmen der Erarbeitung der Sonderausbildungsverordnung für Lehr- und Führungsaufgaben wurde das ÖBIG im März 2001 vom Gesundheitsressort beauftragt, die vorliegenden Ausbildungskonzepte mit Bedacht auf die beabsichtigten Änderungen zur Regelung der Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben (GuKG-Novelle: §§ 65, 71 und 72) zu modifizieren.

Bei der Überarbeitung waren folgende Grundsätze zu beachten:

- Gliederung in Lernfelder,
- fachübergreifender Aufbau,
- multiprofessionelle Ausrichtung mit
- fachspezifischer Grundlage und Vertiefung.

Themen und Umfang der einzelnen Lernfelder der Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben sind primär für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege festgelegt. Jedoch sollen sich auch Hebammen und Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste im Rahmen dieser Ausbildung für Lehr- und Führungsaufgaben qualifizieren können.

Abschließend dienten erarbeitete Rahmencurricula einer Kompatibilitätsprüfung der in der Sonderausbildungsverordnung gleichzuachtenden Lehr- und Studiengänge für Lehre und Management an Universitäten und Fachhochschulen Österreichs.

Weiterbildungsverordnung:

Der Entwurf einer Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen betreffend Weiterbildungen für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung - GuK-WV) dient derzeit der Ausgestaltung u. a. folgender Weiterbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege:

- | | |
|---|--|
| 1. Apherese | 13. Medizinethik |
| 2. Arbeitsmedizinische Assistenz | 14. Onkologische Pflege |
| 3. Basale Stimulation in der Pflege | 15. Palliativpflege |
| 4. Basales und mittleres Pflegemanagement | 16. Pflege bei Demenz |
| 5. Diabetesberatung | 17. Pflege bei endoskopischen Eingriffen |
| 6. Fortpflanzungsmedizin | 18. Pflegeberatung |
| 7. Geriatrische Pflege | 19. Pflege in Krisensituationen |
| 8. Gesundheitsvorsorge | 20. Pflege von chronisch Kranken |
| 9. Hauskrankenpflege | 21. Praxisanleitung |
| 10. Kardiologische Pflege | 22. Qualitätsmanagement |
| 11. Komplementäre Pflege | 23. Rehabilitative Pflege |
| 12. Kontinenz- und Stomaberatung | 24. Sterilgutversorgung - Zentralsterilisation |
| | 25. Validierende Pflege |

Für Pflegehelferinnen und Pflegehelfer sind im Entwurf der WB-Verordnung folgende Weiterbildungen vorgesehen:

- | | |
|------------------------|---|
| 1. Geriatrische Pflege | 5. Pflege von chronisch Kranken |
| 2. Hauskrankenpflege | 6. Sterilgutversorgung - Zentralsterilisation |
| 3. Palliativpflege | 7. Validierende Pflege |
| 4. Pflege bei Demenz | |

Entwicklung von Curricula für die Aus- und Weiterbildungen

Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege:

Die neue Rechtsgrundlage veranlasste das Gesundheitsressort bereits im Februar 1998, das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) mit der Entwicklung eines offenen Curriculums für die Ausbildung in allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege zu beauftragen.

Als Grundlage für die Curriculumentwicklung dient ein speziell für die Berufsgruppe erstellter Konzeptionsrahmen, in dem das Berufs- und Bildungsverständnis sowie die didaktischen Prinzipien in nachvollziehbarer Weise festgelegt sind.

Parallel zur Entwicklungsarbeit werden Information und Fortbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer in Form von Tagungen, Konferenzen, Workshops, Seminaren und durch die Herausgabe eines Newsletters angeboten, um den Transfer des Curriculums in den Ausbildungsalltag zu sichern.

Die Curriculumentwicklung erfolgt in fünf Phasen, für die insgesamt fünf Jahre anberaumt sind, wobei jede Phase mit einem Zwischenbericht abschließt. Die Endfassung steht den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen Österreichs ab November 2003 zur Ausgestaltung der Ausbildung zur Verfügung.

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege:

Die dreijährige Grundausbildung zur psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege wird derzeit in Niederösterreich (zwei Standorte), Oberösterreich, Salzburg, der Steiermark, Vorarlberg und Wien angeboten, die einjährige Sonderausbildung in Kärnten (zwei Standorte), Oberösterreich, Tirol (zwei Standorte) und Wien.

Das vom ÖBIG 1996 fertiggestellte Curriculum für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege wird nach Vorlage des neuen Gesetzes für die Gesundheits- und Krankenpflege sowie der neuen Verordnung für die spezielle Grundausbildung und für die einjährige Sonderausbildung in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege revidiert. Die Revision umfasst drei Phasen, von denen die dritte ab September 2003 vorliegt.

Pflegehilfe:

Das 1991 fertiggestellte Curriculum für die Pflegehelferin bzw. den Pflegehelfer (neu „Pflegehilfe“) wird ebenfalls in Orientierung an den neuen Rechtsgrundlagen überarbeitet und weiterentwickelt. Die modifizierte Fassung dieses Curriculums wird voraussichtlich im Herbst 2003 den Ausbildungsstätten zur Verfügung stehen.

European Competence in Care and Nursing (ECCN):

Dieses im Rahmen des gemeinschaftlichen Aktionsprogramms „Leonardo da Vinci II“ durchgeführte und vom Gesundheitsressort unterstützte Projekt zielt auf eine Förderung der grenzüberschreitenden Mobilität von Pflegefachkräften ab. In die Projektarbeit sind Institutionen aus Deutschland, Finnland, Frankreich, Spanien, Tschechien und Österreich (Österreichisches Rotes Kreuz und ÖBIG) eingebunden. Die Projektkoordination obliegt der Akademie des Deutschen Roten Kreuzes.

Zentrale Komponente des Projekts ist die Entwicklung eines Curriculums mit europaweit standardisierten Lehrinhalten für Fach-, Lehr- und Führungskräfte aus dem Bereich der Pflege. Dieses Curriculum in Form eines modular aufgebauten Weiterbildungsprogramms wurde im Jahr 2002 erprobt, evaluiert und in der Folge modifiziert. Das Ergebnis dieser Arbeit ist ein Curriculumhandbuch, welches von europäischen Bildungsanbietern für den Bereich Pflege genutzt werden kann.

Parallel zur Curriculumentwicklung wurde 2001 eine Datenbank mit Online-System aufgebaut (<http://www.ec-cn.org>), über die länderspezifische Informationen (derzeit aus Deutschland, Österreich, Spanien und Tschechien) bezüglich Organisation des Gesundheitswesens, Nachfrage nach Pflegefachkräften, Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis, Interessenvertretungen, Pflegephilosophien und -konzepte, Tätigkeitsprofile sowie Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten für Pflegefachkräfte abgefragt werden können.

8.2.3 Ausblick

Die demographische Entwicklung, die gesundheitspolitische Leitlinie „ambulant vor stationär“, die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder, der vorwiegend in Pflegeheimen sowie im ambulanten Pflegebereich existierende Fehlbestand an Pflegepersonal und die rückläufigen Bewerberzahlen an Österreichs Gesundheits- und Krankenpflegesschulen haben das Thema Pflege wieder in das Zentrum des öffentlichen Interesses gerückt.

Wieder werden von Seiten der Länder massive Anstrengungen unternommen, das Image der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit zu heben und zielorientierte Informations- und Aufklärungsarbeit über Ausbildung und Beruf der Pflege zu leisten, damit der gegenwärtige und zukünftige Pflegebedarf gedeckt werden kann.

Aus der Sicht der Berufsgruppe der Pflegenden ist die Reform der Pflegeberufe mit dem GuKG 1997 strukturell gescheitert, da die Anhebung der Ausbildung des gehobenen Dienstes auf Maturaniveau und die Etablierung eines Regelstudiums für Pflegewissenschaften bis heute nicht gelungen ist. Damit stellen Österreich, Deutschland und Luxemburg die einzigen EU-Staaten dar, in denen die Grundausbildung zum Pflegeberuf ausschließlich im sekundären Berufsbildungssektor anstatt im tertiären Bildungsbereich angesiedelt ist. Stichworte wie „Bildungssackgasse“ und die „fehlende Normalisierung“ der Pflegeausbildung werden in der Fachliteratur ausführlich diskutiert, da die Pflegeausbildungen ohne Anschluss bzw. Integration in das Regelschulwesen stattfinden und die Durchlässigkeit zu diesem nicht gegeben ist.

Will man das Konzept der integrierten Ausbildung für Gesundheitsberufe realisieren, so kann die Integration nur auf derselben Bildungsebene stattfinden. Beispielsweise sind die gehobe-

nen medizinisch-technischen Dienste (MTD) und Hebammen derzeit noch postsekundär angesiedelt, verfolgen aber - wie es scheint mittelfristig erfolgreich - die Strategie der Fachhochschule. Eine modular aufgebaute und berufsgruppenübergreifende Ausbildung zwischen u. a. Pflege, MTD und Hebammen kann nur dann bewerkstelligt werden, wenn auch die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege postsekundär oder tertiär angesiedelt ist.

8.3 Gehobene medizinisch-technische Dienste

8.3.1 Ausgangslage

Gemäß § 1 des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz BGBl 1992/460) handelt es sich hierbei um folgende Berufssparten:

1. Physiotherapeutischer Dienst
2. Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst
3. Radiologisch-technischer Dienst
4. Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst
5. Ergotherapeutischer Dienst
6. Logopädisch-phoniatriisch-audiologischer Dienst
7. Orthoptischer Dienst

Das erwähnte MTD-Gesetz trat am 1. September 1992 in Kraft. Auf Grund der Verordnungsermächtigungen in den § 6 Abs 5 sowie §§ 25 und 29 des MTD-Gesetzes erging am 8. Oktober 1993 die Verordnung betreffend die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (MTD-Ausbildungsverordnung - MTD-AV BGBl 1993/678). Seither wird in Österreich an nunmehr 51 Akademien nach den Richtlinien dieser sehr offen formulierten Verordnung unterrichtet und ausgebildet. Curricula, Lehrpläne, berufsspezifische akademieübergreifende Ausbildungsprogramme standen den Unterrichtenden jedoch bis heute nicht zur Verfügung, obwohl sowohl die Vertreter der Ausbildung als auch des Berufes Bedarf anmeldeten.

8.3.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

8.3.2.1 Projekt Curricula MTD

Das Gesundheitsressort beauftragte das ÖBIG im März 1999, Curricula für die Ausbildung in den sieben Sparten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) zu entwickeln.

In der Initialphase der Curriculumentwicklung (1999), welche der Aufarbeitung vorhandener Grundlagen sowie Ausbildungspraktiken gewidmet war, wurde festgestellt, dass die zur Definition von Ausbildungszielen erforderlichen, auf Bundesebene abgestimmten fachlichen Grundlagen, wie etwa aktuelle Berufsprofile und Leistungskataloge, weitgehend fehlten. Um diesen Mangel durch die Erstellung aussagekräftiger Berufsprofile und Leistungskataloge zu beseitigen, wurde das Projekt „MTD-Qualitätssicherung“ (s. u.) installiert, aus denen entsprechende Qualitätserfordernisse für die Ausbildung abgeleitet werden können.

In der zweiten und dritten Phase der Curriculumentwicklung (2000 und 2001) wurden die Konzeptionsrahmen (Ausbildungsziele, Strukturkonzept, pädagogisch-didaktische Leitlinien) für die Ausbildung des Diätendienstes und ernährungsmedizinischen Beratungsdienstes, des Logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes, des Orthoptischen Dienstes sowie des Physiotherapeutischen Dienstes, des Medizinisch-technischen Laboratoriumsdienstes sowie des Radiologisch-technischen Dienstes erarbeitet und mit der Ausarbeitung der einzelnen Unterrichtsfächer begonnen.

8.3.2.2 Projekt Qualitätssicherung MTD

Im Rahmen einer Befragung wurden die Berufs- und Aufgabenfelder von Angehörigen der MTD untersucht. Zentrale Zielgruppe dieser empirischen Erhebung waren Angehörige der MTD, die zum Zeitpunkt der Befragung in Österreich tätig waren. Neben den Ergebnissen dieser Untersuchung wurde für die Erstellung der Berufsprofile der MTD auch auf andere Datenquellen zurückgegriffen, wie zum Beispiel auf neue Erkenntnisse aus den Diskussionen in der Projektgruppe, einzelne Expertisen von Projektgruppenmitgliedern, Ergebnisse aus Literaturrecherchen sowie Wissenszuwächse, die in diesem Zusammenhang aus Vergleichen mit anderen Staaten der Europäischen Union resultieren.

Darüber hinaus wurde dieses Berufsprofil der relevanten Projektumwelt (Kostenträger, Interessenvertretung, Entscheidungsträger) zur Kommunikativen Validierung¹ übermittelt. Die Ergebnisse dieser externen Validierung wurden bei der Überarbeitung des Berufsprofiles maßgeblich berücksichtigt. Es handelt sich bei dieser Studie insofern um eine Mixed-Design-Studie, als hierbei qualitative wie quantitative wissenschaftliche Methoden zur Anwendung gelangten.

8.3.3 Ausblick

8.3.3.1 Projekt Curricula MTD

In den darauffolgenden Entwicklungsphasen (Projektende Ende 2004) werden mit den genannten sechs MTD-Sparten die noch ausstehenden Unterrichtsfächer auf der Grundlage der Konzeptionsrahmen sowie für die Ausbildung des Ergotherapeutischen Dienstes der Konzeptionsrahmen und die entsprechenden Unterrichtsfächer ausgearbeitet.

8.3.3.2 Projekt Qualitätssicherung MTD

Die Ergebnisse des MTD-Qualitätssicherungsprojektes, vor allem die Erstellung diagnosebezogener Leistungskataloge für fünf MTD-Sparten, sollen weiters eine Grundlage bieten für Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf den Ebenen Struktur (Bedarf, integrative Gesundheitsversorgung), Ergebnis (Kompetenz, Evaluation) und Prozess („Managed Care“, interdisziplinäre Kooperation).

¹ Flick, U. et al. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg 2000

8.4 Kardiotechnischer Dienst

8.4.1 Ausgangslage

1962 hat sich in Österreich die Herzchirurgie etabliert. Anfangs wurden die Herz-Lungen-Maschinen (HLM) noch von den Chirurgen selbst aufgebaut, bedient und gewartet. Aber schon bald übernahmen eigens geschulte Kardiotechniker diese Aufgaben. Zur Durchführung des extrakorporalen Kreislaufes bei Operationen am offenen Herzen wurde zunehmend medizinisches Wissen erforderlich. Daraus ergab sich die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung dieser Berufsgruppe.

Von der angestrebten Integration der Kardiotechniker/innen in das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) als erweiterten Tätigkeitsbereich der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in das Gesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) wurde aufgrund der zu großen Unterschiede hinsichtlich der Tätigkeitsbereiche Abstand genommen. Am 21. Juli 1998 wurde daher das Kardiotechnikergesetz (BGBl I 1998/96) erlassen. Als Grundlage diente die ÖBIG-Expertise „Entwicklung der Ausbildung zum Kardiotechniker“ aus dem Jahre 1992.

8.4.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Am 7. September 2001 folgte die Ausbildungsverordnung (BGBl II 2001/335). Parallel zur Formulierung der Ausbildungsverordnung wurde am ÖBIG das Curriculum für die 18-monatige Grundausbildung zur diplomierten Kardiotechnikerin bzw. zum diplomierten Kardiotechniker mit Delegierten des Kardiotechnikerbeirates erarbeitet.

Die Ausbildung erfolgt im Rahmen eines Dienstverhältnisses an den als Ausbildungsstellen anerkannten Herzzentren. Bei Vollzeitverpflichtung dauert die Ausbildung 18 Monate auf der Basis der 40-Stunden-Woche inklusive Tarifierurlaub, bei einer Teilzeitanstellung entsprechend länger. Ein Drittel der Ausbildungszeit ist für die Theorie, zwei Drittel sind für die praktische Anleitung vorgesehen. Auf eine Angabe in Stunden wurde zugunsten von ECTS-Punkten (kurz: credits) verzichtet.

Das European Course Credit Transfer System (ECTS-System) wurde von der Europäischen Kommission zur besseren Informationsaufbereitung bei der Lösung der Anerkennungsfragen von Ausbildungen entwickelt. Nach diesem Modell werden jeder Lehrveranstaltung Anrechnungspunkte (Credits) zugeordnet. Bei einem Hochschulstudium werden pro Semester 30 Credits vergeben. Die Gesamtausbildung zum Kardiotechniker dauert 18 Monate und wird daher mit 90 Credits eingestuft, 30 für die theoretische und 60 für die praktische Ausbildung.

Die Credit-Punkte stellen die von den Studierenden zu erbringende durchschnittliche Arbeitsleistung bis zur Absolvierung einer Lehrveranstaltung dar. Ein Credit-Punkt steht für 25 Stunden Arbeitsaufwand. Die Punktevergabe erfolgt durch die Studienkommission (bei der vorliegenden Ausbildung durch den Kardiotechnikerbeirat). Für andere Ausbildungsstätten ist aus der Summe der erworbenen Credits der Studienfortgang auf einen Blick ablesbar. Bei der Zurechnung der Anrechnungspunkte sind Dezimalzahlen zu vermeiden oder zumindest auf halbe Punkte zu beschränken.

Ausgebildet wird nur bei Bedarf. Bei neun Herzzentren in ganz Österreich ist der Bedarf an neu ausgebildeten Kardiotechnikerinnen und -technikern nicht sehr hoch. Eine eigene Ausbildungsstätte oder ein Kurs im Rahmen einer bestehenden Ausbildungsstätte ist nicht ökonomisch. Wie bisher werden die Kardiotechniker/innen ihr Wissen durch learning by doing, durch Gespräche mit der bzw. dem Ausbildungsverantwortlichen, Kolleginnen und Kollegen, Ärztinnen und Ärzten sowie durch das Studium von Fachliteratur erwerben. Neu hingegen ist das Curriculum für die theoretische Ausbildung und die Einteilung des Lehrstoffes in insgesamt 16 Sachgebiete mit Lehrinhalten und Lernzielen. Die Ausbildung ist in sieben Ausbildungsabschnitte von zwei bis drei Monaten eingeteilt. Nach dem fünften Ausbildungsabschnitt wird eine Zwischenprüfung abgelegt, nach dem siebten Ausbildungsabschnitt die Diplomprüfung.

Die 16 Sachgebiete sind:

- Allgemeine Kardiotechnik
- Spezielle Anatomie
- Spezielle Physiologie
- Spezielle Pathologie
- Spezielle Pathophysiologie
- Spezielle Pharmakologie
- Hygiene
- Anästhesie
- Intensivbehandlung
- Kardiologie
- Spezielle Chirurgie
- Spezielle Hämatologie
- Fachspezifische Technologien und Gerätekunde
- Biomaterialkunde
- Biosignale und Messtechnik
- Dokumentation, Statistik und EDV

8.4.3 Ausblick

Mit dem Kardiotechnikergesetz und der Kardiotechniker-Ausbildungsverordnung fand eine mehr als zehn Jahre dauernde berufspolitische Anstrengung und Pionierarbeit ein erfolgreiches Ende. Neben Italien - dort absolviert die Kardiotechnikerin bzw. der Kardiotechniker ein dreijähriges Hochschulstudium - hat nur Österreich ein Berufsgesetz und eine gesetzlich geregelte Ausbildung für Kardiotechniker/innen. Die Ausbildung in einem kontrollierten Selbststudium ist den Bedürfnissen der kleinen Berufsgruppe angepasst. Im deutschsprachigen Ausland haben österreichische Kardiotechniker/innen bei Kongressen und Fachtagungen ihre neue Ausbildung präsentiert und sind auf großes Interesse gestoßen. Im Sinne von Globalisierung und Freizügigkeit ist zu hoffen, dass andere Staaten dem Vorbild Österreichs folgen und für ihre Kardiotechniker/innen ebenfalls eine gesetzlich geregelte Ausbildung einführen.

8.5 Sanitätshilfsdienste

8.5.1 Ausgangslage

Das Krankenpflegegesetz aus dem Jahre 1991 - später MTD-SHD-Gesetz - regelte zehn Sanitätshilfsdienste:

- Sanitätsgehilfin/-gehilfe (wurde 2002 durch die neue Berufsgruppe „Rettungssanitäter/in - Notfallsanitäter/in“ ersetzt, siehe Punkt 8.5.2)
- Stationsgehilfin/-gehilfe (wurde 1990 durch die neue Berufsgruppe „Pflegehelfer/in“ ersetzt)
- Operationsgehilfin/-gehilfe
- Laborgehilfin/-gehilfe
- Prosekturgehilfin/-gehilfe
- Ordinationsgehilfin/-gehilfe
- Heilbadegehilfin/-gehilfe
- Heilbademeister/in und Heilmasseur/in (wurde 2002 durch die Medizinische Masseurin und Heilmasseurin bzw. den Medizinischen Masseur und Heilmasseur ersetzt, siehe Kapitel 8.6)
- Ergotherapiegehilfin/-gehilfe
- Desinfektionsgehilfin/-gehilfe

8.5.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Mit Erlass eines eigenen Gesetzes (Sanitätergesetz BGBl I 2002/30) wurden die Sanitätsgehilfinnen und -gehilfen am 18. Jänner 2002 aus dem MTF-SHD-Gesetz herausgenommen und neu geregelt. Die neue Berufsbezeichnung lautet seit dem 1. Juli 2002 „Rettungssanitäter/in“ bzw. „Notfallsanitäter/in“

Der Tätigkeitsbereich der Rettungssanitäterin bzw. des Rettungssanitäters umfasst:

- die eigenverantwortliche Anwendung von Maßnahmen der qualifizierten Ersten Hilfe, der Sanitätshilfe und der Rettungstechnik einschließlich diagnostischer und therapeutischer Verrichtungen, weiters
- die selbstständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen, vor und während des Transports, einschließlich der fachgerechten Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen nach ärztlicher Anordnung,
- die Übernahme sowie die Übergabe des Patienten oder der betreuenden Person im Zusammenhang mit einem Transport,
- Hilfestellung bei auftretenden Akutsituationen einschließlich der Verabreichung von Sauerstoff,
- eine qualifizierte Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen, insbesondere
 - die Beurteilung, Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körperfunktionen,
 - die Defibrillation mit halbautomatischen Geräten und

- die Herstellung der Transportfähigkeit sowie die sanitätsdienstliche Durchführung des Transports, schließlich
 - die sanitätsdienstliche Durchführung von Sondertransporten,
- solange und soweit eine zur selbstständigen Berufsausübung berechnigte Ärztin bzw. ein entsprechender Arzt nicht zur Verfügung steht. Eine unverzügliche Anforderung der Notärztin bzw. des Notarztes ist zu veranlassen.

Der Tätigkeitsbereich der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters umfasst:

- die Tätigkeiten der Rettungssanitäterin bzw. des Rettungssanitäters,
- die Unterstützung der Ärztin bzw. des Arztes bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Betreuung und des sanitätsdienstlichen Transports von Notfallpatientinnen und -patienten,
- die Verabreichung von für die Tätigkeit als Notfallsanitäter/in erforderlichen Arzneimitteln, soweit diese zuvor durch die für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter/innen der jeweiligen Einrichtung schriftlich zur Anwendung freigegeben wurden,
- die eigenverantwortliche Betreuung der berufsspezifischen Geräte, Materialien und Arzneimittel und
- die Mitarbeit in der Forschung.

Darüber hinaus kann der/die Notfallsanitäter/in auch noch folgende Notfallkompetenzen erwerben:

- Die Verabreichung spezieller Arzneimittel, soweit diese zuvor durch den für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter der jeweiligen Einrichtung schriftlich zur Anwendung freigegeben wurden, und
- die Punktion peripherer Venen und die Infusion kristalloider Lösungen,

jeweils im Rahmen von Maßnahmen zur unmittelbaren Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit einer Notfallpatientin bzw. eines Notfallpatienten, soweit das gleiche Ziel durch weniger eingreifende Maßnahmen nicht erreicht werden kann.

Entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft kann der/die Notfallsanitäter/in die Berechnigung zu weiteren Tätigkeiten, insbesondere zur Durchführung der endotrachealen Intubation oder Prämedikation und endotrachealen Vasokonstriktorapplikation (Beatmung und Intubation) erwerben.

Der Sanitäter kann seine Tätigkeiten ehrenamtlich, berufsmäßig oder als Soldat im Bundesheer, als Organ des öffentlichen Sicherheitsdienstes, Zollorgan, Strafvollzugsbediensteter, Angehöriger eines sonstigen Wachkörpers oder als Zivildienstleistender ausüben. Damit ist zum ersten Mal eine ehrenamtliche Tätigkeit gesetzlich geregelt.

Die Ausbildung zur Sanitätsgehilfin bzw. zum Sanitätsgehilfen betrug 135 Stunden Theorie, bezüglich der praktischen Ausbildung gab es keine Regelung. Im neuen Sanitätsdienst erfolgt die Ausbildung in insgesamt sechs Modulen:

- Rettungsanitäter/in (100 Stunden Theorie, 160 Stunden Praxis)
- Notfallsanitäter/in, Voraussetzung: 160 Stunden Einsatz im Rettungs- und Krankentransportsystem (160 Stunden Theorie, 40 Stunden Spital, 280 Stunden im Notarztsystem)
- Arzneimittellehre (40 Stunden Theorie und Praxis)
- Venenzugang und Infusion (10 Stunden Theorie, 40 Stunden Spital)
- Beatmung und Intubation (30 Stunden Theorie, 80 Stunden Spital)
- Berufsmodul (40 Stunden Theorie) für jene Personen, die berufsmäßig im Sanitätsdienst arbeiten

Der/die Rettungsanitäter/in erhält damit eine Grundausbildung von 260 Stunden. Will er/sie diese Tätigkeit berufsmäßig ausüben, so kommt noch das Berufsmodul mit 40 Stunden hinzu. Nach insgesamt 260 bzw. 300 Stunden Ausbildung und weiteren 160 Stunden Einsatz im Rettungs- und Krankentransportsystem kann der/die Rettungsanitäter/in in die nächste Ausbildungsstufe eintreten. Nach 900 bzw. 940 Stunden Ausbildung ist man Notfallsanitäter/in. Mit insgesamt 1.100 bzw. 1.140 Stunden ist man Notfallsanitäter/in mit allen Notfallkompetenzen, ehrenamtlich oder berufsmäßig.

8.6 Medizinische Masseurin und Heilmasseurin/ Medizinischer Masseur und Heilmasseur

8.6.1 Ausgangslage

Der/die Heilbademeister/in und Heilmasseur/in hatte gemäß MTF-SHD-Gesetz eine Ausbildung im Ausmaß von 210 Stunden. Seine/ihre Tätigkeiten umfassten die Anwendung der Thermo-, Hydro- und Balneotherapie sowie der Heilmassage im begrenzten Umfang. Damit war seine/ihre Einsatzmöglichkeit in diesem Bereich auf die klassische Massage beschränkt. Heilbademeister/innen ohne „verbotene“ Zusatzqualifikation gerieten auf dem Arbeitsmarkt zunehmend in Schwierigkeiten.

8.6.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

Am 23. Dezember 2002 wurde das Medizinischer Masseur- und Heilmasseur-Gesetz (MMHmG BGBl I 2002/169) erlassen, es trat am 1. März 2003 in Kraft. Die ehemaligen Heilbademeister und Heilmasseure bzw. Heilbademeisterinnen und Heilmasseurinnen sind damit aus dem MTF-SHD-Gesetz ausgegliedert, Tätigkeit und Ausbildung werden in einem eigenen Gesetz geregelt. Die Ausbildungsverordnung vom 20. Mai 2003 (BGBl II 2003/250) trat rückwirkend mit 1. März in Kraft. Die Übergangsbestimmungen gelten bis zum 31. Dezember 2007. Zu diesem Zeitpunkt müssen alle Aufschulungen der Heilbademeisterinnen und Heilmasseurinnen bzw. Heilbademeister und Heilmasseure zur Medizinischen Masseurin und Heilmasseurin bzw. zum Medizinischen Masseur und Heilmasseur abgeschlossen sein.

Medizinische Masseurin bzw. medizinischer Masseur:

Der Beruf der medizinischen Masseurin bzw. des medizinischen Masseurs umfasst die Durchführung von

- klassischer Massage,
- Packungsanwendungen,
- Thermo-therapie,
- Ultraschalltherapie und
- Spezialmassagen

zu Heilzwecken nach ärztlicher Anordnung unter Anleitung und Aufsicht einer Ärztin bzw. eines Arztes oder einer Angehörigen bzw. eines Angehörigen des physiotherapeutischen Dienstes.

Bei Blindheit umfasst das Berufsbild der medizinischen Masseurin bzw. des medizinischen Masseurs die Durchführung von

- klassischer Massage und
- Spezialmassagen

zu Heilzwecken nach ärztlicher Anordnung unter Anleitung und Aufsicht einer Ärztin bzw. eines Arztes eines Arztes oder eines Angehörigen des physiotherapeutischen Dienstes.

Die klassische Massage zu Heilzwecken umfasst Heilmassagen manueller und apparativer Art. Die Packungsanwendungen umfassen insbesondere Kataplasmen (Munari, italienische Packung), Wärme- und Kältepackungen. Bei der Thermo-therapie handelt es sich um die Anwendung von Wärme und Kälte insbesondere durch Wärmeleitung, Wärmestrahlung, Energietransformation und Wärmeentzug. Die Ultraschalltherapie ist die Anwendung von Schwingungen mit einer Frequenz von 20 kHz bis 10 GHz. Spezialmassagen umfassen insbesondere Lymphdrainage, Reflexzonenmassage und Akupunkturmassage.

Damit unterscheidet sich die medizinische Masseurin bzw. der medizinische Masseur grundlegend von der bisherigen Heilbademeisterin und Heilmasseurin bzw. vom bisherigen Heilbademeister und Heilmasseur, deren Tätigkeitsbereich auf die Thermo-, Hydro- und Balneo-therapie sowie auf die Heilmassage (klassische Massage) beschränkt war.

Die Ausbildung zur medizinischen Masseurin bzw. zum medizinischen Masseur kann in zwei aufbauenden Modulen (A und B) oder in einem durchgeführt werden.

Das Modul A umfasst eine theoretische Ausbildung in der Dauer von 360 Stunden in den Fächern:

- Anatomie und Physiologie
- Hygiene
- Erste Hilfe und Verbandstechnik
- Pathologie

- Thermo-therapie, Ultraschalltherapie und Packungsanwendung
- Massagetechniken zu Heilzwecken

Das Modul B umfasst eine theoretische und praktische Ausbildung in der Dauer von 1.330 Stunden. Die theoretische Ausbildung besteht aus theoretischem Unterricht (250 Stunden) und praktischen Übungen ohne Patientenkontakt (205 Stunden) in den Fächern:

- Sanitäts-, Arbeits- und Sozialversicherungsrecht
- Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Dokumentation
- Umweltschutz
- Pathologie
- Grundlagen der Kommunikation
- Massagetechniken zu Heilzwecken einschließlich vertiefender spezieller Anatomie und Pathologie

Hinzu kommen Pflichtpraktika an Patientinnen und Patienten in Thermo-therapie, Ultraschalltherapie, Packungsanwendung und Massagetechniken im Ausmaß von 875 Stunden.

Heilmasseurin/Heilmasseur:

Voraussetzung für die Ausbildung zur Heilmasseurin/zum Heilmasseur ist eine Berufsbe-
rechtigung als medizinische Masseurin/medizinischer Masseur.

Die Heilmasseurin/der Heilmasseur führt die gleichen Tätigkeiten durch wie die medizinische Masseurin/der medizinische Masseur. Ihr Berufsbild unterscheidet sich von dem der medi-
zischen Masseurin/des medizinischen Masseurs dadurch, dass sie ihre Tätigkeiten eigen-
verantwortlich nach ärztlicher Anordnung durchführen. Dies gilt ebenfalls für blinde Heilmas-
seurinnen und -masseure. Anleitung und Aufsicht der Ärztin bzw. des Arztes bzw. einer An-
gehörigen oder eines Angehörigen des physiotherapeutischen Dienstes sind hier nicht erfor-
derlich. Darüber hinaus kann die Heilmasseurin/der Heilmasseur sowohl im Rahmen eines
Dienstverhältnisses (Krankenhaus, Kuranstalt, Gesundheitseinrichtung unter ärztlicher Lei-
tung, freipraktizierende Ärztin bzw. freipraktizierender Arzt, Gruppenpraxis) auch freiberuflich
tätig sein bzw. im Rahmen eines Dienstverhältnisses zu einer freiberuflich tätigen diplomier-
ten Physiotherapeutin bzw. zu einem freiberuflich tätigen diplomierten Physiotherapeuten.

Die Ausbildung zur Heilmasseurin/zum Heilmasseur besteht auf einem Aufschulungsmodul
zur medizinischen Masseurin/zum medizinischen Masseur. Während der theoretischen Aus-
bildung werden

- Recht und Ethik,
- Anatomie und Physiologie,
- Pathologie,
- Hygiene und Umweltschutz,

- Erste Hilfe,
- Allgemeine Physik,
- Kommunikation,
- Dokumentation sowie
- Massagetechniken zu Heilzwecken

im Ausmaß von 720 Stunden unterrichtet. Hinzu kommen praktische Übungen ohne Patientenkontakt im Ausmaß von 80 Stunden.

Neu ist, dass medizinische Masseurinnen und Heilmasseurinnen bzw. medizinische Masseure und Heilmasseure Lehraufgaben übernehmen können. Die Ausbildung umfasst 120 Stunden. Eine entsprechende Verordnung muss noch erlassen werden.

Weiters können medizinische Masseurinnen und Heilmasseurinnen bzw. medizinische Masseure und Heilmasseure folgende Spezialqualifikationen erwerben und nach ärztlicher Anordnung berufsmäßig durchführen:

- Elektrotherapie (Anwendung von elektrischem Strom zu Heilzwecken, wie insbesondere durch Nieder-, Mittel- und Hochfrequenztherapie) - 80 Stunden Theorie, 60 Stunden Praktika an der Patientin bzw. am Patienten;
- Hydro- und Balneotherapie (Anwendung natürlicher Heilvorkommen, wie insbesondere Heilwässer und Pelloide, Medizinalbäder, Unterwassermassagen und Unterwasserdruckstrahlmassagen) - 55 Stunden Theorie, 65 Stunden Praktika an der Patientin bzw. am Patienten.

Personen, die einen Qualifikationsnachweis als Heilmasseur/in erworben haben, können nach Ablegung der Unternehmerprüfung gemäß Gewerbeordnung das Gewerbe der Massage ausüben.



Info-Hotline
01 711 00 -0