

# GESUNDHEITSBERICHT

der Bundesministerin  
für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
an den  
Nationalrat

# 1997

Die Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales

# **GESUNDHEITSBERICHT AN DEN NATIONALRAT 1997**

Berichtszeitraum 1993 - 1995

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
Wien 1997

## **Projektteam des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen**

Gertrud Bronneberg, Eberhard Danmayr, Wilhelm Frank, Gerhard Fülöp, Katrin Gebhart, Waltraud Glatz, Sabine Haas, Brigitte Jurasovich, Eva Kain, Sebastian Kux, Claudia Nemeth, Elisabeth Pochobradsky, Otto Postl, Ingrid Rosian, Gabriele Sax, Eva Schaffenberger, Eva Schindler, Thomas Schuster, Johannes M. Treytl

Koordination: Eberhard Danmayr

Personenbezogene Ausdrücke wie zum Beispiel „Patienten“ oder „Ärzte“ umfassen Frauen und Männer gleichermaßen.

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1030 Wien, Radetzkystraße 2 - Für den Inhalt verantwortlich: Sektionschef Dr. Gunter Liebeswar - Umschlaggestaltung: Gisela Scheubmayr, Wien - Druck und Bindearbeiten: Druckservice Styrian GmbH, Graz

Dieser Bericht ist aus chlorfrei gebleichtem Papier hergestellt.

## Vorwort

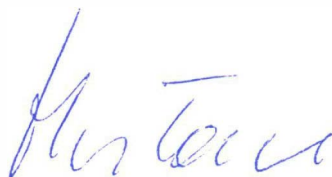
Dem Ersuchen des Nationalrats vom Dezember 1989, über die Tätigkeit des Gesundheitsressorts in periodischen Abständen Rechenschaft zu legen, wurde erstmals 1994 entsprochen. Der hiermit vorliegende zweite Gesundheitsbericht folgt dem vom Nationalrat festgesetzten Intervall von drei Jahren.

Die zeitgerechte Erstellung des Gesundheitsberichtes an den Nationalrat 1997 wurde noch von Frau Bundesministerin für Gesundheit und Konsumentenschutz Dr. Christa Krammer eingeleitet. Durch die im Februar 1997 vorgenommene Änderung des Bundesministeriengesetzes erfolgte die Endredaktion des Berichtes unter meiner Verantwortung als Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

In Abgrenzung zum jährlich herausgegebenen „Gesundheitsstatistischen Jahrbuch“ liegt der inhaltliche Schwerpunkt des Gesundheitsberichtes an den Nationalrat auf der Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens. Er berücksichtigt insbesondere die historische Entwicklung und internationale Vergleichszahlen, die Gegenüberstellung der Aktivitäten des Gesundheitsressorts zu den gesundheitspolitischen Zielen der Bundesregierung sowie die Darstellung der Perspektiven der österreichischen Gesundheitspolitik.

Mit der Ausarbeitung des Berichts war das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen betraut, das eng mit Mitarbeitern meines Ministeriums zusammenarbeitete. Ich danke allen an der Erstellung des Berichts Beteiligten für ihre engagierte Arbeit.

Die Übermittlung dieses Berichts an die Damen und Herren Abgeordneten zum Nationalrat verbinde ich mit dem Anliegen, die in ihm dokumentierten Schritte zu einer umfassenden Reform unseres Gesundheitswesens aktiv zu unterstützen.



Eleonora Hostasch  
Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	11
<b>2</b>	<b>Gesundheitspolitische Leitlinien</b> .....	14
<b>3</b>	<b>Zusammenfassende Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens 1993 - 1995 und Zukunftsperspektiven</b> .....	17
3.1	Gesundheitsausgaben .....	17
3.2	Rechtliche Grundlagen .....	18
3.3	Versorgungsbereiche .....	19
3.4	Ausbildung und Ausbildungsreform.....	30
<b>4</b>	<b>Gesundheitszustand der Bevölkerung</b> .....	33
<b>5</b>	<b>Gesundheitsausgaben</b> .....	47
5.1	Neuberechnung der Gesundheitsausgaben.....	47
5.2	Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich .....	49
<b>6</b>	<b>Rechtliche Grundlagen</b> .....	53
6.1	Ausgangslage .....	53
6.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum .....	54
6.2.1	Krankenanstalten .....	54
6.2.2	Kurorte und natürliche Heilvorkommen .....	56
6.2.3	Ausbildung auf dem Sektor der Gesundheitsberufe.....	57
6.2.4	Ärztegesetz.....	57
6.2.5	Arzneimittel und Medizinprodukte .....	58
6.2.6	Gesundheitsvorsorge .....	60
6.2.7	Gentechnik .....	60
<b>7</b>	<b>Versorgungsbereiche</b> .....	62
7.1	Ärztliche Versorgung in Österreich.....	62
7.1.1	Historische Entwicklung bis 1995 .....	62
7.1.2	Ärztebestand 1995.....	63
7.1.3	Niedergelassene Ärzte .....	64
7.1.4	Spitalsärzte.....	66
7.1.5	Internationale Vergleichszahlen .....	67
7.2	Personal im Gesundheitswesen .....	67
7.2.1	Historische Entwicklung und Beschäftigtenstand 1994 .....	67
	- Krankenpflegefachdienst .....	67
	- Medizinisch-technischer Dienst.....	69
	- Sanitätshilfsdienste.....	73
	- Hebammen.....	74
7.2.2	Prognostizierte Entwicklung des Personalangebots.....	75
7.2.3	Regelung der Arbeitszeit in Krankenanstalten .....	75

7.3	Rehabilitation.....	75
7.3.1	Ausgangslage und Problemstellung .....	75
7.3.2	Gesundheits- und sozialpolitische Zielsetzungen .....	78
7.3.3	Aktueller Stand .....	79
7.3.4	Ausblick .....	81
7.4	Krankenanstalten.....	81
7.4.1	Stand und zukünftige Entwicklung der stationären Versorgung.....	81
7.4.1.1	Ausgangslage .....	81
7.4.1.2	Gesundheitspolitische Zielsetzungen.....	83
7.4.1.3	Aktivitäten im Berichtszeitraum 1993 bis 1995 und Ausblick auf 1996.....	85
7.4.1.4	Künftige Maßnahmen.....	88
7.4.2	Reform im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung.....	90
7.4.2.1	Kostenentwicklung in den KRAZAF-bezuschußten Krankenanstalten .....	90
7.4.2.2	Grundlegende Ziele der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) .....	92
7.4.2.3	Zukunftsperspektiven der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung .....	100
7.5	Psychosoziale Versorgung.....	101
7.5.1	Ausgangslage .....	101
7.5.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	101
7.5.3	Ausblick .....	109
7.6	Gesundheitsförderung und -vorsorge .....	111
7.6.1	Problemstellung und Zielsetzung .....	111
7.6.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	113
7.6.2.1	Themenbezogene Gesundheitsförderung und -vorsorge .....	113
	- Gesundheit von Mutter und Kind (Mutter-Kind-Paß) .....	113
	- Vorsorguntersuchungen .....	115
	- Rauchen .....	116
	- Alkohol.....	118
	- Drogen.....	120
7.6.2.2	Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung .....	126
	- Gesundheitsförderung im städtischen Bereich- Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“.....	126
	- Gesundheitsförderung im Betrieb.....	128
	- Gesundheitsförderung im Krankenhaus - Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser.....	131
	- Gesundheitsförderung in der Schule - Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen .....	133
7.6.2.3	Übergreifende Aktivitäten.....	135
	- Fonds Gesundes Österreich.....	135
	- Monitoring in der Gesundheitsförderung.....	136
	- Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen .....	137
7.7	Transplantationswesen .....	138
7.7.1	Problemstellung .....	138
7.7.2	Aktivitäten.....	139
7.7.3	Ausblick .....	146
7.8	Onkologische Versorgung .....	146
7.9	Arzneimittelversorgung .....	148
7.9.1	Problemstellung und Zielsetzung .....	148
7.9.2	Regelungen und Eckdaten zum Arzneimittelbereich .....	149

7.9.3	Aktivitäten des Ressorts.....	154
7.9.4	Aktueller Stand und Ausblick .....	155
7.10	Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	157
7.10.1	Ausgangslage .....	157
7.10.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	159
7.10.3	Ausblick.....	160
<b>8</b>	<b>Ausbildung und Ausbildungsreform.....</b>	<b>161</b>
8.1	Ärzte.....	161
8.1.1	Problemstellung und Zielsetzung .....	161
8.1.2	Aktivitäten im Berichtszeitraum.....	161
8.1.3	Darstellung des aktuellen Standes .....	162
8.1.4	Auswirkungen des EU-Beitrittes .....	167
8.2	Krankenpflegefachdienst .....	167
8.2.1	Ausgangslage .....	167
8.2.2	Schwerpunktaktivitäten im Berichtszeitraum .....	168
8.2.3	Ausblick.....	170
8.3	Hebammen.....	171
8.4	Gehobene medizinisch-technische Dienste .....	174



## Tabellen-, Abbildungs- und Kartenverzeichnis

### Tabellen:

Tabelle 4.1:	Säuglings- und Perinatalsterblichkeit 1985 - 1995.....	35
Tabelle 4.2:	Übersicht über angezeigte Fälle ausgewählter übertragbarer Krankheiten 1992 - 1995.....	43
Tabelle 4.3:	Die zwanzig häufigsten Gründe für Krankenhausaufenthalte 1994 .....	44
Tabelle 5.1:	Gesundheitsausgaben in Österreich 1985 - 1995, alte und neue Berechnungsmethode.....	47
Tabelle 5.2:	Gesundheitsausgaben der OECD-Länder in Prozent des Bruttoinlandsproduktes 1985/1990/1994/1995 .....	51
Tabelle 5.3:	Durchschnittliche jährliche Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandsproduktes in der Europäischen Union 1985/1995.....	52
Tabelle 7.1:	Entwicklung der berufstätigen Ärzte (niedergelassene Ärzte, angestellte Ärzte und Turnusärzte) 1980 - 1995.....	62
Tabelle 7.2:	Entwicklung des Krankenpflegefachdienstes in den österreichischen Krankenanstalten nach Fachrichtung, Geschlecht und insgesamt 1984 - 1994.....	69
Tabelle 7.3:	Entwicklung der Medizinisch-technischen Dienste in österreichischen Krankenanstalten nach Berufsgruppen, Geschlecht und insgesamt 1984 - 1994 .....	71
Tabelle 7.4:	Entwicklung der Sanitätshilfsdienste in österreichischen Krankenanstalten nach Berufsgruppen, Geschlecht, Ausbildungsstand und insgesamt 1984 - 1994 .....	72
Tabelle 7.5:	Anzahl der Hebammen nach Art der Berufsausübung und insgesamt 1984 - 1994 ...	74
Tabelle 7.6:	Parameter der Betteninanspruchnahme 1988 - 1995 .....	82
Tabelle 7.7:	Kostensteigerungsraten in den vom KRAZAF bezuschußten Krankenanstalten im Vergleich zum Wachstum des Bruttoinlandsproduktes 1990 - 1994.....	91
Tabelle 7.8:	Analyse der Gesamtkostensteigerung in dem vom KRAZAF bezuschußten Krankenanstalten nach (teilweise zusammengefaßten) Kostenarten 1990 - 1994.....	92
Tabelle 7.9:	Zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechnigte Personen nach Bundesländern, Art der Berufsausübung und insgesamt, Stand Jänner 1997 .....	106
Tabelle 7.10:	Zur selbständigen psychologischen Berufsausübung im Bereich des Gesundheitswesens berechnigte Personen nach Bundesländern und insgesamt, Stand Jänner 1997.....	108
Tabelle 7.11:	Planstellen und besetzte Stellen für klinisch-psychologische Diagnostik nach Bundesländern und insgesamt, Stand Jänner 1997 .....	108
Tabelle 7.12:	Entwicklung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen 1990 - 1995 .....	116
Tabelle 7.13:	Entwicklung des Spenderaufkommens und der Transplantationsfrequenzen für Niere, Leber und Herz in Österreich im Vergleich zur Entwicklung in den Mitgliedsländern von Eurotransplant 1992 - 1995.....	142
Tabelle 7.14:	Krankenanstalten mit nominiertem Transplantationsbeauftragtem, Stand Jahresende 1996 .....	144
Tabelle 7.15:	Arzneimittelversorgung im Überblick 1992 - 1996 .....	153

Tabelle 7.16:	Arzneimittelkonsum in Österreich nach Altersgruppen, Geschlecht und insgesamt, Dezember 1991.....	154
Tabelle 7.17:	Anzahl der Absolventinnen und Absolventen der Physikatskurse nach Kursorten und insgesamt 1993 - 1995 .....	158
Tabelle 7.18:	Anzahl der durchgeführten öffentlichen Impfungen 1993 - 1995.....	159
Tabelle 8.1:	Entwicklung der Warteliste zur postpromotionellen Ausbildung 1992 - 2015.....	164

### Abbildungen:

Abbildung 4.1:	Entwicklung des zu erwartenden Lebensalters bei der Geburt, mit 30 und mit 60 Jahren nach Geschlecht, 1985 - 1995.....	34
Abbildung 4.2:	Entwicklung der Säuglingssterblichkeit 1985 - 1995 .....	35
Abbildung 4.3:	Entwicklung der Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung 1985 - 1995 .....	38
Abbildung 4.4:	Häufigkeitsverteilung der einzelnen Krebslokalisationen 1994 .....	40
Abbildung 4.5:	Tuberkulose in Österreich - Gemeldete Erkrankungsfälle 1985 - 1995 .....	41
Abbildung 5.1:	Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im EU-Vergleich für die Jahre 1985 und 1994.....	50
Abbildung 7.1:	Struktur des Ärztebestandes 1995 .....	65
Abbildung 7.2:	Entwicklung der nichtärztlichen Berufsgruppen in den österreichischen Krankenanstalten 1984 - 1994 .....	68
Abbildung 7.3:	Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation 1988 - 1995 .....	77
Abbildung 7.4:	Anträge auf stationäre Heilverfahren in der medizinischen Rehabilitation und in der Gesundheitsvorsorge/-festigung 1990 - 1996.....	80
Abbildung 7.5:	Trendentwicklung in der Betteninanspruchnahme 1988 - 1995.....	85
Abbildung 7.6:	Anzahl der tatsächlichen Betten in psychiatrischen Krankenanstalten und Abteilungen 1988 - 1995.....	103
Abbildung 7.7:	Angebot an wöchentlichen Psychotherapiestunden pro zehntausend Einwohnern zwischen fünf und 69 Jahren nach Bundesländern, Stand 1996 .....	107
Abbildung 7.8:	Anzahl der „Drogenopfer“ in Österreich nach Todesursache 1989 -1996.....	121
Abbildung 7.9:	Entwicklung der AIDS-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation 1985 - 1996 .....	122
Abbildung 7.10:	Kumulative Entwicklung der im Rahmen des Substitutions-Programms behandelten Personen in Österreich 1987 - 1996.....	123
Abbildung 7.11:	Überlebenswahrscheinlichkeit nach Herztransplantation .....	141
Abbildung 8.1:	Historische und prognostische Entwicklung der Erstinskribenten, der Promoventen und der Länge der Warteliste auf die postpromotionelle Ausbildung (Allgemeinmedizin) 1992 - 1996; 1997 - 2015.....	163

### Karte:

Karte 7.1:	Standorttypisierung Akutkrankenanstalten 1996.....	84
------------	--	----

## Häufig verwendete Abkürzungen

ÄG	Ärztegesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMAGS	Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
BMGK	Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
KAG	Krankenanstaltengesetz (des Bundes)
KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖAW	Österreichische Akademie der Wissenschaften
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
ÖSTAT	Österreichisches Statistisches Zentralamt
SSG	Suchtgiftgesetz
SMG	Suchtmittelgesetz
StGBl.	Staatsgesetzblatt
SÜST	Suchtüberwachungsstelle
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# 1 Einleitung

Mit Entschließung vom 16. Dezember 1989 ersuchte der Nationalrat den Gesundheitsminister, alle drei Jahre einen Gesundheitsbericht vorzulegen.

In der Folge beauftragte das Gesundheitsressort das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen, im Rahmen der Studie „Neugestaltung der Berichte über das österreichische Gesundheitswesen“ auch Überlegungen über Inhalt und Aufbau eines solchen Gesundheitsberichtes an den Nationalrat anzustellen und insbesondere eine Abgrenzung zum jährlich in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Statistischen Zentralamt herausgegeben „Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich“ (nunmehr „Gesundheitsstatistisches Jahrbuch“) vorzunehmen.

## *Gesichtspunkte der Berichterstattung:*

Die in dieser Studie vorgeschlagenen spezifischen Gesichtspunkte der Berichterstattung bestimmten bereits den im Jahr 1994 an den Nationalrat übermittelten ersten Bericht und sind auch für den vorliegenden zweiten Bericht maßgebend:

- eine Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der historischen Entwicklung und im internationalen Vergleich,
- die Bezugsetzung der Aktivitäten des Gesundheitsressorts im Berichtszeitraum zu den gesundheitspolitischen Zielen der Bundesregierung sowie
- die Darstellung der Perspektiven der österreichischen Gesundheitspolitik.

## *Erfaßte Tätigkeitsbereiche:*

Auch hinsichtlich der in diesem Bericht dargestellten Tätigkeitsbereiche des Gesundheitsressorts bleibt die Kontinuität gewahrt. Es handelt 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 nunmehrige Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales zurückgekehrt sind. Als Einschränkung ist jedoch anzumerken, daß bestimmte Aufgabenbereiche wie Strahlenschutz, Veterinärwesen, Ernährungswesen einschließlich Nahrungsmittelkontrolle, die auch dem Gesundheitswesen zuzurechnen sind, von der Verfassung aber als eigene Aufgabenbereiche umschrieben werden, hier nicht behandelt werden.

## *Berichtszeitraum:*

Der Berichtszeitraum erstreckt sich auf die Jahre 1993 bis 1995 und schließt damit unmittelbar an die im vorangegangenen Bericht referierten Jahre 1989 bis 1992 an. Der Abstand des Berichtszeitraumes zum Erscheinungsjahr ist durch den Zeitbedarf

für die Zusammenführung und Aufarbeitung des benötigten Datenmaterials bedingt. Bei entsprechender Datenlage wurde aber auch die Weiterentwicklung im Jahre 1996 berücksichtigt. Datenunabhängige Aussagen, insbesondere aber wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen, werden bis ins Jahr 1997 dokumentiert. Mit dieser Vorgehensweise soll dem Aktualitätsanspruch des Gesundheitsberichts Rechnung getragen werden.

#### *Berichterstellung:*

Den Auftrag zur Erstellung des Gesundheitsberichtes an den Nationalrat 1997 erteilte Frau Bundesministerin für Gesundheit und Konsumentenschutz Dr. Christa Krammer an das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen, das eng mit Mitarbeitern des Gesundheitsressorts zusammenarbeitete. Die Endredaktion erfolgte unter Verantwortung der Frau Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales Eleonora Hostasch.

#### *Zum Aufbau des Berichts:*

Im nachstehenden Kapitel 2 werden die gesundheitspolitischen Zielsetzungen der österreichischen Bundesregierung für den Berichtszeitraum anhand der Regierungserklärungen vom Dezember 1990 und November 1994 referiert. Aus Aktualitätsgründen bzw. wegen der gesundheitspolitischen Bedeutung wird auch auf die Regierungserklärung vom März 1996 und auf die im Oktober 1996 zwischen Bund und Ländern getroffene Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 eingegangen. Diese Zielsetzungen bestimmen als Orientierungspunkte die Berichterstattung in den nachfolgenden Kapiteln.

Kapitel 3 bietet eine stark komprimierte, 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 und stellt insbesondere die Ergebnisse ihrer Neuberechnung vor, die aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit notwendig geworden ist.

Kapitel 6 faßt unter dem Titel „Rechtliche Grundlagen“ die wichtigsten gesetzgeberischen Leistungen mit Bezug zum Gesundheitswesen ab dem Jahr 1993 zusammen.

Die Kapitel 7 und 8 sind der eingehenden Darstellung der einzelnen Tätigkeitsbereiche des Gesundheitsressorts gewidmet, wobei das umfangreiche Kapitel 7 die ver-

schiedenen 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,
- Angabe der gesundheitspolitischen Zielsetzung,
- Beschreibung der im Berichtszeitraum erfolgten Aktivitäten des Gesundheitsresorts,
- Hinweise auf zukünftige Maßnahmen.

## 2 Gesundheitspolitische Leitlinien

Wesentliche Orientierungspunkte für die Schwerpunktsetzung in der Berichterstattung und die Bewertung der Ressorttätigkeit bieten die gesundheitspolitischen Zielsetzungen der österreichischen Bundesregierung. Die für den Berichtszeitraum 1993 bis 1995 maßgeblichen Zielsetzungen sind in den Regierungserklärungen vom 17. Dezember 1990 und vom 30. November 1994 festgehalten. Da der vorliegende Bericht aus Aktualitätsgründen - und soweit Daten bereits verfügbar sind - auf die Weiterentwicklung im Jahr 1996 eingeht, sind auch die entsprechenden Passagen aus der Regierungserklärung vom 13. März 1996 von Interesse.

Ein weiteres Dokument von hoher gesundheitspolitischer Relevanz ist die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, die im Oktober 1996 zwischen Bund und Ländern abgeschlossen wurde, deren Vorbereitung aber in den Berichtszeitraum zurückreicht.

### *Regierungserklärung vom 17. Dezember 1990*

In der Regierungserklärung vom Dezember 1990 wird unter dem Titel „Neue Ziele der Gesundheitspolitik“ festgestellt, daß die Gesundheitspolitik in der Vergangenheit darauf abgezielt habe, eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung jedes einzelnen - unabhängig von seinem Einkommen - zu erreichen. Die Aufgaben der nächsten Jahre und Jahrzehnte lägen nun darin, jedem Bürger das ganze Spektrum des Leistungsangebots - von den Spitzenleistungen bis zur Sicherung eines Lebensabends in Würde - zu garantieren.

Es gelte aber nicht nur, das Erreichte zu halten, sondern in Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen wirkenden Kräfte jene Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Weiterentwicklung nach den sich ändernden Bedürfnissen absichern helfen. Eine erfolgreiche Gesundheitspolitik müsse sich u. a. den Umwelt-, Lebens- und insbesondere Arbeitsbedingungen widmen und in ihren Zielsetzungen die wissenschaftliche, medizinische und soziale Entwicklung der letzten Jahre berücksichtigen.

Als Ziele werden konkret angeführt:

- Ersetzung des bisherigen Systems der Krankenanstaltenfinanzierung durch ein leistungsbezogenes, an der Diagnose orientiertes System;
- Erarbeitung eines österreichweiten Gesundheitsplanes gemeinsam mit den Ländern und unter Mitwirkung der Sozialversicherungsträger, der insbesondere einen Krankenanstaltenplan und einen Großgeräteplan inkludieren soll;
- Einrichtung eines Netzes von Gesundheits- und Sozialsprengeln zur österreichweiten Koordinierung von sozialen und medizinischen Diensten;

- Reformierung der Ausbildung der Ärzte - vor allem auch der Schulärzte -, des medizinisch-technischen Personals und des Krankenpflegepersonals, um den künftigen Anforderungen gewachsen zu sein;
- Förderung der Gesundheitsvorsorge durch den Ausbau und die finanzielle Absicherung des „Fonds Gesundes Österreich“;
- Minimierung der Gefahren der Gentechnologie durch Koordinierung von Maßnahmen auf allen Gebieten der Gentechnologie sowie eine am europäischen Standard orientierte Normierung.

#### *Regierungserklärung vom 30. November 1994*

Unter dem Titel „Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ wird in der Regierungserklärung vom November 1994 darauf hingewiesen, daß Österreich zwar über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt verfüge, daß aber entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden müssen, um seine hohe Qualität und allgemeine Zugänglichkeit auch in Zukunft sicherzustellen.

Als Vorhaben der Bundesregierung zur Erreichung dieses Ziels werden insbesondere angeführt:

- Effizientere Gestaltung des Gesundheitswesens durch intensive Beachtung der Grundsätze der Ökonomie, eines professionellen Managements und der Qualitätssicherung;
- umfassende Neubestimmung des Gesundheitsbegriffs, der die Zusammenhänge von Gesundheit mit den Bereichen Umwelt, Ernährung, Bewegung und Arbeitswelt berücksichtigt und die Verantwortung des einzelnen für die eigene Gesundheit betont;
- bestmögliche Koordination aller vorhandenen, aber auch neuzuschaffenden Einrichtungen, wofür ein bundesweit verbindlicher Krankenanstaltenplan ebenso unerlässlich ist wie ein verbindlicher Plan zum optimalen Einsatz von Großgeräten und ein verbindlicher Niederlassungsplan;
- finanzielle Konsolidierung im Gesundheitssystem durch einen ausgabenseitigen Ansatz, im Zusammenhang damit Forderung nach einer zügigen Einführung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems begleitet von der Definition von Qualitätsstandards im Interesse der Patienten.

#### *Regierungserklärung vom 13. März 1996*

Die Regierungserklärung vom März 1996 hielt die Bereitschaft der Bundesregierung fest, trotz des 100-Milliarden-Schilling-Konsolidierungsprogrammes in den nächsten vier Jahren zusätzlich zwölf Milliarden Schilling bereitzustellen, falls die Krankenanstaltenerhalter wichtige Strukturreformen umsetzen, unter anderem einen verbindlichen Krankenanstaltenplan und die Einführung der leistungsorientierten Finanzierung. Damit soll auch der Stellenwert dokumentiert werden, den die umfassende Reform des österreichischen Gesundheitswesens für die Bundesregierung hat.



### *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG*

Im Oktober 1996 wurde zwischen Bund und Ländern einvernehmlich eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 getroffen. Diese Vereinbarung enthält ein umfangreiches Maßnahmenpaket zur Reform des Gesundheitswesens und insbesondere der Finanzierung und Kontrolle des Krankenhausesektors.

Die wichtigsten Maßnahmen, über die Einigung erzielt werden konnte, werden im folgenden summarisch aufgezählt, detaillierte Ausführungen dazu enthalten die entsprechenden Kapitel dieses Berichtes:

- Erstellung eines Österreichischen Gesundheitsplanes, der aus einem Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes, einem Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte, einem Pflegebereichsplan und einem Rehabilitationsplan besteht.
- Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung und Vorgaben für deren Durchführung
- Förderung des Transplantationswesens
- Sicherstellung der bestehenden Dokumentation im stationären Bereich und Erfassung weiterer Daten unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche
- Einrichtung von Landesfonds und deren Dotation sowie von Landeskommissionen
- Einrichtung einer Strukturkommission, in der Bundesmehrheit besteht, die insbesondere mit folgenden Aufgaben betraut ist:
  - Weiterentwicklung des Gesundheitssystems
  - Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche
  - Festlegung des zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten Österreichischen Krankenanstaltenplans einschließlich des Großgeräteplans im Einvernehmen mit den Ländern
  - Qualitätssicherung
  - Erlassung von Grundsätzen für die Verwendung von Strukturmitteln unter Einhaltung folgender Zielvorgaben:
    1. Abbau von Kapazitäten in Bereichen der Akutversorgung von Krankenanstalten.
    2. Schaffung und Ausbau alternativer Versorgungseinrichtungen, insbesondere Pflegebetten, Hauskrankenpflege und mobile Dienste sowie sozialmedizinische und psychosoziale Betreuungseinrichtungen.
    3. Ausbau integrierter Versorgungssysteme, insbesondere Sozial- und Gesundheitssprengel.
  - Festlegung des Ambulanz(leistungs)planes unter Berücksichtigung des niedergelassenen Bereiches im Einvernehmen mit den Ländern.

### **3 Zusammenfassende Standortbestimmung des österreichischen Gesundheitswesens 1993 - 1995 und Zukunftsperspektiven**

Die nachstehende Zusammenfassung korrespondiert in ihrer thematischen Abfolge mit der ausführlichen Darstellung 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 bzw. prognostizierte Weiterentwicklung heraus. Gegebenenfalls wird aus Aktualitätsgründen auch auf wichtige Maßnahmen eingegangen, die erst außerhalb des Berichtszeitraumes, also nach 1995 erfolgten. Auf eine Zusammenfassung des bereits knapp gehaltenen Kapitels 4 „Gesundheitszustand der Bevölkerung“ wurde verzichtet.

#### **3.1 Gesundheitsausgaben** (siehe dazu auch Kapitel 5, Seite 47 ff.)

Internationale Bestrebungen, durch eine Harmonisierung der Berechnungsmethoden die Vergleichbarkeit statistischer Aussagen zu verbessern, haben es notwendig gemacht, die bislang angewandte Vorgangsweise zur Ermittlung der Gesundheitsausgaben einer Revision zu unterziehen. Die mit dieser Neuberechnung verbundene deutliche Senkung des Ausgabenniveaus ist vor allem darauf zurückzuführen, daß einige Ausgabenkategorien (z. B. Fürsorgedienste, veterinärmedizinische Dienste) nicht mehr den Gesundheitsausgaben zugerechnet werden.

Für das Jahr 1995 ergeben sich nunmehr Gesundheitsausgaben in der Höhe von rund 185 Milliarden Schilling (alte Berechnungsmethode: 227 Milliarden Schilling), ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt beträgt 8,1 Prozent (alte Berechnungsmethode: 9,6 Prozent).

Im Jahr 1994, für das die letzten internationalen Vergleichsdaten vorliegen, lag Österreich mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 8,0 Prozent etwas über dem EU-Durchschnitt (7,7 Prozent) und knapp über dem OECD-Durchschnitt (7,9 Prozent).

Zur Beobachtung der Ausgabendynamik im Gesundheitswesen werden die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben jenen des Bruttoinlandsproduktes gegenübergestellt. Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben im Zeitraum 1985 bis 1995 betrug in Österreich 7,5 Prozent, jene des Bruttoinlandsproduktes 5,4 Prozent. Damit sind in Österreich die Gesundheitsausgaben um 2,1 Prozent stärker gestiegen als das Bruttoinlandsprodukt. Im Vergleich hiezu haben in den EU-Mitgliedsstaaten die Gesundheitsausgaben jährlich durchschnittlich

um 8,3 Prozent und das Bruttoinlandsprodukt um 7,1 Prozent zugenommen (Differenz: 1,2 Prozentpunkte).

### **3.2 Rechtliche Grundlagen**

(siehe dazu auch Kapitel 6, Seite 53 ff.)

Die für den Berichtszeitraum zuständigen Bundesregierungen haben sich im Bereich des Gesundheitswesens ehrgeizige Ziele gesetzt, die beträchtliche gesetzgeberische Aktivitäten erforderlich machten.

Ausgangspunkte waren dabei die Regierungserklärungen vom 17. Dezember 1990 und vom 30. November 1994, die unter anderem eine Umstellung der Krankenanstaltenfinanzierung und eine Neubestimmung des Gesundheitsbegriffes vorsahen.

Im einzelnen betrafen die im Berichtszeitraum maßgeblichen gesetzlichen Neuerungen folgende Teilrechtsbereiche des Gesundheitswesens:

- Krankenanstaltenwesen
- Angelegenheiten der Kurorte und natürlichen Heilvorkommen
- Ausbildung im Bereich der Gesundheitsberufe
- Ärztegesetz
- Arzneimittel und Medizinprodukte
- Gesundheitsvorsorge
- Gentechnik

Im Spitalsbereich ist die Umstellung auf die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung als grundlegender Reformschritt in Richtung Kostendämpfung hervorzuheben.

In den Bereichen Medizinprodukte und der Gentechnik mußten bisher weitgehend unregelte Sachbereiche legislativ bearbeitet werden.

Medizinprodukte sind medizinische Geräte, medizinische Bedarfsartikel, implantierbare Geräte, medizinische Hilfsmittel für Behinderte, Laborgeräte und dergleichen. Die Spannweite reicht also vom Verbandmaterial bis zum Computertomographen. Herstellern, Vertreibern und Ärzten wurden dabei - im Interesse der Sicherheit der Benutzer - umfangreiche Pflichten auferlegt. Das Gesetz ist 1997 - also bereits außerhalb des Berichtszeitraumes - in Kraft getreten.

Das Gentechnikgesetz setzt, jedenfalls soweit es das Gesundheitswesen betrifft, Maßstäbe, die über den allgemeinen europäischen Standard hinausgehen, z. B. im Bereich wissenschaftlicher Untersuchungen am Menschen.

### **3.3 Versorgungsbereiche**

(siehe dazu auch Kapitel 7, Seite 62 ff.)

#### **Ärztliche Versorgung in Österreich**

(siehe dazu auch Abschnitt 7.1, Seite 62 ff.)

Die Anzahl der Ärzte in Österreich ist in den vergangenen 15 Jahren, von 1980 auf 1995, um rund 13.000 Ärzte auf insgesamt 31.300 Ärzte gestiegen. Davon waren 1995 15.500 Ärzte in einer Praxis als niedergelassener Arzt tätig, 9.300 Ärzte arbeiteten in einem Anstellungsverhältnis, zum überwiegenden Teil in den Krankenanstalten, und 6.500 Ärzte befanden sich in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder in der Ausbildung zu einem Sonderfach.

Von der Gesamtzahl der 15.500 niedergelassenen Ärzte standen 9.111 Ärzte in einem Vertragsverhältnis mit den § 2-Kassen (Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus). Der überwiegende Teil der § 2-Kassenärzte hat weitere Verträge mit den sogenannten „kleinen Kassen“, 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 1.468 niedergelassene Ärzte, die nur bei einer oder mehreren „kleinen Kassen“ unter Vertrag stehen, diese Ärzte gehen zumeist einer weiteren Beschäftigung nach.

Bezüglich der regionalen Verteilung der Ärzte ist zu bemerken, daß große Unterschiede zwischen den relativ gut ausgestatteten städtischen Zentren - insbesondere in der Bundeshauptstadt Wien - und den weniger gut mit Ärzten ausgestatteten ländlichen Regionen erkennbar sind. Eine besonders geringe Ärztedichte weisen die Stadt-Umgebungsbezirke auf, die jedoch offensichtlich durch die Kernstädte mitversorgt werden.

Im europaweiten Vergleich ist die Ärztedichte in Österreich relativ hoch, und zwar lag Österreich 1992 mit einer Ärztedichte von 280 Einwohner je Arzt nach Italien an zweiter Stelle. Eine vergleichbare Ärztedichte hatte die Schweiz, eine geringere Ärztedichte wiesen beispielsweise die Bundesrepublik Deutschland, Schweden und die Niederlande auf.

#### **Personal im Gesundheitswesen**

(siehe dazu auch Abschnitt 7.2, Seite 67 ff.)

Der nichtärztliche Dienst in den Krankenanstalten umfaßt die diplomierten Pflegekräfte, die Medizinisch-technischen Dienste, die Sanitätshilfsdienste sowie die Hebammen. Der in diesen Berufen von den Krankenanstalten gemeldete Personalstand betrug 1994 insgesamt 67.525 Personen, wovon über 80 Prozent Frauen waren.

Die in den österreichischen Krankenanstalten dokumentierten Beschäftigtenzahlen weisen im Beobachtungszeitraum 1984 bis 1994 deutliche Anstiege auf. Die größten Personalaufstockungen sind beim diplomierten Pflegepersonal und bei den Medizinisch-technischen Diensten zu verzeichnen. Im Krankenpflegefachdienst erhöhte sich der Personalstand im Zeitraum von 1984 bis 1994 um rund 52 Prozent (von rund 25.600 auf knapp 39.000 Personen), bei den Medizinisch-technischen Diensten um 57 Prozent (von knapp 5.700 auf knapp 9.000 Personen). Diese Personalentwicklung führte in Verbindung mit einem im stationären Akutbereich erfolgten Bettenabbau zu einer Erhöhung der Personaldichte und somit zu einem höheren Versorgungsniveau im pflegerischen und therapeutischen Bereich. Entfielen 1984 auf eine diplomierte Pflegekraft noch drei tatsächlich aufgestellte Betten, so waren es 1994 nur mehr 1,8 Betten. Bei den Medizinisch-technischen Diensten entwickelte sich diese Relation von 13,7 Betten je Beschäftigtem zu 7,7 Betten je Beschäftigtem.

Einer längerfristigen Prognose zufolge sind auch weiterhin bei den Pflegeberufen, den Medizinisch-technischen Diensten, den Hebammen und, soweit untersucht, den Sanitätshilfsdiensten - zum Teil sogar starke - Anstiege des Personalangebots zu erwarten.

## **Rehabilitation**

(siehe dazu auch Abschnitt 7.3, Seite 75 ff.)

In den Arbeitsübereinkommen zwischen den Regierungsparteien sind mehrere Zielvorstellungen mit Relevanz für die künftige Entwicklung des rehabilitativen Bereiches enthalten. Von besonderer Bedeutung sind dabei die angestrebte höhere Kostenbeteiligung durch die Versicherten bei Kuraufenthalten, die Gestaltung des Rehabilitationssystems in der Sozialversicherung nach einheitlichen Grundsätzen sowie die Schließung von Versorgungslücken bei Krebserkrankungen und im Schlaganfallbereich.

Weiters wurde die Einrichtung von Strukturen für die „geriatrische Remobilisation“ innerhalb von bzw. in funktioneller Verbindung mit Akutkrankenanstalten als politische Zielvorstellung diskutiert und vom Gesetzgeber in den Erläuterungen zur 50. ASVG-Novelle im Zusammenhang mit der Einführung der medizinischen Rehabilitation als Leistung der Krankenversicherung wie folgt beschrieben: „Diese erst zu schaffenden ‘Remobilisationseinrichtungen’ im Bereich der Spitäler sollen dazu beitragen, daß ältere Patienten nicht zu Pflegefällen werden, da gerade in diesem Bereich medizinische Maßnahmen in unmittelbarem Anschluß an eine Akutpflege am sinnvollsten sind.“

Auf Empfehlung des Beirats für Wirtschafts- und Sozialfragen wurde mit dem Strukturanpassungsgesetz 1996, mit dem unter anderem auch die Sozialversicherungsgesetze geändert werden, ein Spitalskostenbeitrag auch bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalten eingeführt. Ab Juli 1996 werden Zuzahlungen in der Höhe von mindestens öS 70,- und höchstens öS 180,- (Kuren) bzw. von öS 70,- (Rehabilitation)

pro Verpflegstag eingehoben. Weiters wurde mit dem Strukturanpassungsgesetz 1996 auch der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ dergestalt verankert, daß ein Antrag auf eine Erwerbsunfähigkeitspension gleichzeitig als Antrag auf Rehabilitation zu werten und die Einholung der Zustimmung des Behinderten zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen nicht mehr erforderlich ist. Eine Invaliditätspension soll nur mehr dann anfallen, wenn zumutbare Rehabilitationsmaßnahmen die Wiedereingliederung ins Berufsleben nicht bewirken können.

In der im Oktober 1996 zwischen dem Bund und den Bundesländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 ist die Erstellung eines „österreichweiten Gesundheitsplanes“, der unter anderem auch einen „Rehabilitationsplan“ umfassen soll, vorgesehen.

## **Krankenanstalten**

(siehe dazu auch Abschnitt 7.4, Seite 81 ff.)

In den Arbeitsübereinkommen zwischen den Regierungsparteien sowie in den Regierungserklärungen aus den Jahren 1990, 1994 und 1996 wurden wiederholt einander entsprechende bzw. ergänzende Zielvorstellungen zur künftigen Entwicklung des Krankenanstaltenbereiches festgelegt. Hoher Stellenwert wird dabei der Erstellung eines Gesundheitsplanes, der insbesondere einen Krankenanstaltenplan und einen Großgeräteplan inkludiert, weiters der Ersetzung des tagsatzorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems durch ein leistungsorientiertes Finanzierungssystem sowie der Einführung einer Qualitätssicherung beigemessen.

Auf Basis des im Jahr 1994 vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) erarbeiteten „Österreichischen Krankenanstaltenplanes 1994“ wurden in den Jahren 1995 und 1996 zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (BMGK) und den Bundesländern die Einzelheiten des Österreichischen Krankenanstaltenplanes (ÖKAP) verhandelt und einvernehmlich festgelegt. Im Jahr 1996 wurde vom ÖBIG außerdem ein Entwurf zu einem Großgeräteplan erstellt, der anschließend in den Grundzügen ebenfalls zwischen dem BMGK und den Bundesländern verhandelt und einvernehmlich festgelegt wurde.

Im Oktober 1996 wurden die beiden Pläne - zusammengefaßt zu einem Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) - von Bund und Ländern einvernehmlich beschlossen und bilden seither einen Bestandteil der zu diesem Zeitpunkt zwischen Bund bzw. BMGK und Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000. Im Rahmen dieser Vereinbarung wurden unter anderem folgende Ziele und Maßnahmen festgelegt:

- Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, die bereits vom KRAZAF vorbereitet worden war; damit in Verbindung die Einrichtung von

neun Landesfonds sowie einer Strukturkommission des Bundes und von neun Strukturkommissionen der Länder;

- Erstellung und einvernehmliche Festlegung eines österreichweiten Gesundheitsplanes, bestehend aus einem Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes, einem Spitalsambulanzplan, einem Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte, einem Pflegebereichsplan und einem Rehabilitationsplan;
- Sicherstellung der bestehenden Dokumentation und der Erfassung weiterer Daten.

Während durch die einvernehmliche Festlegung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes im Rahmen der erwähnten Vereinbarung bereits ein Teil des angestrebten Österreichischen Gesundheitsplanes abgedeckt ist, wurden für den Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte erst Grundlagenarbeiten geleistet. Ähnliches gilt für den Spitalsambulanzplan, den Pflegebereichsplan und den Rehabilitationsplan.

Mit der Novellierung des Krankenanstaltengesetzes Ende 1993 wurden die Träger der Krankenanstalten verpflichtet, die Voraussetzungen für die interne Qualitätssicherung zu schaffen. Bei der Weiterentwicklung des ÖKAP zu einem Leistungsangebotsplan, die parallel zur im Abstand von zwei Jahren durchzuführenden einvernehmlichen Revision des ÖKAP erfolgen soll, wird außerdem die externe Qualitätssicherung durch Vorgabe von überregionalen Leitlinien eine wichtige Rolle spielen. Besondere Priorität wird in den nächsten Jahren außerdem auf der Erarbeitung und Festlegung eines Ambulanz(leistungs)planes im Einvernehmen zwischen Bund und Ländern liegen.

#### *Reform der Krankenanstaltenfinanzierung:*

Die hohen jährlichen Kostensteigerungsraten im Bereich der Krankenanstalten bedingen in den öffentlichen Haushalten und im Budget der Sozialversicherungsträger eine überdurchschnittliche Zunahme des Finanzmittelbedarfs für Krankenanstalten. Diese Tatsache war mit ein Grund für die angestrebten und vereinbarten Reformen im Gesundheitswesen allgemein, insbesondere aber im Bereich der Krankenanstalten.

Im Rahmen der vierten KRAZAF-Vereinbarung (1988 - 1990) wurde gemeinsam mit 20 ausgewählten Referenzkrankenanstalten ein erstes Modell einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung erarbeitet. Mitte des Jahres 1990 wurden die auf einen KRAZAF-Teilbetrag bezogenen und nur eingeschränkt aussagekräftigen Abrechnungsergebnisse des ersten Modells präsentiert und diskutiert. Der Bund und die Bundesländer faßten den Beschluß, in den folgenden Jahren das auf einer österreichweiten Datengrundlage basierende Abrechnungsmodell weiterzuentwickeln und eine Reihe flankierender Maßnahmen zur Vorbereitung der Krankenanstaltenfinanzierungsreform durchzuführen.

Im Laufe der fünften KRAZAF-Vereinbarung (1991 - 1994), die in der Folge um zwei Jahre bis 1996 verlängert wurde, erfolgte die Weiterentwicklung des bis dahin vorliegenden Modells gemeinsam mit den Referenzkrankenanstalten. Dabei wurde insbesondere der speziell entwickelte Leistungskatalog verstärkt in das Finanzierungssystem integriert. Neben den leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LKF-Kernbereich) wurde ein weiterer Finanzierungsbereich (LKF-Steuerungsbereich) entwickelt, der die Einbeziehung von strukturspezifischen Kriterien (wie z. B. die personelle und apparative Ausstattung der Krankenanstalten) als zusätzliche Finanzierungsparameter in der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung vorsieht.

Das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem wird seit 1995 im Bundesland Vorarlberg und seit 1996 im Bundesland Niederösterreich als zeitlich befristeter Modellversuch praktisch erprobt. Größere strukturelle Veränderungen im Krankenanstaltenbereich und nachhaltige Effekte auf die Kostenstruktur der Krankenanstalten sind jedoch erst bei längerfristiger bzw. unbefristeter Anwendung des neuen Abrechnungssystems zu erwarten. Aufgrund der bisher gewonnenen Erfahrungen wurden im Jahr 1996 das LKF-System und seine leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen nochmals einer vollständigen Evaluierung unterzogen.

Wesentliche Voraussetzung für die Durchführung und laufende Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems ist die bundesweit einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation in den österreichischen Krankenanstalten. Der Diagnoseschlüssel (Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision) und der Leistungskatalog werden vom Gesundheitsressort laufend gewartet und an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft angepaßt.

## **Psychosoziale Versorgung**

(siehe dazu auch Abschnitt 7.5, Seite 101 ff.)

Die Bereitstellung eines Netzes einander ergänzender Berufsgruppen, Dienste und Einrichtungen, die an den Prinzipien der wohn- und lebenskontextnahen Betreuung psychisch kranker Personen orientiert sind, ist ein bereits seit längerem angestrebtes Ziel der Gesundheitspolitik, das in der im Oktober 1996 zwischen Bund und Ländern abgeschlossenen Vereinbarung über eine Reform des Gesundheitswesens neuerlich festgehalten wurde.

Im Bereich der psychiatrischen Versorgung hat sich das Angebot an extramuralen Diensten und Einrichtungen im Berichtszeitraum zwar weiter ausgeweitet, es besteht jedoch nach wie vor kein flächendeckendes Angebot. Dies ist besonders bedeutsam im Hinblick auf die Entwicklung des stationären Bereiches, da sich sowohl die Bettenzahl als auch die durchschnittliche Verweildauer weiter verringert haben, die Anzahl der Aufnahmen jedoch kontinuierlich angestiegen ist.



Im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung hat sich die Anzahl der berufsberechtigten Personen weiter erhöht. Mit Stand Jänner 1997 sind 3.959 Personen zur psychotherapeutischen Berufsausübung berechtigt. Eine vom Gesundheitsressort in Auftrag gegebene Studie zur Einschätzung der Versorgungssituation zeigt jedoch eine Reihe von Versorgungsdefiziten. So ist die krasse regionale Ungleichverteilung des Angebotes zwischen städtischem und ländlichen Bereich sowie zwischen den Bundesländern nach wie vor aufrecht. Wien und Salzburg sind die am besten, Burgenland und Niederösterreich die am schlechtesten ausgestatteten Bundesländer. Überdies gibt es Hinweise auf Zugangsprobleme zum Angebot: Obwohl der geschätzte quantitative Bedarf nach Psychotherapie in der Bevölkerung nicht abgedeckt wird, sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vielfach nicht ausgelastet und haben freie Kapazitäten.

Ebenfalls erhöht hat sich die Anzahl an klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen. Mit Stand Jänner 1997 gibt es 2.141 klinische Psychologen und 2.095 Gesundheitspsychologen. Auch in der Versorgung mit diesen Berufsgruppen zeigen sich bedeutende regionale Unterschiede, wobei wiederum Salzburg und Wien das größte, Burgenland und Niederösterreich dagegen das geringste Angebot haben. Die entsprechend dem Gesamtvertrag zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen vorgesehenen österreichweit 105 Stellen für klinisch-psychologische Diagnostik sind derzeit zur Hälfte besetzt.

Für die psychotherapeutische und psychologische Tätigkeit im Gesundheitswesen sind im Rahmen des Fortpflanzungsmedizingesetzes, des Gentechnikgesetzes, des Suchtmittelgesetzes und der Novelle zur Strafprozeßordnung weitere relevante Regelungen geschaffen worden. Mit der Erarbeitung eines Berufskodex sowie von Ethik- und Supervisionsrichtlinien wurden zudem wesentliche Schritte zur Qualitätssicherung gesetzt. Noch nicht vollständig umgesetzt wurde die Regelung der psychotherapeutischen und psychologischen Tätigkeit in Krankenanstalten im Rahmen der Krankenanstaltengesetze der Länder.

Auch zukünftig ist die Beobachtung der Entwicklung aller Komponenten der psychosozialen Versorgungssituation unumgänglich, um Versorgungsdefizite früh erkennen und entsprechende Steuerungsmaßnahmen setzen zu können. Eine wichtige Maßnahme wird die von seiten des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales beabsichtigte Erstellung eines österreichweiten Psychiatrieplanes sein, mit dem Grundlagen für eine planvoll aufeinander abgestimmte Weiterentwicklung des ambulanten und stationären Angebotes bereitgestellt werden sollen.

## **Gesundheitsförderung und -vorsorge**

(siehe dazu auch Abschnitt 7.6, Seite 111 ff.)

Die im Berichtszeitraum im Bereich der Gesundheitsförderung und -vorsorge gesetzten Maßnahmen zielen - in Entsprechung zur Regierungserklärung von 1994 -

auf die Stärkung des Gesundheitsbewußtseins und auf die Verbesserung der Vorsorgeangebote ab, insbesondere durch deren Koordinierung mit den Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung, wobei die österreichischen Ansätze an die einschlägigen WHO-Programme anschließen und mit den von der EU festgelegten Schwerpunkten übereinstimmen.

#### *Mutter-Kind-Paß:*

Das Mutter-Kind-Paß-Untersuchungsprogramm wurde im Berichtszeitraum weitergeführt. Dadurch konnte zur Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes von schwangeren Frauen, Säuglingen und Kleinkindern beigetragen werden. Die Säuglingssterblichkeit sank im Berichtszeitraum weiter ab (1992 7,5 ‰, 1995 5,4 ‰). Auch nach Abschaffung der erhöhten Geburtenbeihilfe wird das Untersuchungsprogramm in vollem Umfang kostenlos angeboten. Als finanzieller Anreiz für die Teilnahme wird seit Beginn 1997 anstelle der erhöhten Geburtenbeihilfe ein sozial gestaffelter Mutter-Kind-Paß-Bonus in der Höhe von öS 2.000,-- gewährt. Es ist anzustreben, mit Hilfe der Ärzteschaft die Eltern weiterhin auf die Bedeutung einer vollständigen Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen hinzuweisen und zur Teilnahme zu motivieren.

#### *Vorsorgeuntersuchungen:*

Die Vorsorgeuntersuchungen wurden im Berichtszeitraum - bei gleichbleibender Organisationsform - vermehrt beansprucht. Daher sind keine unmittelbaren Maßnahmen geplant. Grundsätzliche Überlegungen gehen in Richtung auf die Definition klarer „Fahndungsziele“, regionaler Risikofaktoren und auf Qualitätssicherung.

#### *Rauchen:*

Zur Verhinderung des Rauchbeginns, zur Unterstützung der Raucherentwöhnung sowie zur Verstärkung des Schutzes der Nichtraucher wurden im Berichtszeitraum sowohl gesetzliche Maßnahmen (Tabakgesetz) als auch präventive Aktivitäten (Aktion „Miteinander ohne Rauch“) gesetzt. Weitere Maßnahmen sind geplant.

#### *Alkohol:*

Für die effektive Fortschreibung der Maßnahmen gegen den Fehlgebrauch von Alkohol hat das Gesundheitsressort am Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtgiftforschung die Studie „Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster (Repräsentativerhebung 1993/94)“ durchführen lassen, die eine Basisinformation und Entscheidungshilfe für künftige Maßnahmen darstellt. Im Jahr 1994 wurden zwei neue Informationsbroschüren herausgegeben, die Broschüre „Droge Alkohol“ wurde überarbeitet und wird in

Kürze erscheinen, ebenso wie das sogenannte „Alkoholhandbuch“, das als umfassendes Nachschlagewerk zum Thema Alkohol wertvolle Dienste leisten wird.

#### *Drogen:*

Der Schwerpunkt der im Berichtszeitraum gesetzten wie zukünftig geplanten drogenpolitischen Maßnahmen des Gesundheitsressorts liegt auf der Primärprävention des Drogenkonsums bzw. der Drogenabhängigkeit. Besondere Bedeutung kommt sowohl in diesem Bereich als auch in den Bereichen Behandlung und Rehabilitation der Kooperation mit allen weiteren einschlägig befaßten Institutionen zu.

Eine Reihe von weiteren Aktivitäten wurde im Zusammenhang mit dem Beitritt zur Europäischen Union gesetzt. Das Gesundheitsressort nimmt die Vertretung Österreichs in einschlägigen Arbeitsgruppen und Programmausschüssen wahr und kooperiert mit der von der EU geschaffenen Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Mit der Erfüllung der Funktion des österreichischen Focal Point im REITOX-Netz (Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht) der EBDD wurde seitens des Ressorts das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen beauftragt.

Am 16. April 1997 wurde im Nationalrat das neue Suchtmittelgesetz (SMG) beschlossen. Es tritt mit 1. Jänner 1998 in Kraft und wird das derzeit gültige Suchtgiftgesetz (SGG) ersetzen. Das SMG setzt die schon im SGG verankerten drogenpolitischen Grundsätze fort. Gesundheitspolitisch relevant sind vor allem der weitere Ausbau des Modells „Therapie statt Strafe“, eine verbesserte rechtliche Verankerung der Schmerztherapie sowie der Entzugs- und Substitutionsbehandlung von Suchtkranken und der Ausbau gesundheitsbezogener Maßnahmen.

#### *Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“:*

1992 wurde das Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“ gegründet. Mittlerweile gibt es 24 Mitgliedstädte, die die Kriterien dieses umfassenden sozial-ökologischen Konzeptes erfüllen. 1996 wurde der formale Rahmen des Netzwerkes mit dem Verein „Gesunde Städte Österreichs - Verein zur Förderung des Gesundheitsbewußtseins in österreichischen Städten“ geschaffen und die Kooperation mit den Netzwerken der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Slowenien formalisiert.

#### *Gesundheitsförderung im Betrieb:*

Zur Unterstützung der Betriebe bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen wurde auf Initiative des Gesundheitsressorts mit Förderung durch die EU und gemeinsam mit Trägern der Krankenkassen bzw. mit Sozialversicherungsträgern die Österreichische Kontaktstelle des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförde-

rung installiert, deren Träger die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse ist und deren Aufgabe darin besteht, die in den Mitgliedsstaaten der EU zu den einschlägigen Themen verfügbaren Informationen zu sammeln und allen Interessierten zugänglich zu machen.

Eine weitere wegweisende Maßnahme im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung stellt die - gemeinsam mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erfolgte - Beteiligung des Gesundheitsressorts am Pilotprojekt „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“ (Laufzeit von Juni 1993 bis März 1995) dar, das von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse in der Verlagsgruppe Linz durchgeführt wurde. Mit Jänner 1996 wurden in zwei weiteren Betrieben Projekte gleicher Intention gestartet. Darüber hinaus wird der Transfer dieses erfolgreichen Modellprojektes vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durch die Herausgabe eines Handbuches gefördert.

#### *Gesundheitsförderung im Krankenhaus:*

Als international anerkanntes Netzwerk konnte die „Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ etabliert werden. Mit der internationalen Koordination hat die WHO das Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie betraut, das Gesundheitsressort beauftragte 1995 den Aufbau und die Weiterentwicklung eines „Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“. Die Erste Österreichische Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser fand 1996 mit großem Erfolg statt. Weiters wurden im Rahmen des Netzwerkes Arbeitstreffen für interessierte Spitäler sowie Seminare mit einschlägigen Themen angeboten.

#### *Gesundheitsförderung in der Schule:*

Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz und des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten wurde 1993 das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“ mit einer Pilotphase von drei Jahren begründet, für deren Dauer ein Planungsausschuß eingerichtet wurde, der die organisatorischen, inhaltlichen und budgetären Schwerpunkte festzulegen hatte. Die Pilotphase wurde im November 1996 mit einer Enquete abgeschlossen. Ihr Erfolg und die damit verbundenen erfolgreichen Erfahrungen bilden die Grundlage für die Projektweiterführung auf Bundesländerebene.

#### *Fonds Gesundes Österreich (FGÖ):*

Der FGÖ wurde 1988 mit dem Ziel gegründet, die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung zu fördern. Gründer waren der Bund, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die Österreichische Ärztekammer, die Österreichische Apothekerkammer und der Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs. Innerhalb des weiten Bereiches der Gesundheitsförderung hat der FGÖ seine Aufgabenstellung neu definiert und versteht sich nunmehr als österreichweite

Plattform für Information und Kommunikation. Der FGÖ hat eine Datenbank aufgebaut, in der österreichische Gesundheitsinitiativen und -projekte erfaßt werden.

Im Auftrag des FGÖ wurde das Projekt SIGIS gestartet, dessen Ziel es ist, den Stellenwert von Selbsthilfe innerhalb des Gesundheitssystems zu erhöhen und Strukturen zu schaffen, welche die Arbeit von Selbsthilfegruppen in allen Teilen Österreichs unterstützen und professionalisieren.

Zweimal jährlich veranstaltet der FGÖ österreichweite Expertentagungen und Enqueten zum Themenbereich Gesundheitsförderung. Sie dienen der fachlichen Auseinandersetzung mit theoretischen Konzepten und praktischen Erfahrungen im Bereich Gesundheitsförderung. Im Jahr 1997 wird für diese Veranstaltungen das Thema „Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung“ im Vordergrund stehen.

#### *Monitoring in der Gesundheitsförderung:*

Die regelmäßige Durchführung von speziellen Gesundheitssurveys, die eine unabdingbare Voraussetzung für die Vergleichbarkeit der österreichischen Situation im internationalen Kontext und für die Planung von Gesundheitsförderung darstellen, findet die Unterstützung des Gesundheitsressorts. In drei Bereichen wird Monitoring durchgeführt: Koordinationsstelle für Zahnstatuserhebungen, WHO-Survey Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern sowie Gesundheitsdaten von Frauen.

#### *Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen:*

Evaluation von Gesundheitsförderung hat international einen immer höheren Stellenwert gewonnen, und diesem Erfordernis wurde auch in Österreich Rechnung getragen. Das Österreichische Netzwerk „Gesundheitsfördernder Schulen“ wurde in verschiedenen Projektphasen evaluiert. Auch im Rahmen des „Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ wurden neue Wege zur Evaluation settingbezogener Ansätze aufgezeigt.

Die Entwicklung von Evaluationsmethoden sowie Qualitätskriterien und -standards für Gesundheitsförderung wird in Zusammenarbeit mit der Europäischen Union im Rahmen des Aktionsprogramms Gesundheitsförderung und mit dem Regionalbüro für Europa der WHO bzw. dem European Committee for Health Promotion Development fortgesetzt.

## **Transplantationswesen**

(siehe dazu auch Abschnitt 7.7, Seite 138 ff.)

Das Spenderorganaufkommen und die damit eng verbundenen Transplantationsfrequenzen ermöglichen einen Versorgungsgrad der österreichischen Bevölkerung, der im internationalen Spitzenfeld liegt. Zur Stabilisierung dieser positiven Situation tragen nachstehende Förderungsmaßnahmen bei: Seit dem Jahre 1993 werden den

Krankenanstalten Kostenersätze für Aufwendungen bei der Organgewinnung (und auch der Knochenmarkspendertypisierung) gewährleistet. Die zugrundeliegende Regelung wurde ausdrücklich in die 1996 zwischen Bund und Ländern abgeschlossene Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung übernommen und wird fortgeführt werden. Eine weitere Maßnahme stellt die Errichtung eines zentralen Widerspruchregisters gegen Organentnahme mit Beginn des Jahres 1995 dar. Dadurch wurde ein Beitrag zum Abbau von Rechtsunsicherheiten und zur Absicherung der bestehenden Gesetzeslage bezüglich Organentnahmen geleistet. Die verstärkte Einbindung der Transplantationsbeauftragten an österreichischen Krankenanstalten in das Transplantationswesen ist ein zentrales zukünftiges Anliegen. Mit der Umsetzung dieser Maßnahmen ist vor allem das Koordinationsbüro für das Transplantationswesen betraut, das 1991 auf Initiative des Gesundheitsressorts am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen eingerichtet wurde.

## **Onkologische Versorgung**

(siehe dazu auch Abschnitt 7.8, Seite 146 ff.)

Epidemiologische Kennzahlen belegen, daß Krebserkrankungen einen immer höheren Anteil der Bevölkerung betreffen und somit ein zunehmendes Versorgungsproblem darstellen. Eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Behandlung und Betreuung von an Krebs Erkrankten hat über die rein medizinischen Belange hinaus auch psychische und soziale Bedürfnisse zu berücksichtigen. Dabei werden an die dabei beteiligten Berufsgruppen hochspezifische Anforderungen, nicht zuletzt solche der Koordination und Kooperation gestellt.

Im Arbeitsübereinkommen der Regierungsparteien wird u. a. der Versorgung von Krebskranken ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Weiters wird in der Regierungserklärung 1994 und in der 1996 zwischen Bund und Ländern abgeschlossenen Vereinbarung über die Gesundheitsreform die Notwendigkeit des Ausbaus von koordinierten und integrierten Versorgungssystemen hervorgehoben.

Zur Identifizierung von Problemen in der onkologischen Versorgung und zur Erarbeitung von Lösungsvorschlägen wird im Auftrag des Gesundheitsressorts an einem Konzept gearbeitet, das einerseits den Auf- und Ausbau regionalisierter Versorgungsstrukturen und deren Vernetzung, andererseits Maßnahmen zur Sicherung der Qualität auch im Hinblick auf eine psychosoziale und rehabilitative onkologische Betreuung anregt.

## **Arzneimittelversorgung**

(siehe dazu auch Abschnitt 7.9, Seite 148 ff.)

Im Berichtszeitraum wurden zentrale Reformen des Arzneimittelgesetzes vorgenommen. Damit wurden einschlägige EU-Richtlinien und Verordnungen in das österreichische Rechtssystem etabliert. Mit diesen Anpassungen wurden vor allem die

Standards bezüglich der Zulassung von Arzneimitteln und klinischer Prüfverfahren in Europa harmonisiert. Biotechnologische und innovative Arzneimittel unterliegen nunmehr einem zentralen Zulassungsverfahren auf EU-Ebene. Weiters wurden verschärfte Bestimmungen im Hinblick auf die Meldepflicht von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in das Arzneimittelgesetz aufgenommen.

Auf Grundlage des „Konjunkturbelebungs- und Stabilitätspaktes 1993 des Bundes, der Länder und der Gemeinden sowie der Sozialpartner und der Österreichischen Notenbank“ wurden im April 1995 und im Februar 1997 die Großhandels- und Apothekenspannen abgesenkt. Erste Auswirkungen der Spannungsenkung des Jahres 1995 zeichnen sich auf Grundlage der Daten bereits ab. So stiegen die Arzneimittelausgaben der Sozialversicherung von 1994 auf 1995 deutlich schwächer an als in den Jahren zuvor.

## **Öffentlicher Gesundheitsdienst**

(siehe dazu auch Abschnitt 7.10, Seite 157 ff.)

Innerhalb des Gesundheitswesens ist der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) jener Teil, der die Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens inklusive der damit zusammenhängenden Untersuchungstätigkeit innehat. Er umfaßt so wichtige Aufgaben wie Gesundheitsaufsicht und Hygieneüberwachung, Angebote an Gesundheitshilfen dort, wo Defizite entweder im Gesundheitszustand oder im vorgehaltenen Leistungsspektrum bestehen, Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich der Vorbeugung übertragbarer Krankheiten durch Impfungen, gesundheitlicher Umweltschutz und Umweltmedizin sowie Gesundheitsberichterstattung. Die Gesellschaft benötigt aber auch den - von Privatinteressen unabhängigen - medizinischen Sachverstand der Amtsärztinnen und Amtsärzte.

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.

Am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen wird derzeit im Auftrag des Gesundheitsressorts an einer Studie zur „Neu-Positionierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ gearbeitet.

### **3.4 Ausbildung und Ausbildungsreform**

(siehe dazu auch Kapitel 8, Seite 161 ff.)

#### **Ärzteausbildung**

(siehe dazu auch Abschnitt 8.1, Seite 161 ff.)

Die Ausbildung der Ärzte wurde durch eine Novelle des Ärztegesetzes, BGBl. Nr. 100/1994, verbunden mit einer Abänderung der Ärzte-Ausbildungsverordnung neu geregelt. Diese Neuregelung betrifft Aspekte der Ausbildungsqualität (Erbringung eines Erfolgsnachweises in der postpromotionellen Ausbildung), stärkere Einbindung der Praxis (verpflichtende Absolvierung eines Ausbildungsteils zur Allgemeinmedizin in einer Lehrpraxis oder einem Lehrambulatorium) und die Harmonisierung mit europäischem Recht (wechselseitige Anerkennung von absolvierten Ausbildungen im EU- bzw. EW-Raum).

Der postpromotionelle Ausbildungsweg wird durch einen beträchtlichen Überhang der Ausbildungskapazität für Allgemeinmedizin bestimmt. Fast durchwegs kann die Ausbildung in einem Sonderfach erst nach Erlangen des ius practicandi in Allgemeinmedizin angetreten werden. Derzeit kommen auf jede frei werdende Ausbildungsstelle zu einem Sonderfach zwei Bewerber, die bereits über die Berufsberechtigung in Allgemeinmedizin verfügen.

Die bestehenden Ausbildungskapazitäten ermöglichen es pro Jahr rund 1.400 Ärzten, die postpromotionelle Ausbildung mit dem ius practicandi abzuschließen. Diese Anzahl deckt bei weitem den zu erwartenden jährlichen Ersatzbedarf von durchschnittlich rund 400 Ärzten sowie den Zusatzbedarf, der im Hinblick auf die prognostizierte demographische Entwicklung auf durchschnittlich rund 50 Ärzte pro Jahr geschätzt wird.

#### **Ausbildung im Krankenpflegefachdienst**

(siehe dazu auch Abschnitt 8.2, Seite 167 ff.)

Für die Sicherung einer professionellen Pflege von Gesunden und Kranken in jedem Lebensalter ist eine zeitgemäße Pflege-Ausbildung unerlässlich. Mit der Fertigstellung der Curricula für die Allgemeine und die Kinderkrankenpflege wurden wichtige Voraussetzungen für eine hohe Ausbildungsqualität an den Schulen geschaffen. In Fortführung dieser Arbeiten wurde eine Seminarreihe entwickelt und angeboten, die die Lehrenden der Pflegefächer, aber auch mit der praktischen Ausbildung befaßte Pflegepersonen bei der Umsetzung der curricularen Elemente unterstützt. Als drittes und letztes Teilprojekt wurde das Curriculum für die psychiatrische Pflegeausbildung entwickelt und 1996 fertiggestellt. Es orientiert sich an einem eigenständigen Berufsbild am Schnittpunkt zwischen Pflege und sozialpsychiatrischen Konzepten.



Nach der Novelle vom 1. Jänner 1993, der keine entsprechende Änderung des Schulorganisationsgesetzes zur schulversuchsweisen Einführung von berufsbildenden höheren Schulen in die Pflegeausbildung folgte, wurden die Arbeiten an einer Neufassung der Pflegeausbildung fortgesetzt. Eine Expertengruppe aus namhaften Pflegepersonen formulierte die inhaltlichen Grundlinien eines zukünftigen Gesetzestextes in Form eines Positionspapiers und stellte dieses im Rahmen einer Enquete im Frühjahr 1994 zur Diskussion. In diesem Konzept wurde die Gesundheits- und Krankenpflege insgesamt, der eigenverantwortliche Aufgabenbereich, der mitverantwortliche Aufgabenbereich, die Aufgabenbereiche der Pflegepersonen mit Sonderausbildungen, die gemeinsamen Aufgaben im interdisziplinären Bereich, Berufsrechte und Pflichten sowie Strafbestimmungen definiert. Auf Basis dieser Formulierungen erstellte das Gesundheitsressort einen Entwurf eines Bundesgesetzes über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG) und legte ihn im Herbst 1994 zur Begutachtung vor. Nach intensiven Diskussionen konnte 1996 ein überarbeiteter Entwurf vorgelegt und im Juli 1997 im Nationalrat beschlossen werden.

## **Hebammenausbildung und Ausbildung in den Gehobenen medizinisch-technischen Diensten**

(siehe dazu auch die Abschnitte 8.3 und 8.4, Seite 171 ff.)

Seit dem 1. Jänner 1994 ist Österreich Mitglied des Europäischen Wirtschaftsraums. In der Folge mußten unter anderem die Gesetze und Verordnungen zur Regelung des Hebammenwesens sowie der sieben Gehobenen medizinisch-technischen Dienste an die im EWR gültige Rechtslage angepaßt werden. Der Schwerpunkt der Ausbildungsreform lag auf der Verlängerung der Ausbildung auf drei Jahre und der Aktualisierung des Lehrstoffes. Für die Hebammenausbildung liegt seit Herbst 1996 ein Curriculum vor.

Das neue Hebammengesetz beinhaltet neben der Ausbildungsreform auch einige Neuerungen in bezug auf die Art der Berufsausübung und den Pflichtenkreis der Hebammen. Neu ist z. B. die Möglichkeit der Betreuungskontinuität durch eine von der schwangeren Frau gewählte Hebamme, die sie von der Feststellung der Schwangerschaft über die gesamte Dauer der Schwangerschaft, bei der Geburt - auch bei einer stationären Geburt - bis zum Ende des Wochenbettes betreuen kann. Erste Erfahrungen mit der Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs werden derzeit in einem Modellprojekt an der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik der Stadt Wien gewonnen.

## 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 bis zum Berichtsjahr 1994 jährlich vom Gesundheitsressort in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Statistischen Zentralamt herausgegebenen „Berichts über das österreichische Gesundheitswesen“ ist. Ab dem Berichtsjahr 1995 erscheint dieses Druckwerk in veränderter Form unter dem Titel „Gesundheitsstatistisches Jahrbuch“. Gesundheitsrelevante Daten, insbesondere aus der Arbeitswelt, finden sich in dem ebenfalls jährlich herausgegebenen „Bericht über die soziale Lage“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, nunmehr Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

### Lebenserwartung

Der stetige Anstieg der Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung hat sich auch im Berichtszeitraum (1993 - 1995) ungebrochen fortgesetzt. Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt nunmehr (1995) bei Männern 73,54 Jahre und hat bei den Frauen zum ersten Mal in der Geschichte der Gesundheitsstatistik die 80-Jahres-Marke mit 80,05 Jahren überschritten.

Die steigende Lebenserwartung wirkt sich auch für die ältere Bevölkerung positiv aus: eine 60jährige Frau kann zur Zeit noch weitere 22,9 Lebensjahre erwarten, ein ebenso alter Mann 18,87 Jahre (siehe auch Abbildung 4.1).

Verglichen mit anderen Industrieländern liegt Österreich bezüglich der Lebenserwartung seiner Wohnbevölkerung im Mittelfeld, auf dem Niveau von Belgien, Deutschland und Luxemburg. Eine höhere Lebenserwartung haben bei beiden Geschlechtern Frankreich, Italien, Schweden, die Schweiz und auch Spanien, unter den österreichischen Werten liegen Dänemark, Finnland, Portugal und die Türkei.

Der 1993 in der Europäischen Union erreichte Durchschnittswert der Lebenserwartung für beide Geschlechter von 76,86 Jahren deckte sich fast genau mit dem entsprechenden österreichischen Durchschnittswert von 76,80 Jahren.

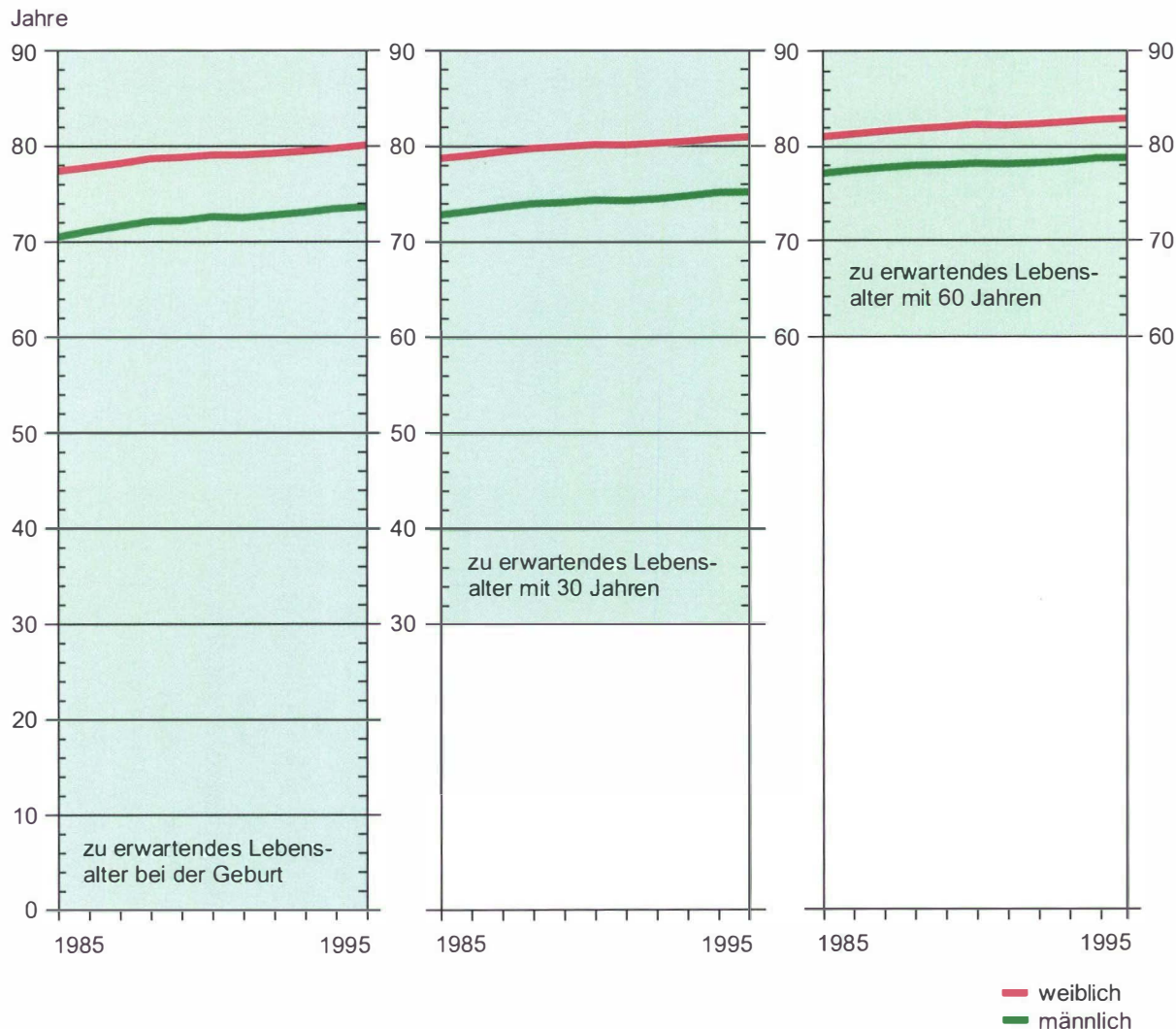
### Sterblichkeit

#### *Säuglingssterblichkeit:*

In den vergangenen zehn Jahren ist die Säuglingssterblichkeit kontinuierlich gesunken, von 11,2 Promille (gestorbene Säuglinge auf 1.000 Geburten) im Jahre 1985 auf 5,4 Promille im Jahre 1995 (vergleiche Abbildung 4.2).

**Gesundheitszustand der Bevölkerung**

Abbildung 4.1: Entwicklung des zu erwartenden Lebensalters bei der Geburt, mit 30 und mit 60 Jahren nach Geschlecht, 1985 - 1995



Quelle: Demographisches Jahrbuch Österreichs 1993/94/95

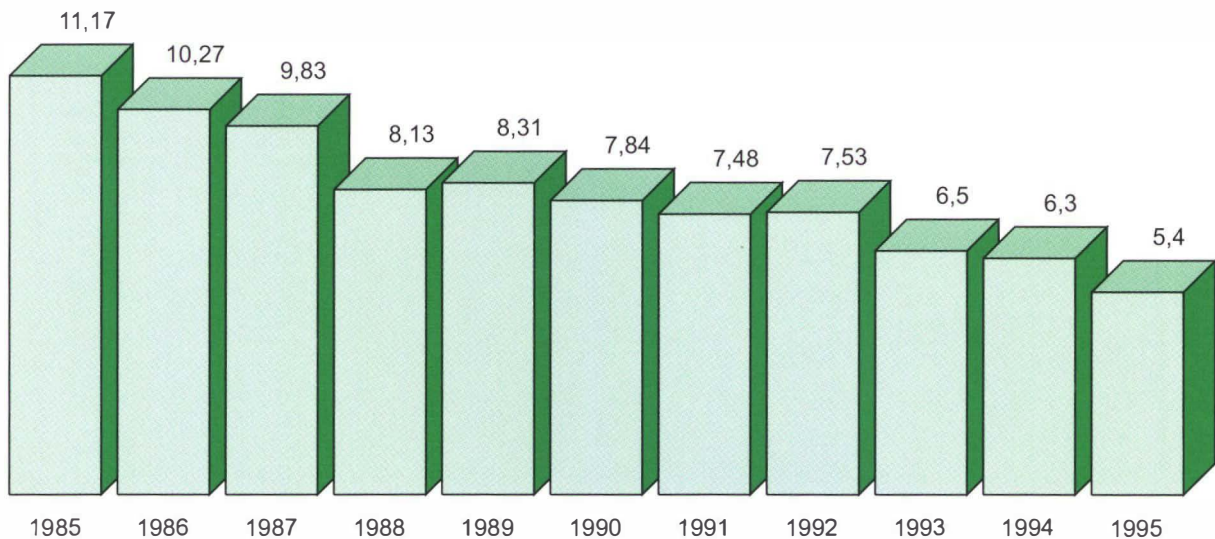
Grafik: ÖBIG

Innerhalb des Berichtszeitraumes (von Ende 1992 bis Ende 1995) ist die Säuglingssterblichkeit um rund 28 Prozent zurückgegangen.

Eine langfristige Betrachtung zeigt, daß die Säuglingsterblichkeit in der ersten Lebenswoche dank der Verbesserung des Geburtsgewichtes und der medizinischen Betreuung bei der Geburt stärker gesenkt werden konnte als die Sterblichkeit im restlichen ersten Lebensjahr (siehe auch Tabelle 4.1).

Unter den österreichischen Bundesländern hat die Steiermark die niedrigste Säuglingssterbeziffer, während Wien, gefolgt von Vorarlberg und Salzburg, die höchste diesbezügliche Ziffer aufweist.

Abbildung 4.2: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit 1985 - 1995 (Angaben in Absolutzahlen, bezogen auf 1.000 Geburten)



Quellen: Demographisches Jahrbuch Österreichs 1993/94/95, ÖBIG-eigene Berechnungen

Grafik: ÖBIG

Tabelle 4.1: Säuglings- und Perinatalsterblichkeit auf 1.000 Lebendgeborene 1985 - 1995

Jahr	Gestorbene Säuglinge			Perinatalsterblichkeit*
	insgesamt	in der 1. Lebenswoche	nach der	
1985	11,2	5,5	5,7	10,1
1986	10,3	4,7	5,5	9,2
1987	9,8	4,3	5,5	7,6
1988	8,1	3,7	4,5	7,4
1989	8,3	3,8	4,6	7,7
1990	7,8	3,3	4,6	6,9
1991	7,5	3,1	4,3	6,5
1992	7,5	3,3	4,3	6,8
1993	6,5	2,8	3,7	6,1
1994	6,3	2,9	3,4	6,2
1995	5,4	2,5	2,9	6,9

\* Totgeborene und in der ersten Lebenswoche Gestorbene

Quelle: Demographisches Jahrbuch Österreichs 1993/94/95

## Gesundheitszustand der Bevölkerung

Festzustellen ist weiters, daß die Sterblichkeit weiblicher Säuglinge (5,6 Promille) unter jener der männlichen Säuglinge (6,88 Promille - beide Daten bezogen auf das Jahr 1994) liegt.

Im Vergleich mit dem Durchschnittswert der Länder der Europäischen Union weist Österreich eine deutlich niedrigere Säuglingssterblichkeit auf. Lediglich die Länder des europäischen Nordens und Deutschland erreichen bessere Werte.

### *Gesamtsterblichkeit:*

Im Jahre 1994 erreichte die Gesamtsterblichkeit mit 10,05 Sterbefällen pro 1.000 Einwohner (alters- und geschlechtsgruppenstandardisiert) einen historischen Tiefstand. Im Jahre 1995 betrug dieser Wert 10,09 Gestorbene auf 1.000 Einwohner.

Bezüglich eines internationalen Vergleichs ist vorzuschicken, daß die von der Weltgesundheitsorganisation angegebenen Werte auf eine nach Alter und Geschlecht standardisierte fiktive „Weltstandardbevölkerung“ bezogen sind. Nach dieser Berechnungsform war 1994 die österreichische Sterblichkeitsziffer (755,20 Gestorbene auf 100.000 Einwohner) fast identisch mit dem entsprechenden Mittelwert der Europäischen Union (754,29). Der gesamteuropäische Mittelwert lag weitaus höher (1.030,80 im Jahr 1993).

## Ausgewählte 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.

In der Folge werden wichtige ausgewählte Ergebnisse dargestellt.

### *Krebsmortalität:*

Die Todesursache Krebs machte 1995 etwa 23,6 Prozent aller Todesursachen aus, sie liegt bei den Männern etwas höher (25,6 %), bei Frauen niedriger (21,9 %). Damit ist Krebs nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die bedeutendste Todesursache.

Eine Betrachtung nach ausgewählten Krebslokalisationen zeigt sowohl bei Männern als auch bei Frauen unterschiedliche Trends:

- Während die Lungenkrebssterblichkeit bei Männern weiter sinkt, ist sie bei den Frauen weiter angestiegen, jedoch von einem niedrigem Niveau aus;
- einen relativ gleichbleibenden Verlauf zeigt die Sterblichkeit an Darmkrebs für beide Geschlechter, wobei jedoch die Männer höhere Raten aufweisen als

Frauen; dieser Krebs ist - beide Geschlechter zusammengenommen - die häufigste Krebsform;

- bei beiden Geschlechtern steigt die Sterblichkeit an Hautkrebs seit Jahren kontinuierlich an;
- die Sterblichkeit an Magenkrebs ist in beiden Geschlechtern seit Jahren im Sinken begriffen, liegt jedoch für Männer doppelt so hoch als für Frauen;
- die Sterblichkeit an Brustkrebs zeigt seit 1990 eine leicht rückläufige bis gleichbleibende Tendenz;
- die Sterblichkeit an Gebärmutterkrebs ist weiterhin stark rückläufig;
- bezüglich des Prostatakrebses ist die Sterblichkeit auch zwischen 1993 und 1995 weiter gestiegen.

Bei allen anderen Lokalisationen ist die Entwicklung in den letzten Jahren uneinheitlich und schwankend.

Verglichen mit der geschlechtsspezifischen durchschnittlichen Krebssterblichkeit in der Europäischen Union weisen in Österreich die Männer eine niedrigere, die Frauen jedoch eine etwas höhere Krebssterblichkeit auf, was vor allem durch die höhere Brustkrebs- und Lungenkrebssterblichkeit bedingt ist. Zieht man hingegen die gesamteuropäischen geschlechtsspezifischen Mittelwerte heran, so werden in Österreich bei beiden Geschlechtern deutlich niedrigere Krebssterblichkeitsziffern erreicht.

#### *Mortalität durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich Hirngefäßkrankheiten:*

Wenn auch bei beiden Geschlechtern im langjährigen Durchschnitt eine sinkende Tendenz bei dieser bedeutsamen Todesursachengruppe festzustellen ist, sind ihr noch immer mehr als fünfzig Prozent der Gestorbenen zuzuordnen. Auch ist das Jahr 1995 wiederum durch einen leichten Anstieg vor allem in den höchsten Altersgruppen gekennzeichnet.

Es besteht ein deutlicher Geschlechtsunterschied, denn der Anteil dieser Krankheitsengruppe an den Verstorbenen beträgt (1995) bei den Männern 47,3 Prozent und bei den Frauen 58,8 Prozent.

Es ist vor allem die Todesursache „Herzkrankheiten“, die im Berichtszeitraum bei beiden Geschlechtern keinen weiteren Rückgang erfahren hat. Ihr ist auch im Vergleich zu den Hirngefäßkrankheiten der höhere Anteil an Verstorbenen zuzuschreiben: 39,6 Prozent der Frauen und 34,8 Prozent der Männer sind 1995 an Herzkrankheiten verstorben, wobei der Herzinfarkt die häufigste Ursache innerhalb dieser Krankheitsengruppe darstellt.

Vergleiche mit den durchschnittlichen Mortalitätsraten in der Europäischen Union lassen bezüglich der gesamten Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine deut-

## Gesundheitszustand der Bevölkerung

liche Übersterblichkeit für beide Geschlechter in Österreich erkennen. Bei den Hirngefäßkrankheiten allein liegt Österreich ziemlich genau im Mittel der EU.

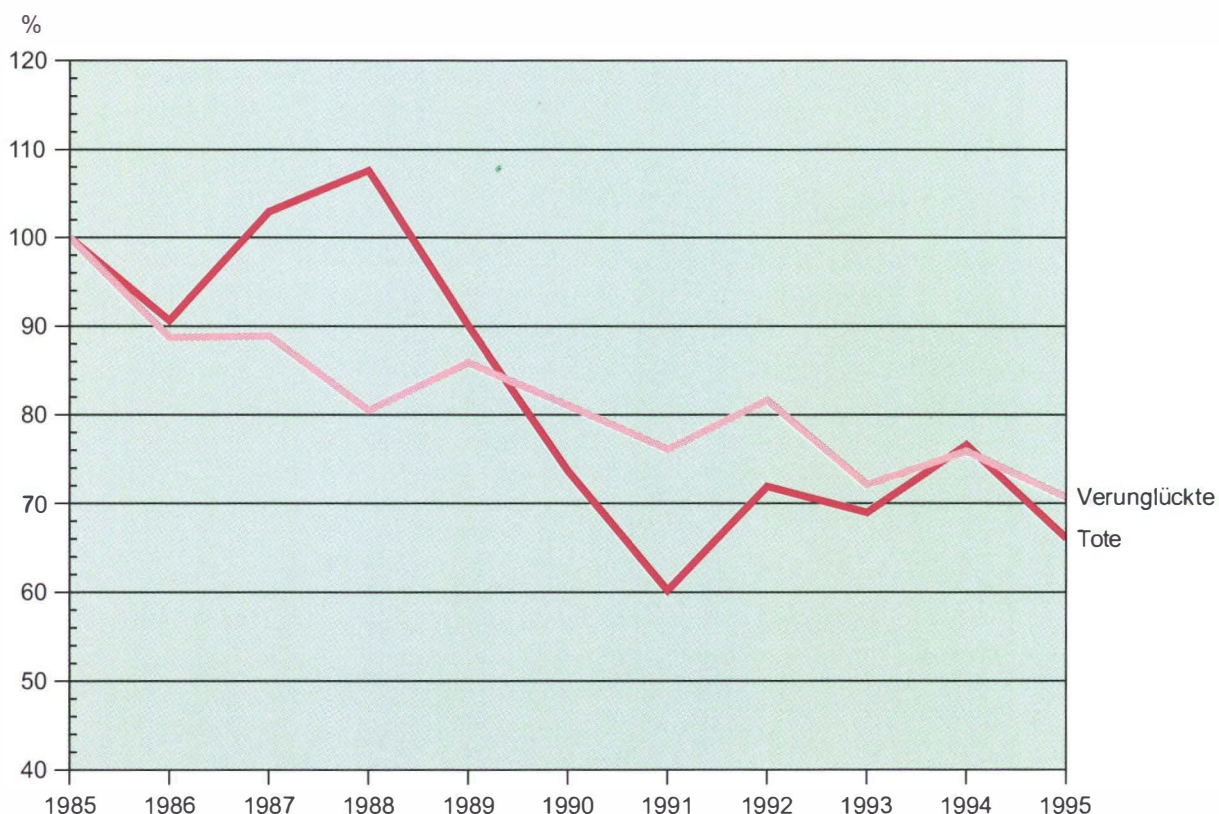
Auf die beiden Krankheitsgruppen Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind 77 Prozent (1995) aller Todesursachen zurückzuführen.

### Sonstige Todesursachen:

Zu sonstigen Todesursachen ist festzustellen, daß Krankheiten der Atmungsorgane und Krankheiten der Verdauungsorgane wie in den Jahren vorher auch von 1993 bis 1995 durch einen weiteren Rückgang gekennzeichnet waren.

Weiters ist ein Rückgang bei Unfällen insgesamt festzustellen, nicht jedoch bei den Männern in der Altersgruppe zwischen 15 und 25 Jahren, bei den es 1993 und 1994 zu einem zwischenzeitlichen Anstieg kam. Ebenfalls vorübergehend erhöht haben sich tödliche Unfälle von Kindern in den Jahren 1993 und 1994.

Abbildung 4.3: Entwicklung der Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung 1985 - 1995 (Angaben von 1985 entsprechen 100 %)



Quelle: ÖSTAT

Grafik: ÖBIG

In den Ländern der Europäischen Union sowie in ganz Europa sind Sterblichkeitsraten durch Unfälle sowohl bei Männern als auch bei Frauen im Durchschnitt niedriger als in Österreich.

Der seit Mitte der achtziger Jahre festzustellende Rückgang der Sterblichkeitsraten durch Selbstmord hat sich in den letzten Jahren nicht fortgesetzt und ist für beide Geschlechter seit 1993 etwa gleichgeblieben. Damit liegt Österreich zwar nicht mehr im europäischen Spitzenfeld wie noch Mitte der achtziger Jahre, jedoch noch immer deutlich über dem europäischen Mittelwert und auch jenem der Länder der Europäischen Union. Auffallend ist, daß bei beiden Geschlechtern gerade die sehr Alten ab dem achtzigsten Lebensjahr die höchsten Selbstmordraten, gemessen an ihrer Zahl in der Bevölkerung, aufweisen.

## Österreichische Krebsstatistik

Österreich zählt zu den wenigen Ländern Europas, die ein nationales Register zur Erfassung von neu aufgetretenen Erkrankungsfällen an bösartigen Neubildungen auf gesetzlicher Basis führen. Es besteht seit 1970 und erlaubt eine Fülle wissenschaftlicher Untersuchungen über diese Krankheitsgruppe. Im Jahre 1996 wurde das Krebsregister insofern verbessert, als auch jene Fälle eingearbeitet wurden, bei denen der Krebs erst beim Tod festgestellt wurde und die bisher nicht Eingang in das Register gefunden hatten. Diese Korrektur wurde rückwirkend für die Jahre 1983 bis 1994 vorgenommen.

Die Aussagekraft der Krebsstatistik ist damit sehr hoch anzusetzen, und es kann von einem nahezu vollständigen Erfassungsgrad gesprochen werden. Aktuelle Daten aus diesem Register stammen aus dem Jahr 1994. Nachfolgend sind die wesentlichen Aussagen angeführt.

Im Jahre 1994 erkrankten in Österreich 33.672 Personen an einer bösartigen Neubildung, also an Krebs.

Die Neuerkrankungsrate an Krebs ist bei den Männern in den letzten Jahren weiter gestiegen, bei den Frauen etwa gleichgeblieben.

Lungenkrebs war in den letzten zehn Jahren die häufigste Krebslokalisation bei Männern, wenn auch in dieser Zeit ein allmählicher Rückgang zu verzeichnen war. Im Jahre 1994 wurde er vom stetig ansteigenden Prostatakrebs überholt.

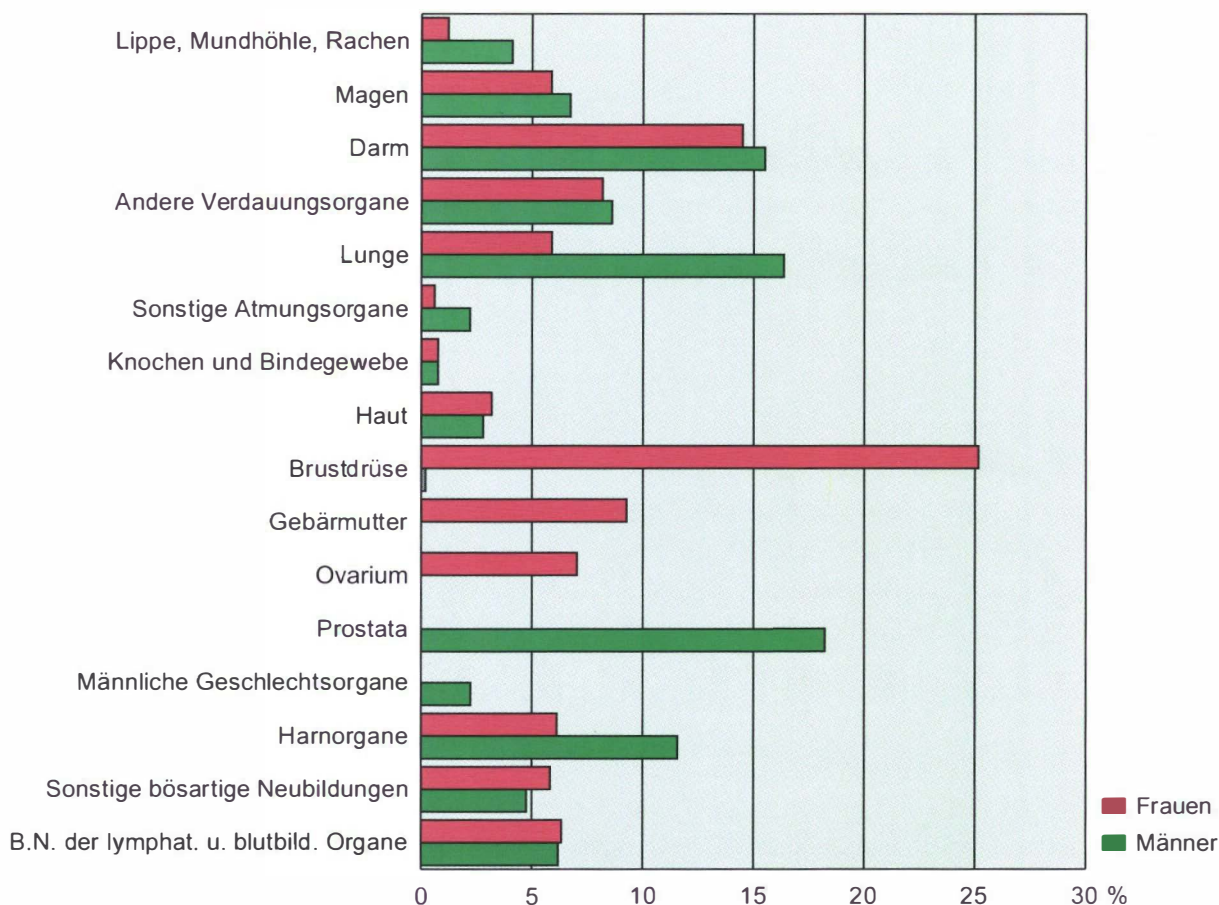
Für Frauen ist der Brustkrebs nach wie vor die häufigste Krebslokalisation, wobei die Erkrankungsrate bis 1993 angestiegen ist und 1994 ein relativer Rückgang zu verzeichnen war. Rückgänge sind auch in den letzten Jahren beim Gebärmutterkrebs festzustellen.

Weiter im Steigen begriffen ist der Lungenkrebs bei Frauen, wenn auch das Risiko für Männer bei dieser Lokalisation ungleich höher ist.



## Gesundheitszustand der Bevölkerung

Abbildung 4.4: Häufigkeitsverteilung der einzelnen Krebslokalisationen 1994



Quelle: ÖSTAT

Grafik: ÖBIG

Für beide Geschlechter nimmt das Melanom der Haut auffällig zu, während der sehr häufige Darmkrebs einen eher gleichbleibenden Verlauf nahm.

Ein seit Jahren festzustellender deutlicher Rückgang zeigt sich für beide Geschlechter beim Magenkrebs.

## Meldepflichtige übertragbare Krankheiten

Die Erfassung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gehört zu den klassischen Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsverwaltung. Im folgenden wird die Entwicklung bei Tuberkulose und AIDS herausgegriffen. Weiters mußte im letzten Gesundheitsbericht noch von einem dramatischen Anstieg der bakteriellen Lebensmittelvergiftungen berichtet werden, seither konnte jedoch ein Rückgang von 11.109 Erkrankungen (acht Sterbefälle) im Jahr 1992 auf 8.705 Erkrankungen (fünf Sterbefälle) im Jahr 1995 beobachtet werden.

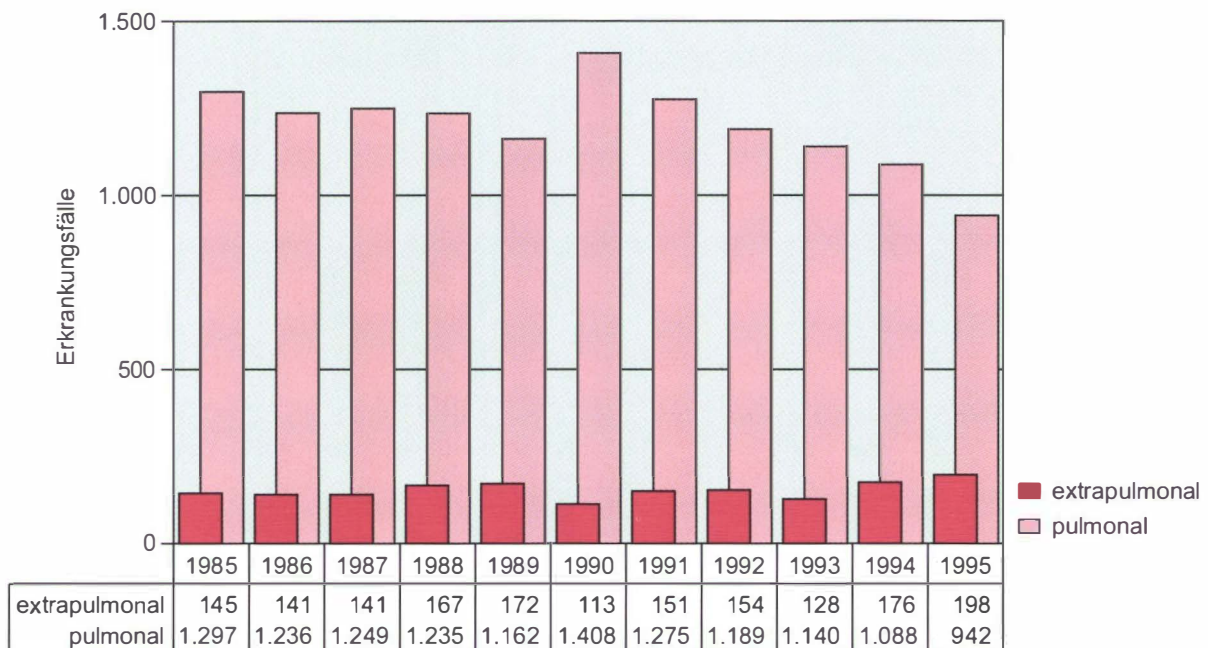
*Tuberkulose:*

1995 wurde in Österreich versuchsweise eine neue Meldemodalität für Tuberkulose eingeführt. Sie zielt darauf ab, all jene Mindestdaten, welche für eine gesamteuropäische Tuberkuloseerfassung zusammenzuführen wären, zu erheben. Eine definitive Angleichung in Richtung gesamteuropäisches Meldeformular ist in Arbeit. Damit soll sowohl eine Auswertung nach Einzelfällen als auch ein Vergleich mit internationalen Statistiken ermöglicht werden.

Die neue Erhebungsform stellt einen für den einzelnen meldenden Arzt nicht unerheblichen Mehraufwand dar, ist aber für die Erstellung aussagekräftiger Statistiken unumgänglich. Es wird jedoch ausdrücklich auf die hohe Meldebereitschaft der involvierten Ärzte hingewiesen.

Bei der pulmonalen Tuberkulose ist ein Rückgang der Erkrankungs- und Sterbefälle zu verzeichnen (siehe Abbildung 4.5). Tuberkuloseerkrankungen anderer Organe sind dagegen angestiegen.

Abbildung 4.5: Tuberkulose in Österreich - Gemeldete Erkrankungsfälle 1985 - 1995



Quelle: BMGK/Abteilung II/2

Grafik: ÖBIG

Eine Auswertung der vorläufigen Daten nach der neuen Meldemodalität ergab eine Gesamttuberkuloseinzidenz von ca. 20 erkrankten Männern pro 100.000 und ca. zehn erkrankten Frauen pro 100.000. Die Inzidenz der Gesamtbevölkerung und der Männer steigt kontinuierlich mit zunehmendem Alter. Bei den Frauen zeigt sich eine

## Gesundheitszustand der Bevölkerung

Zweigipfeligkeit mit Gipfeln in den Gruppen 35 bis 39 Jahre sowie 75 bis 79 Jahre. Weiters fällt die große Schwankung des Geschlechter-Verhältnisses (Inzidenz Frauen/Inzidenz Männer) in den einzelnen Altersgruppen auf. Während bei den Kindern und Jugendlichen fast kein Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht, sind Männer zwischen 40 und 60 Jahren drei- bis viermal häufiger betroffen als Frauen der gleichen Altersgruppe.

### *AIDS:*

Seit 1983, dem Beginn der AIDS-Meldepflicht, bis einschließlich Oktober 1996 wurden in Österreich insgesamt 1.621 Erkrankungen an AIDS gemeldet. 1.086 der erkrankten Personen sind bereits gestorben.

Die Zahlen der jährlichen Erkrankungen seit 1993 zeigen keinen einheitlichen Trend. Ging die Zahl der Erkrankungen von 1993 auf 1994 deutlich zurück (von 227 auf 162), so stieg sie von 1994 auf 1995 wieder auf 191 AIDS-Erkrankungen an. Die Zahl der AIDS-Toten aber geht erfreulicherweise kontinuierlich zurück (1993: 160, 1994: 87, 1995: 65).

Zirka ein Fünftel der Erkrankten sind Frauen. Diese haben sich zu 42 Prozent bei intravenösem Drogenmißbrauch und zu 37 Prozent bei heterosexuellen Kontakten infiziert. Knapp die Hälfte der Männer hatte sich bei homosexuellen Kontakten infiziert, ca. ein Fünftel durch intravenösen Drogenmißbrauch und nur ca. sieben Prozent bei heterosexuellen Kontakten.

Die Altersverteilung hat sich seit dem letzten Bericht nach oben verschoben. Waren damals die überwiegende Zahl der Neuerkrankten zwischen 20 und 40 Jahre alt, so sind derzeit die meisten erkrankten Männer zwischen 25 und 45 Jahre und die Mehrzahl der erkrankten Frauen zwischen 25 und 40 Jahre alt. Dies läßt auf ein Greifen der Präventionsbemühungen bei den Jugendlichen schließen.

### *Creutzfeld-Jakob-Erkrankungen (CJK):*

Die Creutzfeld-Jakob-Erkrankung ist eine sehr seltene Enzephalopathie, die im weltweiten Durchschnitt mit einem Fall pro einer Million Einwohner auftritt.

Da auch in Österreich in den letzten Jahren vereinzelt Fälle dieser Krankheit beobachtet wurden, wurden Todesfälle aufgrund dieser spongiformen Enzephalopathie 1996 der Anzeigepflicht unterworfen. Die Erfassung und Dokumentation erfolgt mit Unterstützung eines neurologischen Referenzzentrums an der Universität Wien.

In einer retrospektiven Erfassung wurden folgende Zahlen für Creutzfeld-Jakob-Erkrankungen ermittelt: 1990:5, 1991: 6, 1992: 4, 1993: 8, 1994: 9, 1995: 10 und 1996: 11

**Tabelle 4.2: Übersicht über angezeigte Fälle ausgewählter übertragbarer Krankheiten 1992 - 1995**

Krankheit	1995		1994		1993		1992	
	E	St	E	St	E	St	E	St
Scharlach	1.488	0	1.445	0	1.663	0	1.975	0
Tbc Lunge	942	52	1.088	70	1.139	67	1.189	71
Tbc andere Organe	198	8	176	12	128	9	154	13
Bakt. Lebensmittelvergiftung	8.705	5	8.706	4	10.014	4	11.109	8
Hepatitis	752	8	869	12	752	8	675	2
davon A	381	0	486	0	375	2	256	0
B	209	4	241	5	275	4	267	1
C	157	4	136	7	97	2	k.A.	k.A.
AIDS	191	65	162	87	227	160	188	138

E = Erkrankungsfälle

St = Sterbefälle

k.A = keine Angaben

Quelle: Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung 1993 - 1996

## Krankenhausmorbidity

Die österreichischen Krankenanstalten sind verpflichtet, jährlich Daten über ihre Patienten zu liefern. Neben vielen anderen Informationen wird auch eine Statistik der Entlassungsdiagnosen erstellt. Daraus lassen sich Aussagen über abteilungsspezifische Krankheitsverteilungen, regionenbezogene Einzugsbereiche, diagnose- und geschlechtsspezifische Altersverteilungen und vieles andere ableiten. Diese Statistiken sind eine wertvolle Grundlage zur Beurteilung der Krankenhausmorbidity und für Standort- und Kapazitätsplanungen von Krankenanstalten.

Die Zahl der Aufnahmen bezogen auf die Bevölkerung zeigt seit Jahren eine steigende Tendenz und ist im Vergleich zu anderen Ländern sehr hoch: im Jahre 1994 wurden 25,6 Personen pro 100 Einwohner in eine Krankenanstalt aufgenommen, 1970 waren es 15,5. Diese Kennziffer beträgt 1994 in der Schweiz 13,9, in Italien 15,3, in Schweden 19,5 und in Frankreich 23,4.

Die durchschnittliche Dauer eines Krankenhausaufenthaltes konnte in den letzten Jahren deutlich gesenkt werden. 1985 verblieb ein Patient noch durchschnittlich 12,6 Tage im Krankenhaus, derzeit (1994) 10,3 Tage.

Nach der Häufigkeit der Erkrankungen haben Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 14 Prozent den größten Anteil an allen Krankenhausfällen. Mit zwölf Prozent folgen Verletzungen und Vergiftungen, sowie mit zehn Prozent Krebs. Geburten machen etwa sieben Prozent aller Krankenhausfälle aus. Dies bedeutet, daß 90 Prozent aller Kinder in einer Krankenanstalt zur Welt kommen.

## Gesundheitszustand der Bevölkerung

Für die letzten zwanzig Jahre sind aus der Diagnosenstatistik der Krankenanstalten auffällige Veränderungen abzulesen: Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates sind um mehr als 300 Prozent gestiegen. Deutlich gestiegen, und zwar um 250 Prozent, sind Krebserkrankungen, was jedoch auch auf eine bessere Diagnose und Therapie dieser Krankheitsgruppe zurückzuführen ist. Mehr als verdoppelt haben sich die Krankheiten der Verdauungsorgane, jene des zentralen Nervensystems sowie Augenkrankheiten.

Ein erfreulicher Rückgang ist im selben Zeitraum bei den Infektionskrankheiten festzustellen, und zwar um mehr als ein Drittel. Ebenso deutlich rückläufig waren Geschlechtskrankheiten und Grippefälle.

*Tabelle 4.3: Die zwanzig häufigsten Gründe für Krankenhausaufenthalte 1994 (Entlassungsdiagnosen in 1.000)*

Diagnose	in Tausend
Normale Geburt	76,98
Chron. Ischämische Herzkrankheiten	44,43
Chron. Affekt. d. Tonsillen	36,56
Diabetes mell.	31,35
Katarakt	30,78
Osteoarthrose	27,38
Bösartige Neubildung d. weibl. Brust	24,50
Essentielle Hypertonie	23,90
Herzinsuffizienz	22,05
Cholelithiasis	21,88
Affektionen d. Rückens	21,52
Commotio cerebri	19,52
Hernia inguinalis	19,34
Varizen d. unteren Extremitäten	18,75
Herzrhythmusstörungen	18,22
Intervertebrale Diskopathien	16,41
Akute Hirngefäßstörungen	15,97
Akute Appendicitis	15,07
Alkoholismus	14,79
Menstruationsstörungen	12,28

Quelle: ÖSTAT

## Gesundheitszustand der Schuljugend

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Schuljugend werden jährlich Stichproben aus den Ergebnissen der Schuluntersuchungen gezogen. Ausgewertet werden Befunde von Schülerinnen und Schülern der ersten, vierten, achten und zwölften Schulstufe. Einschränkend ist anzumerken, daß die Gesundheitsblätter des Lan-

des Vorarlberg nicht in die österreichweite Auswertung einbezogen sind. Aktuell stehen Daten aus dem Schuljahr 1993/94 zur Verfügung.

Nach ausgewählten Befundgruppen sind folgende Auffälligkeiten festzuhalten:

#### *Allergien:*

Positive Befunde nehmen mit dem Alter zu (von 5,4 % in der ersten auf 18,5 % in der zwölften Schulstufe). In den letzten Jahren ist eine Zunahme der Allergien in allen Altersgruppen festzustellen, am deutlichsten nach dem 14. Lebensjahr.

#### *Sehbefunde:*

Der Anteil der Brillenträger nimmt erwartungsgemäß mit steigendem Alter zu und erreicht mit 39,5 Prozent bei Absolventinnen und Absolventen der allgemeinbildenden höheren Schulen den höchsten Anteil. Mädchen tragen etwas häufiger Brillen als ihre männlichen Mitschüler. Der Anteil der Untersuchten mit herabgesetzter oder nicht ausreichend korrigierter Sehleistung ist weiter zurückgegangen, wobei sich die rückläufigen Prozentsätze grob mit der Zunahme bei den Brillenträgern in den jeweiligen Altersgruppen decken. Dies läßt auf eine wirksame schulärztliche Visuskontrolle schließen.

#### *Hörvermögen und Sprachfehler:*

Der Anteil der untersuchten Schülerinnen und Schüler mit herabgesetztem Hörvermögen ist in allen Altersstufen in etwa gleich geblieben. Er geht mit zunehmendem Alter zurück und beträgt in der ersten Schulstufe etwas mehr als zwei Prozent und in der zwölften Schulstufe knapp unter einem Prozent.

Bei der Diagnose der Sprachfehler ist es zu einem leichten Anstieg der Häufigkeit in der ersten (von 6,6 auf 7,7 %) und zwölften Schulstufe (von 0,5 auf 0,8 %) gekommen. In der vierten und achten Schulstufe gingen die positiven Befunde zurück

#### *Zahnbefunde:*

Pathologische Veränderungen bei Zahnbefunden sind zwar in den letzten Jahren zurückgegangen, sind jedoch bei Schulanfängern die häufigste und bei Zehnjährigen die zweithäufigste Diagnose. Dabei ist zu berücksichtigen, daß durch die Untersuchungsmethode der Schulärzte, die nur mit Hilfe eines Spatels die Mundhöhle inspizieren, der Anteil der Kariesprävalenz immer niedriger ist als bei Zahnstatuserhebungen oder Felduntersuchungen.

Eine Zahnstatuserhebung bei fünf- bis sechsjährigen Kindergartenkindern, die 1996 vom ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführt wurde, ergab aber ebenfalls eine deutliche Verbesserung des Zahngesundheitszustandes der Kinder

## **Gesundheitszustand der Bevölkerung**

gegenüber der letzten Erhebung 1988/89. Der Anteil kariesfreier Kinder nahm von 32 auf 47 Prozent zu. Das Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zielt im Bereich Zahngesundheit für diese Altersgruppe darauf ab, daß mindestens die Hälfte der fünf- bis sechsjährigen Kinder kariesfrei ist. Dieses Ziel sollte von Österreich erreicht werden können.

### *Haltungsanomalien der Wirbelsäule:*

Die Häufigkeit der positiven Befunde steigt von Schulstufe zu Schulstufe an (15,2 % in der ersten bis 28,3 % in der zwölften Schulstufe). Im Vergleich zum letzten Bericht an den Nationalrat sind die Befunde in der ersten und zwölften Schulstufe leicht gesunken, in der vierten und achten Schulstufe dagegen leicht angestiegen.

### *Fehlformen der Beine und Füße:*

Ungefähr ein Fünftel aller untersuchten Schülerinnen und Schüler weist Fehlformen an den unteren Extremitäten auf. Im Querschnittsvergleich sind in allen Schulstufen Rückgänge festzustellen. Dieser Trend wird schon seit längerem beobachtet und darf eindeutig als Resultat einer wirksamen Prophylaxe bzw. Korrektur von Fehlbildungen bewertet werden.

## 5 Gesundheitsausgaben

### 5.1 Neuberechnung der Gesundheitsausgaben

Die Gesundheitsausgaben sind insbesondere im Zusammenhang mit den Finanzierungsengpässen in der stationären Versorgung sowie anlässlich der Maßnahmen zur Budgetkonsolidierung im Hinblick auf die Einführung der Währungsunion zu einem zentralen Gegenstand der öffentlichen Diskussion geworden.

Nunmehr wurde vom Österreichischen Statistischen Zentralamt eine Neuberechnung der Gesundheitsausgaben vorgenommen, die zu einer Korrektur im Sinne einer deutlichen Senkung des Ausgabenniveaus führte. Hintergrund dieser Revision war einerseits die aufgrund von EU-Rechtsakten zur Harmonisierung und Verbesserung der internationalen Vergleichbarkeit des Volkseinkommens erfolgte Neuberechnung des Volkseinkommens bzw. Bruttoinlandsproduktes. Diese Neuberechnung hatte große Auswirkungen auf die Ermittlung der Gesundheitsausgaben, die sich gemäß dem Konzept der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) aus Aggregaten des Volkseinkommens zusammensetzen. Andererseits standen nunmehr für die Erfassung der Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte neben der bisher verwendeten Umsatzsteuerstatistik auch noch andere Datenquellen (Bereichszählung 1988) zur Verfügung.

*Tabelle 5.1: Gesundheitsausgaben in Österreich 1985 - 1995, alte und neue Berechnungsmethode (in Milliarden öS)*

Jahr	GA (alt)			GA (neu)		
	absolut (in Mrd. öS)	Veränderung pro Jahr in Prozent	Anteil GA (alt) am BIP (alt) in Prozent	absolut (in Mrd. öS)	Veränderung pro Jahr in Prozent	Anteil GA (neu) am BIP (neu) in Prozent
1985	109,27	-	8,1	89,69	-	6,7
1986	117,92	7,9	8,3	97,91	9,2	6,9
1987	124,29	5,4	8,4	103,66	5,9	7,0
1988	131,14	5,5	8,4	109,25	5,4	7,1
1989	142,73	8,8	8,5	119,94	9,8	7,3
1990	151,36	6,0	8,4	128,07	6,8	7,2
1991	164,48	8,7	8,5	138,11	7,8	7,2
1992	182,28	10,8	8,9	154,27	11,7	7,6
1993	199,19	9,3	9,4	167,38	8,5	8,0
1994	219,90	10,4	9,7	176,24	5,3	8,0
1995	227,00	3,2	9,6	184,97	5,0	8,1

GA = Gesundheitsausgaben  
BIP = Bruttoinlandsprodukt

Quellen: Schwarzl 1997, Stübler 1997, Programm OECD HEALTH DATA 1996



## Gesundheitsausgaben

In Tabelle 5.1 werden die Gesundheitsausgaben in Österreich nach der alten Berechnungsmethode (GA alt) sowie nach der neuen Berechnungsmethode (GA neu) gegenübergestellt. Weiters zeigt Tabelle 5.1 den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt sowie die jährliche Veränderung der Gesundheitsausgaben für den Zeitraum 1985 bis 1995, jeweils differenziert nach der alten und neuen Berechnungsmethode.

Die massiven Änderungen im Niveau der Gesundheitsausgaben sind vor allem darauf zurückzuführen, daß nun einige Ausgabenkategorien (Fürsorgedienst, veterinärmedizinische Dienste, bestimmte Subventionen) nicht mehr als Bestandteile der Gesundheitsausgaben gelten, sondern anderen Bereichen zugeordnet werden.

Des weiteren wurden die Ausgaben der privaten Haushalte für Spitalsdienste aufgrund verbesserter Basisstatistiken neu ermittelt. Durch die vorgenommenen Revisionen sind die Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit deutlich gesunken. Der Anteil der privaten Ausgaben für Gesundheit an den gesamten Gesundheitsausgaben ist jedoch zwischen 1985 und 1995 leicht gestiegen (1985: 22,4 Prozent; 1995: 24,4 Prozent).

Im Detail handelte es sich um Änderungen in den folgenden Bereichen:

### 1. Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit

Zu den privaten Ausgaben für Gesundheit zählen folgende Positionen:

- Spitalsdienste
- Ärztliche Dienste
- Pharmazeutische Waren
- Therapeutische Waren
- Private Krankenversicherung

Insgesamt verringerten sich nach der Neuberechnung die Ausgaben der Haushalte für Gesundheit im Jahr 1993 um 28,8 Milliarden Schilling. Bei den Spitalsdiensten ergab sich ein Minus von 26,4 Mrd. Schilling gegenüber der alten Berechnungsmethode. Diese Änderung ergab sich auf Grundlage verbesserter Statistiken (-15,8 Mrd. öS) sowie durch Herausnahme der Ausgaben für Fürsorgedienste (wichtigste Position sind hier die Ausgaben für Alten- und Pflegeheime), die nunmehr nach der neuen Klassifikationen den Sozialdienstleistungen zuzurechnen sind (-10,6 Mrd. öS). Die Ausgabenposition Ärztliche Dienste verringerte sich um insgesamt 5,9 Mrd. Schilling, und zwar auf Grundlage verbesserter Datenquellen und durch Herausrechnung der Ausgaben für veterinärmedizinische Dienste. Die Positionen Pharmazeutische Waren, Therapeutische Waren und Private Krankenversicherung sind insgesamt um 3,5 Mrd. Schilling höher ausgefallen als nach der alten Berechnungsmethode.

## 2. Ausgaben der öffentlichen Hand für Gesundheit

Unter dem Titel „Ausgaben der öffentlichen Hand für Gesundheit“ werden nach dem OECD-Konzept die Ausgaben der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden) sowie der Sozialversicherungsträger erfaßt. Bei der Neuberechnung der Gesundheitsausgaben ergab sich für diese Ausgabenposition im Jahr 1993 ein Plus von 4,3 Milliarden Schilling. Es handelt sich hierbei vor allem um eine reine Umbuchung von Ausgaben, die früher den privaten Haushalten zugerechnet wurden und nunmehr unter die öffentlichen Ausgaben fallen.

## 3. Subventionen

Unter dieser Kategorie waren nach der alten Berechnung der Gesundheitsausgaben Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall gemäß Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) inkludiert. Nach der Revision der Berechnungsmethode sind diese nunmehr nicht mehr Bestandteil der Gesundheitsausgaben. Daher verringern sich die Gesundheitsausgaben im Jahr 1993 um 7,3 Mrd. Schilling.

## 5.2 Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

Ein wichtiger Indikator für den Vergleich von Gesundheitsausgaben ist ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt. Abbildung 5.1 zeigt die Positionierung Österreichs innerhalb der Mitgliedsländer der Europäischen Union.

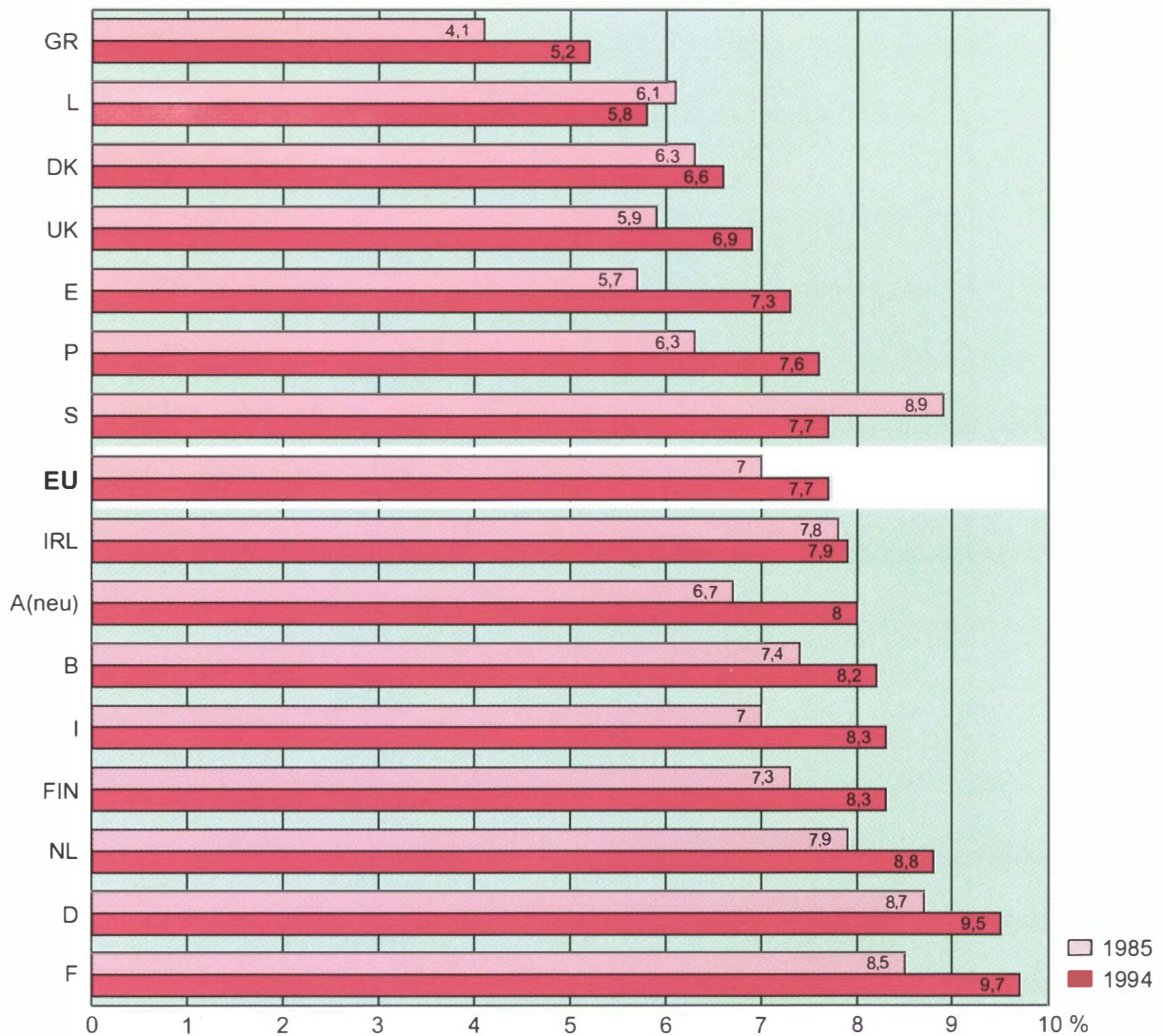
Im Jahr 1994 betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP nach der neuen Berechnungsmethode in Österreich acht Prozent (1995: 8,1 %). Mit diesem Anteil liegt Österreich etwas über dem EU-Durchschnitt und positioniert sich im Mittelfeld. Nach der alten Berechnungsmethode würde Österreich gleichauf mit Frankreich den höchsten Anteil aufweisen. Im Jahr 1985 lag Österreich nach der neuen Berechnungsmethode knapp unter dem Durchschnitt der jetzigen EU-Mitgliedsländer.

Ein derzeit im Rahmen der EU-Harmonisierung in Österreich noch ausständiger Revisionspunkt zur Ermittlung des Volkseinkommens ist die Einbeziehung der Schattenwirtschaft. Diese Revision wird im Herbst 1997 vom Österreichischen Statistischen Zentralamt vorgenommen werden. Die Einbeziehung der Schattenwirtschaft wird das Niveau des Bruttoinlandsproduktes erhöhen und damit in Folge den Indikator „Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt“ weiter vermindern.

Tabelle 5.2 zeigt den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im OECD-Vergleich. Demnach liegt Österreich im Jahr 1994 nach der neuen Berechnungsmethode an der zwölften Stelle (von 25 OECD-Ländern) und etwas über dem OECD-Durchschnitt.

## Gesundheitsausgaben

Abbildung 5.1: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im EU-Vergleich für die Jahre 1985 und 1994



Quellen: Programm OECD HEALTH DATA 1996, Schwarzl 1997, Stübler 1997

Grafik: ÖBIG

Neben einer Positionsbestimmung Österreichs im internationalen Vergleich ist auch die Gegenüberstellung der Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt von Interesse. Tabelle 5.3 zeigt die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandsproduktes sowie die Differenz des Wachstums der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandsproduktes im Zeitraum 1985 bis 1995 in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

**Tabelle 5.2:** *Gesundheitsausgaben der OECD-Länder in Prozent des Bruttoinlandsproduktes 1985/1990/1994/1995*

Land/Jahr	1985	1990	1994	1995
USA	10,7	12,7	14,3	14,5
Kanada	8,5	9,2	9,8	9,5
Frankreich	8,5	8,9	9,7	9,9
Schweiz	8,1	8,4	9,6	-
Deutschland	8,7	8,3	9,5	9,6
Niederlande	7,9	8,4	8,8	8,8
Australien	7,7	8,3	8,5	8,4
Finnland	7,3	8,0	8,3	8,2
Italien	7,0	8,1	8,3	7,7
Belgien	7,4	7,6	8,2	8,0
Island	7,3	7,9	8,1	8,1
Österreich (neu)	6,7	7,2	8,0	8,1
<b>OECD-Durchschnitt</b>	<b>7,0</b>	<b>7,4</b>	<b>7,9</b>	-
Irland	7,8	6,7	7,9	-
Schweden	8,9	8,6	7,7	7,7
Portugal	6,3	6,6	7,6	-
Neuseeland	6,4	7,4	7,5	-
Norwegen	5,9	6,9	7,3	-
Spanien	5,7	6,9	7,3	7,6
Japan	6,7	6,0	6,9	7,2
Großbritannien	5,9	6,0	6,9	6,9
Dänemark	6,3	6,5	6,6	6,5
Luxemburg	6,1	6,2	5,8	-
Mexiko	-	-	5,3	-
Griechenland	4,1	4,3	5,2	-
Türkei	2,2	2,9	4,2	-

- = Daten liegen (noch) nicht vor

Quellen: Programm OECD HEALTH DATA 1996, Schwarzl 1997, Stübler 1997

Im beschriebenen Zeitraum wiesen die Länder Spanien, Griechenland und Portugal bei den Gesundheitsausgaben die höchsten Zuwachsraten auf, aber auch das Bruttoinlandsprodukt stieg stärker an als jenes der restlichen EU-Mitgliedstaaten. Die Zuwachsraten der Gesundheitsausgaben in Österreich lagen unter dem EU-Durchschnitt, aber auch das Bruttoinlandsprodukt entwickelte sich deutlich schwächer. Damit ergibt sich für Österreich eine Differenz von 2,1 Prozentpunkten (neue Berechnungsmethode), um die die Gesundheitsausgaben stärker angestiegen sind als das Bruttoinlandsprodukt. Österreich positioniert sich damit im EU-Vergleich an der dritten Stelle, dies vor allem auch wegen der schwachen Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes. In Irland und Schweden ist das Bruttoinlandsprodukt stärker gestiegen als die Gesundheitsausgaben.

**Gesundheitsausgaben**

**Tabelle 5.3:** Durchschnittliche jährliche Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandsproduktes in der Europäischen Union 1985/1995

Land	Durchschnittliche jährliche Wachstumsraten 1985/1995		
	GA in Prozent	BIP in Prozent	Differenz: GA - BIP in Prozentpunkten
Spanien	12,8	9,5	3,3
Griechenland	20,5 <sup>1</sup>	17,2 <sup>1</sup>	3,3
Österreich (neu)	7,5	5,4	2,1
Portugal	17,2	15,3 <sup>1</sup>	1,9
Großbritannien	8,7	7,0	1,8
Frankreich	6,6	4,9	1,7
Finnland	6,4	5,2	1,2
<b>EU-Durchschnitt</b>	<b>8,3</b>	<b>7,1</b>	<b>1,2</b>
Niederlande	5,3	4,1	1,2
Italien	9,2	8,2	1,0
Deutschland	7,6	6,6	1,0
Belgien	6,1	5,3	0,8
Dänemark	5,2	4,8	0,4
Irland	5,8	7,1 <sup>1</sup>	-1,3
Schweden	5,0	6,6	-1,5

<sup>1</sup> 1985/1994

GA = Gesundheitsausgaben

BIP = Bruttoinlandsprodukt

Quellen: Programm OECD HEALTH DATA 1996, Schwarzl 1997, Stübler 1997

Bezüglich der Ausgaben im Gesundheitswesen zeigt sich für Österreich und die Mehrzahl der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union der Trend, daß sich die Ausgabendynamik im Zeitraum 1985 bis 1995 im Vergleich zu den 70er und den frühen 80er Jahren deutlich verlangsamte. Im EU-Durchschnitt stiegen die Gesundheitsausgaben im Zeitraum 1985 bis 1995 insgesamt nur um 1,2 Prozentpunkte stärker an als das Volkseinkommen, wobei jedoch in der Periode 1985 bis 1990 die Differenz 0,9 Prozentpunkte betrug und in der Periode 1990 bis 1995 1,5 Prozentpunkte.

**Quellen:**

Schwarzl, R.: Österreichs Volkseinkommen 1983 - 1995. Revision der österreichischen Gesamtrechnung und Umstellung auf das europäische System. In: Statistische Nachrichten 1/1997

Stübler, W.: Gesundheitsausgaben in Österreich 1983 - 1995. Ergebnisse der Neuberechnung. In: Statistische Nachrichten 4/1997

## 6 Rechtliche Grundlagen

### 6.1 Ausgangslage

Die für den Berichtszeitraum zuständigen Bundesregierungen haben sich im Bereich des Gesundheitswesens ehrgeizige Ziele gesetzt, die beträchtliche gesetzgeberische Aktivitäten erforderlich machten. Auf diese Leistungen soll hier in der gebotenen Kürze eingegangen werden.

Dabei ist - ausgehend vom Gesundheitsbegriff - folgendes vorzuschicken: Die Bundesregierung trat in der Regierungserklärung vom 30. November 1994 (siehe auch Kapitel 2) für eine Neubestimmung des Gesundheitsbegriffes ein, der die Zusammenhänge von Gesundheit und Umwelt, Gesundheit und Ernährung, Gesundheit und Bewegung sowie Gesundheit und Arbeitswelt berücksichtigen soll. So gesehen wäre „Gesundheitswesen“ ein Aufgabenkomplex, der - analog dem umfassenden Umweltschutz oder der umfassenden Landesverteidigung - gewissermaßen so wichtig ist, daß davon alle staatlichen Stellen betroffen sind und die Aufgaben nicht nur von einem Ministerium allein wahrgenommen werden können.

Da der vorliegende Bericht aber im wesentlichen Aufgaben und Leistungen des dafür zuständigen Ressorts aufzeigen soll, kann der Begriff hier nur in einem engeren Wortsinn verstanden werden, wobei zahlreiche Leistungen anderer staatlicher Stellen nicht oder doch nur am Rande behandelt werden, z. B. der Länder und Gemeinden und anderer Ministerien, namentlich des früheren Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (jetzt Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales). Erst durch die letzte Regierungsumbildung - die schon außerhalb des Berichtszeitraumes liegt - wurden ja die Aufgaben der Sozialversicherung (und damit ein sehr wichtiger Bereich des Gesundheitswesens, nämlich jener, der sich maßgeblich mit der Aufbringung der Mittel befaßt), mit denen des Gesundheitswesens im engeren Sinn wieder zusammengeführt (Bundesministeriengesetz 1996, BGBl. I Nr. 21/1997). Damit wurde ein Zustand wiederhergestellt, wie er seit Gründung der Republik - abgesehen von einer kurzen Episode im Jahre 1919 mit einem eigenen Ministerium für Volksgesundheit - bis zum Jahre 1972 bestanden hat. 1972 wurde die Sektion Volksgesundheit aus dem Sozialministerium herausgelöst und zunächst mit der damals relativ neuen Staatsaufgabe Umweltschutz einem eigenen Bundesministerium übertragen. Nur um diesen damals herausgelösten Kernbereich des Gesundheitswesens geht es im vorliegenden Bericht, ja selbst hier ist zusätzlich einzuschränken: Bestimmte Aufgabenbereiche wie Strahlenschutz, Veterinärwesen, Ernährungswesen einschließlich Nahrungsmittelkontrolle, die natürlich auch mit dem Gesundheitswesen zusammenhängen und vom nämlichen Ministerium zu administrieren waren, von der Verfassung aber als eigene Aufgabenbereiche umschrieben werden, sind hier ebenfalls nicht zu behandeln.

## Rechtliche Grundlagen

Wichtige gesetzgeberische Leistungen im Berichtszeitraum entsprechend den Regierungserklärungen vom 17. Dezember 1990 bzw. vom 30. November 1994 betrafen - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - die Krankenanstalten, die Kurorte und natürlichen Heilvorkommen, die Ausbildung in den Bereichen der Heilberufe, das Ärztesgesetz, die Arzneimittel und Medizinprodukte, die Gesundheitsvorsorge sowie die Gentechnik. Diese Bereiche sollen nun näher dargestellt werden.

## 6.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum

### 6.2.1 Krankenanstalten

Ein zentrales Gestaltungsprinzip der österreichischen Sozialpolitik ist bekanntlich die Anbindung der sozialen Sicherheit an die Erwerbsarbeit. Die Sozialversicherungsbeiträge, die durch Erwerbsarbeit laufend erwirtschaftet werden, stehen zur Sicherstellung der Pensionen, der Arbeitsloseneinkommen, der Krankengelder und der Behandlungskosten zur Verfügung. Damit ist ersichtlich, daß ein wesentlicher Sektor der Finanzierung des Gesundheitswesens größtenteils nicht zum Bereich des Gesundheitswesens in dem Sinne, wie ihn die Bundesverfassung im Artikel 10 B-VG erwähnt, gehört. Vielmehr wird dieser Bereich einerseits durch die selbstverwalteten Sozialversicherungsträger, andererseits durch das Sozialministerium besorgt, war also organisatorisch im Berichtszeitraum vom Gesundheitswesen getrennt.

Auf ein wachsendes Problem auf dem Finanzierungssektor, nämlich der Spitalsfinanzierung, mußte das Gesundheitsressort dennoch reagieren: Dabei ist zunächst vorzuschicken, daß die Kosten der Spitalsfinanzierung stets nur zum Teil aus Mitteln der Sozialversicherung aufgebracht wurden, während der andere Teil aus allgemeinen Steuermitteln kam. Durch die insgesamt steigenden Kosten der Krankenanstaltenfinanzierung werden auch wachsende Leistungen aus allgemeinen Steuermitteln erforderlich, ja es ergibt sich insgesamt eine Verschiebung der Finanzierung in diese Richtung, während der Anteil der aus dem Sozialversicherungsbeitrag kommenden Mittel zurückgeht. Diese Kostensteigerungen haben teilweise unabänderliche strukturelle - namentlich demographische - Ursachen. Die Gesundheitssysteme aller Industriestaaten stehen hier vor enormen Herausforderungen.

Ein Teil der steigenden Kosten ist sozusagen hausgemacht, weil das Abrechnungssystem falsche Anreize setzte. Diese Anreize gilt es durch verschiedene Maßnahmen, vor allem durch die Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, weiters durch einen bundesweiten österreichischen Krankenanstaltenplan, Großgeräteplan sowie einen verbindlichen Niederlassungsplan für Ärzte zu korrigieren. Die Ergebnisse dieser Bemühungen sind an anderer Stelle dieses Berichts dargestellt (siehe vor allem Abschnitt 7.4).

Hier ist aber der Hinweis erforderlich, daß die tatsächlich eingetretenen Verzögerungen (immerhin wurden die notwendigen Systemänderungen im großen und gan-

zen bereits in der Regierungserklärung 1990 erwähnt) verfassungsrechtliche Ursachen haben: Das Krankenanstaltenwesen ist bekanntlich kompetenzrechtlich in komplexer Weise zwischen Bund und Ländern aufgeteilt, sodaß hier ein schwieriger Interessenausgleich herbeizuführen war.

Durch das **Bundespflegegeldgesetz** (BPGG), BGBl. Nr. 110/1993, wurde - neben der Verwirklichung eines wichtigen sozialpolitischen Anliegens - auch ein Anreiz zu vermehrter häuslicher Pflege geschaffen, wodurch wohl eine kostendämpfende Wirkung im Spitalsbereich eingetreten ist.

In besonderer Weise mit dem Krankenanstaltenwesen ist auch das Thema **Patientenrechte** verbunden (siehe letzten Bericht an den Nationalrat, Kapitel 7). Dies deshalb, weil die problematischsten Fälle der Medizinhaftung in der weitaus überwiegenden Zahl von Fällen im intramuralen Bereich auftreten (Risiken der Spitzenmedizin, Probleme der Anhaltung von Patienten der Psychiatrie und vieles andere).

Der Bereich Patientenrechte war nicht im gleichen Maß wie in der letzten Berichtsperiode von Reformen geprägt. Der Psychatriebereich wurde im letzten Berichtszeitraum reformiert. Dadurch sind bestimmte, früher für die Psychiatrie typische Einschränkungen der Bewegungsfreiheit und der Kommunikationsmöglichkeiten zurückgegangen (Forster 1997, siehe Quellenverzeichnis zu Abschnitt 7.5 „Psychosoziale Versorgung“).

Wesentliche Verbesserungen auf dem Sektor Patientenrechte im intramuralen Bereich traten mit der KAG-Novelle BGBl. Nr. 801/1993, also im Berichtszeitraum, in Kraft, wurden aber bereits im letzten Bericht (S. 153 f.) ausführlicher dargestellt (§ 5a Patientenrechte, § 10 Abs. 1 Z. 7 Patiententestament, § 11e Patientenvertretungen u. a.).

Dagegen ist eine geplante Patientenrechtscharta an Interessengegensätzen vorerst gescheitert. In diesem Bereich, der verfassungsrechtlich im Krankenanstaltenwesen angesiedelt ist, müssen ebenso wie bei der Spitalsfinanzierung zahlreiche widerstreitende Interessen unter einen Hut gebracht werden, was bisher nicht gelang.

Wohl aber bewährte sich die Tätigkeit der Patientenanwälte und - auf Basis der Freiwilligkeit - der Schlichtungsstellen für Medizinhaftungsfragen.

Immer wieder wird - nach skandinavischem Vorbild - eine zwingende Form der aussergerichtlichen Streitschlichtung in Medizinhaftungsfällen, meist in Verbindung mit einer verschuldensunabhängigen Arzthaftung, gefordert. Diese Forderungen kommen vor allem aus dem universitären Bereich und von Patientenanwälten. Im Land Vorarlberg wurden bereits diesbezügliche Regelungen eingeführt, Wien ist im Begriff nachzuzufolgen. Die Regelungen müssen allerdings - mangels hoheitlicher Kompetenz - auf der Ebene des Privatrechtes eingerichtet werden. Einbezogen sind dabei die von den beiden Ländern getragenen Krankenanstalten und deren Haftpflichtversicherungen. Hauptvorteile dieser Lösung sind die Raschheit, geringe Kosten und die emotional weniger aufgeladene Atmosphäre.



## Rechtliche Grundlagen

Auch die Frage der **Ärztarbeitszeit** berührt maßgeblich den Sektor Krankenanstaltenwesen. Durch entsprechende Vorgaben der EU bestand hier Handlungsbedarf. Allerdings berührt das Thema „Arbeitszeit“ auch Fragen der Gesundheit der Patienten, weil bei übermüdeten Ärzten naturgemäß die Fehlerhäufigkeit ansteigen wird. Der schwierige Fragenkomplex beschäftigte das Gesundheitswesen im Berichtszeitraum, gelöst wurde es durch das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG, BGBl. I Nr. 8/1997). Wesentlicher Inhalt des KA-AZG ist die Beschränkung der Wochenarbeitszeit auf durchschnittlich 48 Stunden und die stufenweise Reduktion der Nacht- und Wochenenddienste auf sechs Dienste pro Monat.

Die Arbeitszeitregelung verteuerte aufgrund höherer Personalfixkosten tendenziell den Spitalsbetrieb, was den Bemühungen, diese Kosten nicht aus dem Ruder laufen zu lassen, entgegenwirkt. Über die Regelung der Rufbereitschaft von Ärzten (KAG-Novelle 1996, BGBl. Nr. 751) in bestimmten Fächern bei Krankenanstalten der Standard- und teilweise auch der Schwerpunktversorgung wurde hier versucht, eine vertretbare Lösung zu finden.

Eine maßgebliche Entlastung der Krankenanstaltenkosten könnte ein bedarfsgerechtes und flächendeckendes Angebot an Diensten und Einrichtungen für hilfs- und pflegebedürftige Personen sowie eine verstärkte Vernetzung der Anbieter - z. B. über die Einführung von **Gesundheits- und Sozialsprengeln** - bewirken. Ein wesentlicher Schritt dazu erfolgt über die Art.-15a-B-VG-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern, BGBl. Nr. 866/1993. Bis zum Jahr 2010 soll ein entsprechendes flächendeckendes Versorgungsnetz aufgebaut werden.

### 6.2.2 Kurorte und natürliche Heilvorkommen

Das Bundesgesetz über natürliche Heilvorkommen und Kurorte wurde durch die Novellen BGBl. Nr. 98/1993 und BGBl. Nr. 731/1995 im Hinblick auf das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum geändert. Durch die Novelle BGBl. Nr. 98/1993 wurde die Einfuhr von Produkten aus Heilvorkommen aus dem EWR liberalisiert.

Die Novelle BGBl. Nr. 731/1995 brachte insbesondere folgende Neuerungen:

- Anpassungen im Zusammenhang mit der Richtlinie des Rates zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Gewinnung von und den Handel mit natürlichen Mineralwässern,
- Zulässigkeit bestimmter Zusatztherapien in Kuranstalten und Kureinrichtungen,
- präzisere Fassung der Bestimmungen über die Erteilung von Einfuhrbewilligungen durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales und Erteilung der Einfuhrbewilligung auf fünf Jahre befristet.

### 6.2.3 Ausbildung auf dem Sektor der Gesundheitsberufe

Auf diesem Sektor gab es im Berichtszeitraum eine Reihe gesetzlicher Maßnahmen. Das Ergebnis dieser Initiativen wird im Kapitel 8 eingehend behandelt.

Ein Hauptziel der Ausbildungsreform nichtärztlicher Gesundheitsberufe (vor allem Krankenpflege, Hebammen, gehobene medizinisch-technische Dienste) war die Angleichung des Ausbildungsumfanges und -inhaltes an den EWR bzw. die EU.

Bezüglich der Ärzteausbildung (Lehrpraxen, Facharztprüfung, Lehr- und Lernzielkatalog) siehe Abschnitt 8.1. Im einzelnen sind die Neuerungen der Ärzteausbildung in einer Verordnung aufgrund des Ärztegesetzes geregelt, nämlich der Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBl. Nr. 152/1994.

### 6.2.4 Ärztegesetz

Das Ärztegesetz 1984, BGBl. Nr. 373 (Stammgesetz), regelt grundsätzlich alle beruflichen Angelegenheiten der Ärzte sowie Belange der ärztlichen Standesvertretung.

Im Berichtszeitraum wurde das Ärztegesetz mehrfach novelliert. Soweit diese Gesetzesänderungen die Ärzteausbildung betreffen, sei nochmals auf Abschnitt 8.1 dieses Berichtes verwiesen.

Maßgebliche inhaltliche Änderungen brachte die Novelle BGBl. Nr. 100/1994. Mit ihr wurde das Ärztegesetz an das mit 1.1.1994 in Kraft getretene EWR-Recht angepaßt. Regelungsschwerpunkte dieser Novelle sind:

- Schaffung der Rechtsgrundlagen für die ärztliche Niederlassungsfreiheit und die Freiheit des ärztlichen Dienstleistungsverkehrs im Rahmen des EWR-Abkommens,
- in diesem Zusammenhang die Einführung der Bezeichnung „approbierter Arzt“ für Ärzte und Ärztinnen aus dem EWR ohne spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin oder in einem Sonderfach der Heilkunde,
- die Änderung der allgemein-medizinischen Ausbildung (u. a. Einführung von Lehrpraxen) nach Maßgabe des EWR-Rechtes und im Zusammenhang damit
- die Änderung der Berufsbezeichnung „praktischer Arzt“ in „Arzt für Allgemeinmedizin“,
- die Einführung von Rechtsinformationsstellen in den Landesärztekammern,
- die Regelung der postpromotionellen Ärzteausbildung für Staatsangehörige der übrigen Vertragsparteien des EWR-Abkommens in Österreich,
- die Verankerung eines Lehr- und Lernzielkataloges im Bereich der Ärzteausbildung,

## Rechtliche Grundlagen

- die Einführung einer Facharztprüfung,
- die Einführung des Erfordernisses der gesundheitlichen Eignung und Vertrauenswürdigkeit im Zusammenhang mit dem Erwerb der ärztlichen Berufsberechtigung,
- Regelungen für Flüchtlinge,
- die Verankerung der Teilzeitausbildung für Turnusärzte und Turnusärztinnen, die Kleinkinder zu betreuen haben,
- die Erweiterung der Anrechnungsmöglichkeiten für im Ausland absolvierte Aus- oder Weiterbildungszeiten,
- die Beseitigung der Bedarfsprüfung für den zweiten Berufssitz sowie für die Ausübung der Facharztstätigkeit in mehr als einem Sonderfach,
- die Verankerung einer Dokumentationspflicht als ärztliche Berufspflicht,
- die terminologische Vereinheitlichung in bezug auf die sogenannten „klinischen“ und „nichtklinischen“ Sonderfächer und
- die Schaffung eines zeitgemäßen Disziplinarrechtes.

In den letzten Jahren wurden die rechtlichen Möglichkeiten eines gesellschaftlichen Zusammenschlusses der freiberuflich Tätigen verbessert (Erwerbsgesellschaftengesetz - EGG, BGBl. Nr. 257/1990 i. d. F. Firmenbuchgesetz BGBl. Nr. 10/1991). Insbesondere wurde es den Freiberuflern ermöglicht, sich in Gesellschaften zusammenzuschließen. Diese Verbesserungen sollten im Berichtszeitraum auch den Ärzten durch ein **Gruppenpraxengesetz** bzw. entsprechende Änderungen des Ärztegesetzes zugänglich gemacht werden. Dabei erhoffte man sich auch eine verbesserte ärztliche Versorgung der Bevölkerung. Allerdings trat der diesbezügliche Gesetzesentwurf nicht in Kraft. Der Standesvertretung der Ärzte, die zunächst den Gruppenpraxen skeptisch gegenüberstand, ging die im Entwurf geplante Liberalisierung nicht weit genug, während der Gesetzgeber der freiberuflichen Arztstätigkeit keinen zu starken Einschlag in Richtung Kapitalgesellschaften geben wollte.

Durch die Aufhebung der einschlägigen Bestimmungen des Ärztegesetzes, die Beschränkungen des Zusammenschlusses von Ärzten vorsahen, durch den Verfassungsgerichtshof (Kundmachung durch BGBl. Nr. 204/1996) ist hier nun eine völlig neue Situation eingetreten. Dies liegt allerdings nicht mehr im Berichtszeitraum.

### 6.2.5 Arzneimittel und Medizinprodukte

Auch in diesem Bereich gab es wichtige Initiativen und Maßnahmen. So wurde das Arzneimittelgesetz 1993 und 1996 novelliert (BGBl. Nr. 107/1994, BGBl. Nr. 379/1996; vgl. auch BGBl. Nr. 657/1996).

Regelungen auf dem Sektor Arzneimittel gibt es seit ca. hundert Jahren, der Begriff „Pharmazeutische Spezialitäten“ wurde z. B. erstmals in einer Verordnung des Ministeriums für Inneres 1894 erwähnt. Bis zum 1983 vom Nationalrat beschlossenen

Arzneimittelgesetz, BGBl. Nr. 185/1983, war das Arzneimittelwesen in den unterschiedlichsten Rechtsbereichen geregelt. Schwerpunkte des seither in Kraft befindlichen Gesetzes, welches die Materie somit erstmalig zusammenfassend und einheitlich regelt, sind:

- Definition eines umfassenden Arzneimittelbegriffs, der Arzneimittel von anderen Produktgruppen, wie z. B. von Medizinprodukten (siehe unten) und Lebensmitteln abgrenzt
- Normierung allgemeiner Anforderungen an Arzneimittel
- Produktinformation (Kennzeichnung, Packungsbeilage, Fachinformation)
- Zulassung
- Chargenfreigabe
- Regelung der klinischen Prüfung für Arzneimittel
- Werbebeschränkungen
- Abgabevorschriften
- Betriebsvorschriften, -prüfung
- Arzneimittelüberwachung, Schutzmaßnahmen

Das Arzneimittelgesetz orientierte sich bereits in seiner Stammfassung wesentlich an einschlägigen Vorgaben der Europäischen Gemeinschaft. In der Arzneimittelgesetznovelle 1993 wurde zusätzlich dem sich aus der Teilnahme Österreichs am Europäischen Wirtschaftsraum ergebenden Umsetzungsbedarf entsprochen. Wesentlicher Schwerpunkt dieser Novelle war neben der Einführung des Mehrstaaten- bzw. Konzertierungsverfahrens für die Zulassung von Arzneimitteln die Anpassung des Bereichs der klinischen Prüfung an die Vorgaben der Leitlinie „Good Clinical Practice“ (GCP). Des Weiteren wurden im Zuge der genannten Novellierung die Vorschriften über die Kennzeichnung und Gebrauchsinformation wie auch über die Werbung und Ärztemusterabgabe an die einschlägigen gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben angepaßt.

Die Novelle BGBl. Nr. 379/1996, die bereits außerhalb des Berichtszeitraumes liegt, brachte weitere Schritte in Richtung einer „Europäisierung“ der Arzneimittelzulassung. Hiezu wie zu anderen ausgewählten Rechtsfragen des Arzneimittelwesens siehe auch Abschnitt 7.9.

Von den Arzneimitteln zu unterscheiden sind **Medizinprodukte**, wobei aber auch bei diesen ein in vieler Hinsicht analoger Regelungsbedarf besteht. Das Medizinproduktegesetz trat zwar erst 1997 in Kraft, die entsprechenden Vorbereitungen dieses sehr umfangreichen Regelwerkes reichen aber naturgemäß in den Berichtszeitraum zurück. Dabei wurden europaweit einheitliche Sicherheits-, Leistungs- und Qualitätsanforderungen für Medizinprodukte implementiert. Medizinprodukte sind medizinische Geräte, medizinische Bedarfsartikel, implantierbare Geräte, medizinische Hilfsmittel für Behinderte, Laborgeräte und dergleichen. Die Spannweite reicht also

## Rechtliche Grundlagen

vom Pflaster bis zum Computertomographen. Herstellern und Vertreibern, aber auch Ärzten werden dabei umfangreiche Pflichten auferlegt.

### 6.2.6 Gesundheitsvorsorge

Aus diesem Aufgabenbereich seien neben anderen Änderungen die Mutter-Kind-Paß-Verordnung, BGBl. II Nr. 24/1997, die Wiederverlautbarung des Aids-Gesetzes, BGBl. Nr. 728/1993, sowie das Tabakgesetz, BGBl. Nr. 431/1995, erwähnt.

Die Mutter-Kind-Paß-Aktivitäten des Ressorts haben einen wesentlichen Beitrag zur Verringerung der einstmals für ein Industrieland relativ hohen Säuglingssterblichkeit sowie für die Gesunderhaltung der Schwangeren, Säuglinge und Kleinkinder geleistet. In letzter Zeit wurde die Mutter-Kind-Paß-Verordnung den eingetretenen sozialrechtlichen Veränderungen angepaßt (BGBl. II Nr. 24/1997). Dabei blieb ein finanzieller Anreiz für die Untersuchungen aufrecht (Änderung des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. I Nr. 14/1997). Die Säuglingssterblichkeit geht nach wie vor kontinuierlich zurück, sodaß Österreich nun diesbezüglich international im Spitzenfeld liegt (siehe auch Kapitel 4 und Punkt 7.6.2.1).

Die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ist in Österreich grundsätzlich im Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186 i. d. F. BGBl. Nr. 185/1961, geregelt. Ausgenommen sind hier Krankheiten aufgrund bestimmter Besonderheiten, die besondere Maßnahmen erforderlich machen, z.B. Tuberkulose (Tuberkulosegesetz, BGBl. Nr. 127/1968 i. d. dzt. F.) und Geschlechtskrankheiten (Geschlechtskrankheitengesetz, StGBI. Nr. 152/1945 i. d. dzt. F.) oder Aids. Aids unterscheidet sich in wesentlichen Merkmalen von den dem Epidemiegesetz 1950 unterliegenden Krankheiten, z. B. durch die lange Inkubationszeit. Das Aidsgesetz, BGBl. Nr. 293/1986, setzte seinen Schwerpunkt vor allem im Bereich Prävention (Beratung, Information).

Mit der Novelle BGBl. Nr. 243/1989 wurde die Strafbestimmung im Bereich der gewerbsmäßigen Sexualität Aidsinfizierter verschärft.

Mit der Novelle BGBl. Nr. 345/1993 wurden Meldepflichten verändert (jetzt direkt an das zuständige Ministerium), weiters wurde eine Berichtspflicht des Ministeriums an die Länder eingeführt.

Mit Kundmachung BGBl. Nr. 728/1993 wurde aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit das Gesetz als Aidsgesetz 1993 wiederverlautbart.

Bezüglich der Bestimmungen des Tabakgesetzes siehe den Abschnitt „Themenbezogene Gesundheitsförderung und -vorsorge“, Punkt 7.6.2.1.

### 6.2.7 Gentechnik

Die Gentechnik ist eine relativ junge wissenschaftliche Methode, deren vielfältige Anwendungsmöglichkeiten die Gesellschaft derzeit in hohem Ausmaß beschäftigt.

Vorauszuschicken ist, daß diese Materie nur zum Teil dem Gesundheitswesen in der in diesem Bericht umschriebenen Bedeutung (siehe oben) zuzurechnen ist. Es betrifft dies insbesondere die Genanalyse und Gentherapie am Menschen. Obwohl dieser Teil derzeit am wenigsten umstritten und kein Gegenstand der gegen die Gentechnik gerichteten politischen Initiativen ist, kann gerade dieser Teil der Gentechnik langfristig der problematischste werden (Stichwort: Eugenik).

Dieser Teil der Gentechnik ist im vierten Abschnitt des Gentechnikgesetzes, BGBl. Nr. 510/1994, geregelt. Er sieht unter anderem ein Verbot von Eingriffen in das Erbmateriale der menschlichen Keimbahn vor, weiters ein Verbot der Erhebung und Verwertung von Daten aus Genanalysen zu bestimmten Zwecken (Arbeitsleben, Versicherungswesen). Im übrigen sind Art und Umfang zulässiger Eingriffe in diesem Bereich eingehend geregelt.

## 7 Versorgungsbereiche

### 7.1 Ärztliche Versorgung in Österreich

#### 7.1.1 Historische Entwicklung bis 1995

Tabelle 7.1, die auf den Standesmeldungen der Österreichischen Ärztekammer basiert, zeigt die Entwicklung der Ärzteanzahl seit dem Jahr 1980.

*Tabelle 7.1: Entwicklung der berufstätigen Ärzte (niedergelassene Ärzte, angestellte Ärzte und Turnusärzte) 1980 - 1995*

Jahr	Berufstätige Ärzte		davon niedergelassene Ärzte			davon angestellte Ärzte			davon Turnusärzte		
	absolut	jährl. WTR	absolut	in % der berufst. Ärzte	jährl. WTR	absolut	in % der berufst. Ärzte	jährl. WTR	absolut	in % der berufst. Ärzte	jährl. WTR
1980	18.376	-	10.336	56,3	-	3.907	21,3	-	4.133	22,5	-
1981	18.808	2,4	10.485	55,8	1,4	4.049	21,5	3,6	4.274	22,7	3,4
1982	19.373	3,0	10.747	55,5	2,5	4.184	21,6	3,3	4.442	22,9	3,9
1983	20.089	3,7	11.020	54,9	2,5	4.340	21,6	3,7	4.729	23,5	6,5
1984	20.902	4,1	11.296	54,0	2,5	4.635	22,2	6,8	4.971	23,8	5,1
1985	21.493	2,8	11.527	53,6	2,0	4.754	22,1	2,6	5.212	24,2	4,9
1986	22.219	3,4	11.699	52,7	1,5	4.936	22,2	3,8	5.584	25,1	7,1
1987	22.793	2,6	11.923	52,3	1,9	5.410	23,7	9,6	5.460	24,0	-2,2
1988	23.512	3,2	12.368	52,6	3,7	5.682	24,2	5,0	5.462	23,2	0,0
1989	24.895	5,9	12.957	52,1	4,8	6.037	24,3	6,3	5.764	23,2	5,5
1990	25.971	4,3	13.349	51,4	3,0	6.594	25,4	9,2	6.028	23,2	4,6
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	-1,5
80-95	+70%		+50%			+137%			+58%		

WTR = Wachstumsrate

Quellen: Österreichische Ärztezeitung - Standesmeldungen 1980 bis 1995; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Gesamtärztezahl ist im Zeitraum von 1980 bis 1995 um 13.000 Ärzte, das heißt um insgesamt 70 Prozent gestiegen. Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte ist von 1980 auf 1995 um 50 Prozent angestiegen, die Anzahl der angestellten Ärzte (ohne Turnusärzte) verzeichnete hingegen eine Steigerungsrate von 137 Prozent. Diese

Entwicklung hat zur Folge, daß der Anteil der niedergelassenen Ärzte an der Gesamtärzteschaft von 56 Prozent im Jahr 1980 auf knapp 50 Prozent im Jahr 1995 zurückgegangen ist. Der Anteil der angestellten Ärzte, deren überwiegende Mehrheit von den Spitalsärzten gestellt wird, ist dagegen im betrachteten Zeitraum deutlich angestiegen. Das heißt, daß immer mehr Ärzte nach Absolvierung der Turnusausbildung anstelle einer Praxiseröffnung bzw. -übernahme im Spital verbleiben. Diese Entwicklung ist im Zusammenhang mit dem noch bestehenden Nachholbedarf insbesondere an Fachärzten im intramuralen Versorgungsbereich zu sehen.

### 7.1.2 Ärztebestand 1995

Einleitend ist zu der nachfolgenden Darstellung des Ärztebestands für das Jahr 1995 anzumerken, daß - im Gegensatz zu den in Tabelle 7.1 wiedergegebenen Daten - die Anzahl von 279 Dentisten in die Berechnungen für das Jahr 1995 einbezogen wurden. Außerdem wurden die Datenbestände für dieses Jahr umfangreichen Plausibilitätskontrollen unterzogen, was zu einer hohen Verlässlichkeit der Daten, aber auch zu Korrekturen in den Zahlenangaben und zu Verschiebungen in der Zuordnung der Ärzte zu den einzelnen Tätigkeitskategorien geführt hat. Quelle dieser Darstellung ist die Ärztedatenbank des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG), in der Angaben des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Dentistenkammer verwertet wurden.

Wie aus Abbildung 7.1 zu entnehmen ist, waren im Jahr 1995 in Österreich 31.386 Ärzte (inklusive 297 Dentisten) berufstätig. Davon standen 6.571 Ärzte in Ausbildung (Turnusärzte). Die 24.815 bereits ausgebildeten Ärzte gliedern sich in 9.828 praktische Ärzte (oder Ärzte für Allgemeinmedizin) und in 14.987 Fachärzte. Die Fachärzte verteilen sich auf 41 Sonderfächer, wovon die Zahnärzte (inklusive Dentisten) die größte Gruppe bilden, vor den Fachärzten für Innere Medizin, Anästhesie, Gynäkologie und Chirurgie.

In der regionalen Verteilung der Ärzte liegt Wien mit 10.644 Ärzten an der Spitze, danach folgen Niederösterreich mit 4.469 Ärzten, Steiermark mit 4.282 und Oberösterreich mit 3.883 Ärzten. Auch bezogen auf die Bevölkerung liegt Wien mit rund 150 Einwohner je berufstätigem Arzt deutlich voran, die geringste Ärztedichte weist das Burgenland mit 372 Einwohnern je Arzt auf. Durchschnittlich liegt die Ärztedichte in Österreich bei 260 Einwohnern je Arzt.

Berechnet man die Ärztedichten auf Bezirksebene, so werden große Unterschiede zwischen den relativ gut ausgestatteten städtischen Zentren - insbesondere in der Bundeshauptstadt Wien - und den weniger gut mit Ärzten ausgestatteten Landregionen erkennbar. Eine besonders geringe Ärztedichte weisen die Stadt-Umgebungsbezirke auf, die jedoch offensichtlich durch die Städte mitversorgt werden. Auffällig ist weiters eine besonders niedrige Ärzteausstattung in jenen Bezirken, die über keine (öffentliche) Krankenanstalt verfügen.



## Versorgungsbereiche

Die Gesamtzahl der Ärzte (exklusive den 1.194 sogenannten „Wohnsitzärzten“; diese Ärzte weisen weder einen Ordinationssitz auf, noch stehen sie - als Arzt - in einem regelmäßigen Anstellungsverhältnis) verteilt sich - entsprechend dem jeweiligen Kernbereich der Berufstätigkeit - auf die beiden zentralen Versorgungssektoren, den extramuralen und den intramuralen Bereich, die in den nachfolgenden Abschnitten 7.1.3 und 7.1.4 dargestellt werden. Dabei wurde bei in beiden Bereichen tätigen Ärzten analog zu der Systematik der Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer das Kriterium „niedergelassen“, das heißt Zurechnung zum extramuralen Versorgungsbereich, als das stärkere Kriterium gegenüber dem Kriterium „angestellt“, welches eine Zurechnung zum intramuralen Bereich bewirkt, gewertet.

### 7.1.3 Niedergelassene Ärzte

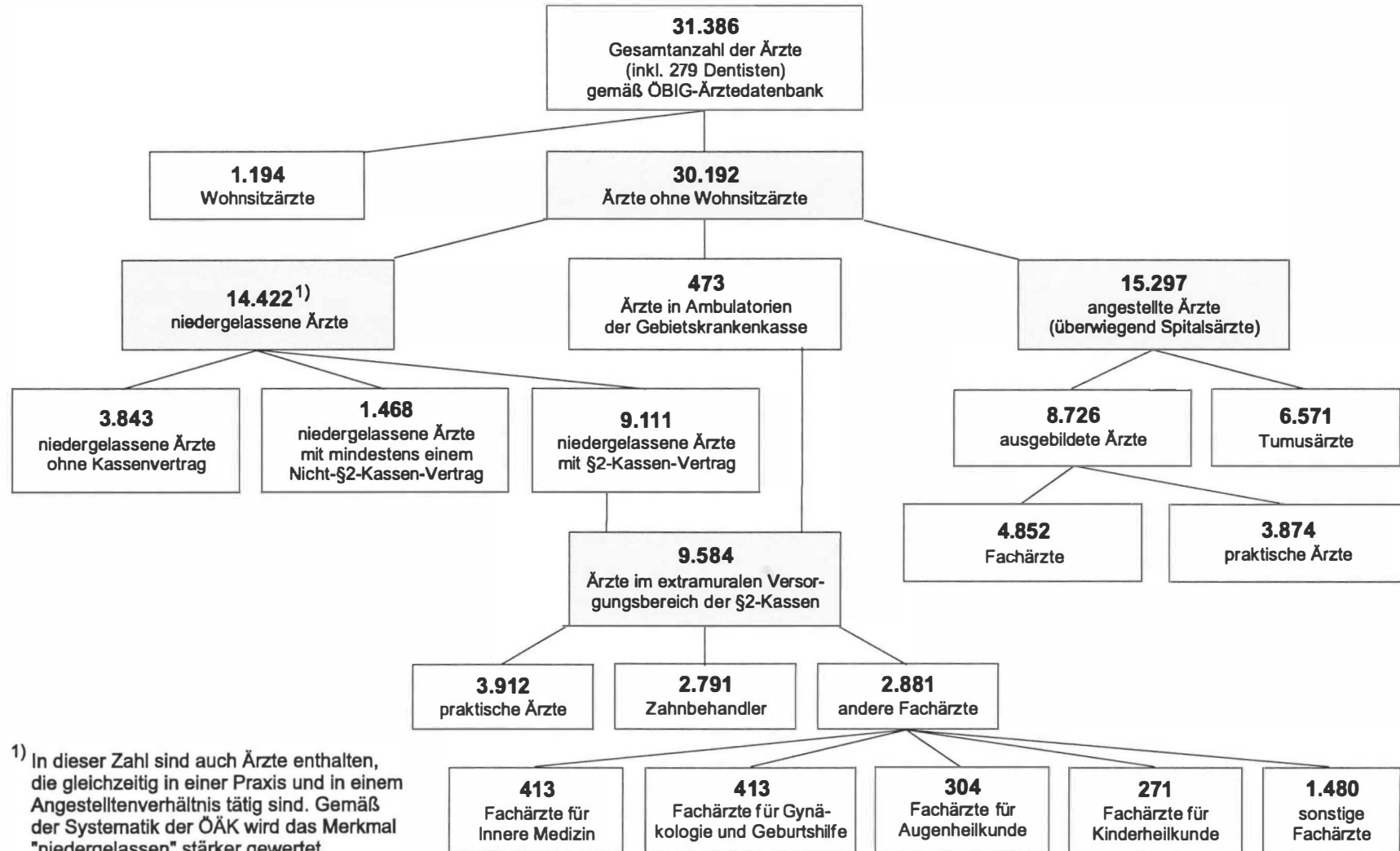
Zu den niedergelassenen Ärzten werden in der Systematik des ÖBIG neben den Ärzten mit eigener Praxis auch die 473 Ärzte, die in den Ambulatorien der Gebietskrankenkassen beschäftigt sind, hinzugezählt. Damit lag der Gesamtärztebestand im niedergelassenen Versorgungssektor 1995 bei insgesamt 14.895 Ärzten. Die Ärztedichte nach Bundesländern liegt bei den niedergelassenen Ärzten zwischen 350 Einwohnern je Arzt in Wien und einer halb so hohen Ärztedichte von über 700 Einwohnern je Arzt im Burgenland.

Von der Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte hatten 9.111 Ärzte einen § 2-Kassenvertrag, das heißt einen Vertrag mit den Gebiets- und den Betriebskrankenkassen sowie mit der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, abgeschlossen. Durch die Stellenplanung der Gebietskrankenkassen kommt es - mit Ausnahme von Wien - zu einer weitgehenden Übereinstimmung der Ärztedichten in den Bundesländern in der Höhe von rund 900 Einwohnern je § 2-Kassenarzt. Wien ist mit 600 Einwohnern je § 2-Kassenarzt deutlich besser versorgt.

Den größten Anteil, nämlich rund 40 Prozent, unter den im § 2-Kassenbereich tätigen Ärzten (niedergelassene Ärzte und Ärzte in den Gebietskrankenkassenambulatorien) stellen die praktischen Ärzte. Daneben gehören rund 30 Prozent zu dem Fachbereich Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (inklusive Dentisten), und weitere zehn Prozent sind Fachärzte in den Fachrichtungen Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe oder Kinderheilkunde. Damit gehören rund 80 Prozent der § 2-Kassenärzte zu den sogenannten Grundversorgungsfächern.

Der überwiegende Teil der § 2-Kassenärzte hat zudem Verträge mit den sogenannten „kleinen Kassen“, 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 1.468 niedergelassene Ärzte, die nur bei einer oder mehreren „kleinen Kassen“ unter Vertrag stehen. Diese Ärzte gehen meistens zusätzlich einer weiteren Beschäftigung nach (z. B. als Betriebs- oder Schularzt), oder sie haben - oftmals aus Altersgründen - ihren Vertrag mit den § 2-Kassen bereits zurückgelegt.

Abbildung 7.1: Struktur des Ärztebestandes 1995



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

## Versorgungsbereiche

Daneben standen im Jahr 1995 noch weitere 3.843 niedergelassene Ärzte für die extramurale Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung, die keinen Vertrag mit einem Krankenversicherungsträger abgeschlossen hatten. Die Anzahl dieser sogenannten „Wahlärzte“ ist in den vergangenen Jahren besonders stark gestiegen, vor allem aus dem Grund, weil der verhältnismäßig hohen Anzahl an jährlich neu hinzukommenden berufsberechtigten Ärzten, die einen Kassenvertrag anstreben, nur eine relative geringe Anzahl an unbesetzten Kassenvertragsstellen gegenübersteht. Wahlärzte rechnen ihre Leistungen direkt mit den 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.

Bundesweit gesehen ist der Bedarf an § 2-Kassenärzten im Jahr 1995 - der auf der Ebene der einzelnen Fachrichtungen und Bezirksregionen ermittelt wurde - weitgehend abgedeckt. Unter Berücksichtigung der Ärzte in den Gebietskrankenkas- senambulatorien ergibt sich ein Fehlbestand von 36 Ärzten. Differenziert nach Fachrichtungen zeigt sich ein Fehlbestand im § 2-Kassenbereich bei den praktischen Ärzten, demgegenüber steht ein geringes Überangebot an Fachärzten für Augenheilkunde, Gynäkologie, Dermatologie, Pulmologie und Orthopädie. Regional betrachtet steht einem deutlichen Defizit an § 2-Kassenvertragsärzten in der Steiermark und in Oberösterreich ein noch deutlicheres Überangebot an Ärzten in der Bundeshauptstadt Wien gegenüber.

Der Gesamt-Ärztebedarf für den extramuralen Sektor wurde auf die Art bestimmt, daß dem Bedarf an Ärzten für den § 2-Kassenbereich die Kleine-Kassen-Ärzte und auch die Wahlärzte in der Höhe ihres aktuellen Bestandes, der als bedarfsadäquat angenommen wurde, zugerechnet wurden. Dadurch ergibt sich ein Gesamt-Ärztebedarf für das Jahr 1995 in der Höhe von 14.886 Ärzte (praktische Ärzte und Fachärzte).

### 7.1.4 Spitalsärzte

In Abbildung 7.1 werden entsprechend der Systematik der Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer (vgl. letzter Absatz unter Abschnitt 7.1.2) unter die Kategorie „angestellte Ärzte“ 15.297 Ärzte subsumiert. Das Gros der angestellten Ärzte stellen die Spitalsärzte. In den 330 Krankenanstalten, die im bundesweiten Kataster des Gesundheitsressorts enthalten sind, waren mit Stand 31.12.1994 insgesamt 14.854 Ärzte angestellt. Darunter befanden sich 6.036 ausgebildete Fachärzte (die Differenz zu den in Abbildung 7.1 für das Jahr 1995 ausgewiesenen 4.852 angestellten Fachärzten ergibt sich primär aus der Anwendung der oben zitierten Systematik, die alle angestellten Ärzte, die auch eine Ordination betreiben, dem niedergelassenen Bereich zuordnet). Demgegenüber wird ein Bedarf an Fachärzten in den Krankenanstalten von 7.697 Fachärzten berechnet, der sich im wesentlichen aus Strukturkriterien (Abteilungsstruktur) und aus rechtlichen Grundlagen ableitet. Nach wie vor dürfte daher ein Teil der notwendigen fachärztlichen Leistungen in den Kranken-

stalten durch den Einsatz von praktischen Ärzten und von Turnusärzten und durch einen hohen Überstundeneinsatz der Fachärzte abgedeckt werden.

### **7.1.5 Internationale Vergleichszahlen**

Bei einer Darstellung von ausländischen Ärztezahlen ist einleitend zu bemerken, daß aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen, der voneinander abweichenden Funktionen der Gesundheitsberufe und der unterschiedlichen Erhebungsmethoden - v. a. bezüglich der Abgrenzung gegenüber den noch in Ausbildung befindlichen Ärzten - die Vergleichbarkeit zumindest als problematisch angesehen werden muß. Das letzte Jahr, für welches derzeit internationale Vergleichszahlen vorhanden sind, ist übrigens das Jahr 1992.

Bezüglich der Gesamtärztedichte lag Österreich im Jahr 1992 mit 315 Einwohnern je Arzt (Ärzte insgesamt) im europäischen Vergleich hinter Italien und der Schweiz an dritter Stelle. Eine geringere Ärztedichte wiesen z. B. die BRD, Schweden, die Niederlande und auch die USA auf. Hinsichtlich der niedergelassenen Ärzte, bei denen aufgrund der Unterschiede in den Strukturen der Gesundheitssysteme ein Vergleich allenfalls mit den Nachbarländern Schweiz und der BRD zulässig ist, liegt Österreich bezüglich der Ärztedichte an vorderster Stelle. Während Österreich im Jahr 1992 eine Ärztedichte von 563 Einwohnern je niedergelassenem Arzt aufwies, lag die Ärztedichte in der Schweiz bei 618 und in der BRD bei 821 Einwohnern je niedergelassenem Arzt.

## **7.2 Personal im Gesundheitswesen**

### **7.2.1 Historische Entwicklung und Beschäftigtenstand 1994**

Im stationären Bereich liegt eine Dokumentation über die am 31.12. des jeweiligen Jahres in Krankenanstalten beschäftigten Personen vor. Diese Personalzahlen sind in Zeitreihen verfügbar. Die letztverfügbaren Daten beziehen sich auf den Stichtag 31.12.1994.

Einen Überblick über die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen der nichtärztlichen Dienste in österreichischen Krankenanstalten der Jahre 1984 bis 1994 nach Berufsobergruppen gibt Abbildung 7.2.

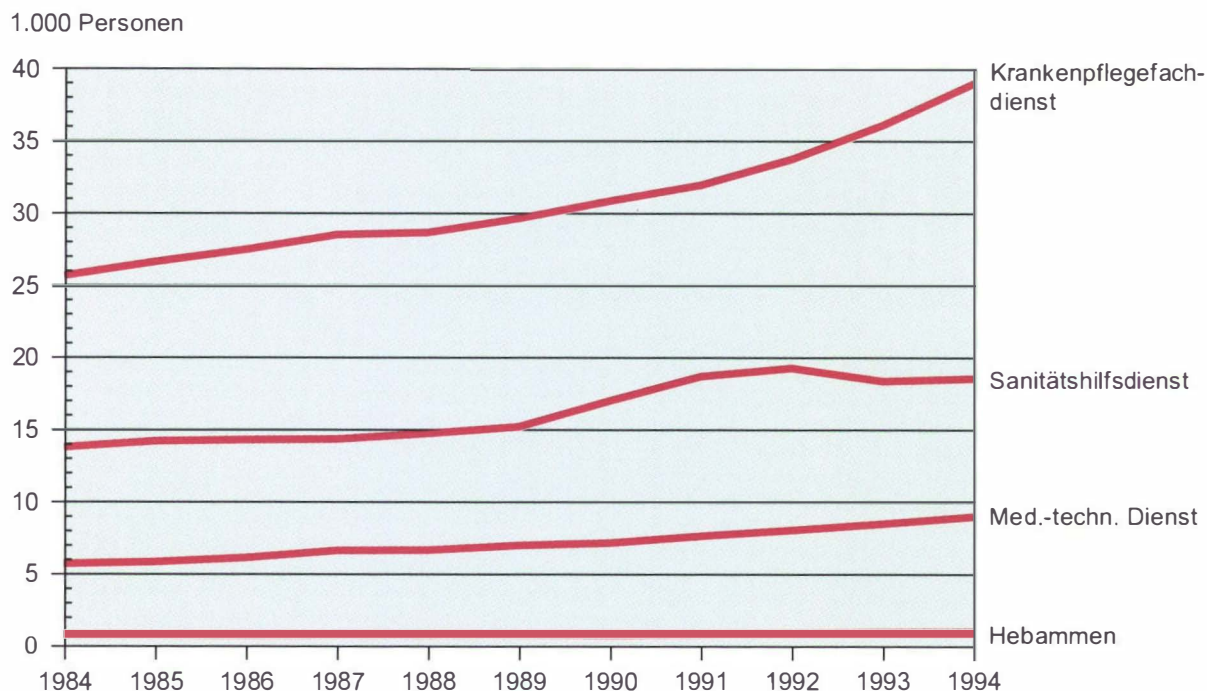
Die Dokumentation von Beschäftigten in Einrichtungen, die nicht Krankenanstalten im Sinne des Krankenanstalten-Gesetzes sind, bzw. im extramuralen Bereich unterliegt grundsätzlich keinem standardisierten Berichtswesen.

### **Krankenpflegefachdienst**

Im Krankenpflegefachdienst wird diplomiertes Pflegepersonal der Sparten Allgemei-

## Versorgungsbereiche

Abbildung 7.2: Entwicklung der nichtärztlichen Berufsgruppen in den österreichischen Krankenanstalten 1984 - 1994



Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich 1984 bis 1994

ne Krankenpflege, Kinderkranken- und Säuglingspflege sowie Psychiatrische Krankenpflege zusammengefaßt. Dokumentiert wird das in österreichischen Krankenanstalten beschäftigte Personal.

Im Jahre 1994 waren in den österreichischen Krankenanstalten insgesamt 38.975 Angehörige des Krankenpflegefachdienstes beschäftigt, wobei mit 32.885 Personen der überwiegende Teil (rund 84 Prozent) auf die Allgemeine Krankenpflege entfiel. 3.366 diplomierte Pflegekräfte waren in der Kinderkranken- und Säuglingspflege tätig (knapp 9 %), 2.724 in der Psychiatrischen Krankenpflege (rund 7 %).

Im Zeitraum von 1984 bis 1994 erhöhte sich beim diplomierten Pflegepersonal der Beschäftigtenstand um 52 Prozent. Diese Entwicklung und ein gleichzeitig einhergehender kontinuierlicher Bettenabbau führte zu einem Anstieg in der Personaldichte. Standen 1984 einer beschäftigten diplomierten Krankenpflegekraft noch drei tatsächlich aufgestellte Betten gegenüber, so betrug diese Relation 1994 nur mehr eins zu 1,8. In diesem Zusammenhang ist jedoch auch anzumerken, daß als Folge der Weiterentwicklung des Berufsbildes des Krankenpflegefachdienstes sowohl die Aufgabenstellung als auch die Art und Weise der Berufsausübung eine Ausweitung bzw. Intensivierung erfahren hat (vergleiche dazu auch die Ausführungen zur Ausbildungsreform, Kapitel 8.2).

**Tabelle 7.2:** *Entwicklung des Krankenpflegefachdienstes in den österreichischen Krankenanstalten nach Fachrichtung, Geschlecht und insgesamt 1984 - 1994*

Jahr	AKP			KKP			PKP			KPFD		
	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.
1984	921	19.976	20.897	1	2.351	2.352	1.154	1.238	2.392	2.076	23.565	25.641
1985	1.062	20.742	21.804	2	2.398	2.400	1.145	1.247	2.392	2.209	24.387	26.596
1986	1.125	21.413	22.538	3	2.540	2.543	1.134	1.243	2.377	2.262	25.196	27.458
1987	1.227	22.156	23.383	3	2.669	2.672	1.154	1.271	2.425	2.384	26.096	28.480
1988	1.285	22.345	23.630	3	2.675	2.678	1.102	1.221	2.323	2.390	26.241	28.631
1989	1.376	23.100	24.476	3	2.759	2.762	1.099	1.293	2.392	2.478	27.152	29.630
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	2.834	29.086	31.920
1992	1.884	26.317	28.201	7	3.027	3.034	1.140	1.358	2.498	3.031	30.702	33.733
1993	2.166	28.265	30.431	9	3.152	3.161	1.101	1.404	2.505	3.276	32.821	36.097
1994	2.507	30.378	32.885	18	3.348	3.366	1.183	1.541	2.724	3.708	35.267	38.975

AKP Allgemeine Krankenpflege  
 KKP Kinderkranken- und Säuglingspflege  
 PKP Psychiatrische Krankenpflege  
 KPFD Krankenpflegefachdienst  
 m männlich  
 w weiblich

Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich 1984 bis 1994

Die Steigerungsraten der Beschäftigtenzahlen der einzelnen Sparten betragen in der Allgemeinen Krankenpflege 57 Prozent, in der Kinderkranken- und Säuglingspflege 43 Prozent und in der Psychiatrischen Krankenpflege 14 Prozent.

Im Krankenpflegefachdienst blieb der Anteil der weiblichen Personen an den insgesamt Beschäftigten über den angegebenen Zeitraum mit knapp über 90 Prozent nahezu konstant. In der Allgemeinen Krankenpflege sank der Frauenanteil geringfügig von rund 96 auf rund 92 Prozent, in der Psychiatrischen Krankenpflege stieg er von knapp 52 auf rund 57 Prozent. In der Kinderkranken- und Säuglingspflege sind traditionellerweise beinahe ausschließlich Frauen beschäftigt (99,5 Prozent im Jahre 1994).

Die Beschäftigtenzahlen des Krankenpflegefachdienstes nach Sparten und Geschlecht sind für die Jahre 1984 bis 1994 in Tabelle 7.2 dargestellt.

## Medizinisch-technische Dienste

Die Medizinisch-technischen Dienste umfassen die Gehobenen medizinisch-technischen Dienste und den Medizinisch-technischen Fachdienst. Die Gehobenen medi-

## Versorgungsbereiche

medizinisch-technischen Dienste werden ihrerseits aus folgenden sieben Berufen gebildet:

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

Im Jahre 1994 waren in österreichischen Krankenanstalten insgesamt 8.972 Personen der Medizinisch-technischen Dienste beschäftigt. Die Steigerung von 1984 bis 1994 betrug 58 Prozent, der Frauenanteil ist geringfügig von knapp 92 auf 89,6 Prozent gesunken. Die Beschäftigtenentwicklung und ein gleichzeitig einhergehender kontinuierlicher Bettenabbau führte zu einem Anstieg der Personaldichte. Standen 1984 einem Beschäftigten eines Medizinisch-technischen Dienstes noch 13,7 tatsächlich aufgestellte Betten gegenüber, so betrug diese Relation 1994 nur mehr eins zu 7,7.

Die Beschäftigtenzahlen der einzelnen medizinisch-technischen Dienste wiesen im angegebenen Zeitraum folgende Steigerungsraten auf:

- |   |            |
|---|------------|
| • Physiotherapeutischer Dienst:                           | plus 107 % |
| • Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst:            | plus 44 %  |
| • Radiologisch-technischer Dienst:                        | plus 50 %  |
| • Diätdienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst: | plus 55 %  |
| • Ergotherapeutischer Dienst:                             | plus 76 %  |
| • Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst:         | plus 102 % |
| • Orthoptischer Dienst:                                   | plus 55 %  |
| • Medizinisch-technischer Fachdienst:                     | plus 46 %  |

Von 1984 auf 1994 ist der Frauenanteil im Diätdienst und ernährungsmedizinischen Beratungsdienst gleich geblieben (98,4 Prozent) und im Ergotherapeutischen Dienst sowie im Logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienst gestiegen (von 82,9 auf 88,5 Prozent bzw. von 92 auf 94 Prozent). In den übrigen Diensten ist der Frauenanteil an den Beschäftigten wie angegeben gesunken: Physiotherapeutischer Dienst von 92,6 auf 88,3 Prozent, Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst: von 95,8 auf 93,9 Prozent; Radiologisch-technischer Dienst: von 85,3 auf 83,1 Prozent; Orthoptischer Dienst: von 95,5 auf 79,4 Prozent; Medizinisch-technischer Fachdienst: von 93,3 auf 90,4 Prozent.

Die Beschäftigtenzahlen des Medizinisch-technischen Dienstes nach Sparten und Geschlecht sind für die Jahre 1984 bis 1994 in Tabelle 7.3 dargestellt.

Tabelle 7.3: Entwicklung der Medizinisch-technischen Dienste in österreichischen Krankenanstalten nach Berufsgruppen, Geschlecht und insgesamt 1984 - 1994

Jahr	PD			MTA			RTA			DD			ED			LD			OD			MTF			MTD		
	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.
1984	61	766	827	81	1.756	1.837	201	1.164	1.365	4	242	246	33	160	193	8	92	100	2	42	44	73	1.010	1.083	463	5.232	5.695
1985	67	824	891	99	1.743	1.842	217	1.081	1.298	4	240	244	44	150	194	8	89	97	2	45	47	105	1.106	1.211	546	5.278	5.824
1986	84	916	1.000	98	1.793	1.891	232	1.164	1.396	3	259	262	28	169	197	6	98	104	2	45	47	95	1.130	1.225	548	5.574	6.122
1987	85	988	1.073	128	1.990	2.118	240	1.233	1.473	8	276	284	38	193	231	6	128	134	2	54	56	100	1.154	1.254	607	6.016	6.623
1988	93	1.029	1.122	119	1.958	2.077	238	1.250	1.488	7	273	280	31	203	234	9	121	130	2	51	53	111	1.146	1.257	610	6.031	6.641
1989	110	1.053	1.163	128	2.082	2.210	243	1.324	1.567	8	300	308	26	221	247	8	137	145	5	55	60	108	1.177	1.285	636	6.349	6.985
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

PD    Physiotherapeutischer Dienst  
 MTA    Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst  
 RTA    Radiologisch-technischer Dienst  
 DD    Diätdienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst  
 ED    Ergotherapeutischer Dienst  
 LD    Logopädisch-phoniatisch-audiologischer Dienst  
 OD    Orthoptischer Dienst  
 MTF    Medizinisch-technischer Fachdienst  
 MTD    Medizinisch-technische Dienste  
 m    männlich  
 w    weiblich

Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich 1984 bis 1994



## Versorgungsbereiche

Tabelle 7.4: Entwicklung der Sanitätshilfsdienste in österreichischen Krankenanstalten nach Berufsgruppen, Geschlecht, Ausbildungsstand und insgesamt 1984 - 1994

			1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
SanG	m	m.Z.	402	409	426	324	343	324	314	341	339	401	562
		o.Z.	28	43	46	30	33	32	58	81	84	68	116
	w	m.Z.	385	575	496	313	331	346	413	548	514	701	993
		o.Z.	48	118	113	43	63	87	73	130	124	120	262
insges.			863	1.145	1.081	710	770	789	858	1.100	1.061	1.290	1.933
SG/PH	m	m.Z.	1.685	1.780	1.820	1.869	1.910	1.946	2.088	2.367	2.493	2.490	2.610
		o.Z.	248	235	251	276	301	299	597	675	608	603	372
	w	m.Z.	7.139	7.000	7.145	7.255	7.421	7.621	8.113	8.905	9.461	8.479	8.697
		o.Z.	1.166	1.241	1.158	1.318	1.370	1.421	2.066	2.190	1.963	1.726	1.085
insges.			10.238	10.256	10.374	10.718	11.002	11.287	12.864	14.137	14.525	13.298	12.764
OPG	m	m.Z.	889	932	958	987	1.035	1.045	1.148	1.206	1.379	1.358	1.488
		o.Z.	93	84	86	117	97	133	159	177	147	202	199
	w	m.Z.	392	411	424	425	457	471	452	497	489	551	500
		o.Z.	60	58	65	72	67	110	90	102	109	95	116
insges.			1.434	1.485	1.533	1.601	1.656	1.759	1.849	1.982	2.124	2.206	2.303
LabG	m	m.Z.	59	76	73	72	88	78	75	78	83	71	72
		o.Z.	4	13	20	11	8	14	10	6	2	11	10
	w	m.Z.	218	239	231	254	243	241	257	271	286	268	260
		o.Z.	35	43	34	33	25	24	17	25	35	45	29
insges.			316	371	358	370	364	357	359	380	406	395	371
ProsG	m	m.Z.	96	105	98	100	103	80	109	122	129	121	126
		o.Z.	20	17	24	19	14	19	15	6	9	16	11
	w	m.Z.	5	5	5	-	1	22	1	-	-	1	1
		o.Z.	3	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1
insges.			124	128	128	120	119	124	127	129	139	140	139
OrdG	m	m.Z.	23	24	24	17	21	23	27	23	28	22	20
		o.Z.	1	2	3	2	9	5	4	2	5	6	2
	w	m.Z.	104	89	94	124	125	133	166	162	166	187	163
		o.Z.	26	17	13	19	8	18	17	25	24	24	26
insges.			154	132	134	162	163	179	214	212	223	239	211
HeilG	m	m.Z.	5	7	12	9	11	20	10	7	9	10	18
		o.Z.	-	2	-	-	1	2	-	1	2	-	1
	w	m.Z.	24	20	9	6	5	14	11	8	11	15	10
		o.Z.	9	12	11	9	7	10	11	11	14	13	12
insges.			38	41	32	24	24	46	32	27	36	38	41
HeilBM	m	m.Z.	209	225	239	242	240	236	253	258	272	268	279
		o.Z.	2	1	3	3	3	1	7	6	4	11	5
	w	m.Z.	237	234	244	236	246	288	314	320	340	327	333
		o.Z.	6	15	9	12	3	3	6	2	4	15	11
insges.			454	475	495	493	492	528	580	586	620	621	628
BuA-G	m	m.Z.	16	15	11	13	18	16	16	17	13	15	14
		o.Z.	12	9	7	8	5	7	8	9	13	13	15
	w	m.Z.	17	24	16	16	15	15	16	15	19	17	21
		o.Z.	15	10	10	7	7	7	6	8	9	10	12
insges.			60	58	44	44	45	45	46	49	54	55	62
DesG	m	m.Z.	50	59	63	60	58	54	47	47	49	48	65
		o.Z.	7	17	15	5	6	3	3	4	7	9	5
	w	m.Z.	12	11	16	13	9	10	15	12	14	13	12
		o.Z.	8	8	9	8	5	8	9	5	3	3	3
insges.			77	95	103	86	78	75	74	68	73	73	85
alle SHD	m	m.Z.	3.434	3.632	3.724	3.693	3.827	3.822	4.087	4.466	4.794	4.804	5.254
		o.Z.	415	423	455	471	477	515	861	967	881	939	736
	w	m.Z.	8.533	8.608	8.680	8.642	8.853	9.161	9.758	10.738	11.300	10.559	10.990
		o.Z.	1.376	1.523	1.423	1.522	1.556	1.691	2.297	2.499	2.286	2.053	1.557
insges.			13.758	14.186	14.282	14.328	14.713	15.189	17.003	18.670	18.355	18.537	

Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich 1984 - 1994

Legende zu Tabelle 7.4 siehe nächste Seite.

## Legende zu Tabelle 7.4

DesG	Desinfektionsgehilfen
BuA-G	Beschäftigungs- und Arbeitstherapiegehilfen
HeilBM	Heilbademeister, Heilmasseur
HeilG	Heilbadegehilfen
LabG	Laborgehilfen
OPG	Operationsgehilfen
OrdG	Ordinationsgehilfen
ProsG	Prosekturgehilfen
SanG	Sanitätsgehilfen
SG/PH	Stationsgehilfen/Pflegehelfer
SHD	Sanitätshilfsdienste
m	männlich
w	weiblich
m.Z.	mit Zeugnis
o.Z.	ohne Zeugnis

## Sanitätshilfsdienste

Die Sanitätshilfsdienste umfassen insgesamt zehn Berufsgruppen:

- Sanitätsgehilfen,
- Stationsgehilfen bzw. Pflegehelfer,
- Operationsgehilfen,
- Laborgehilfen,
- Prosekturgehilfen,
- Ordinationsgehilfen,
- Heilbadegehilfen,
- Heilbademeister und Heilmasseur,
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapiegehilfen sowie
- Desinfektionsgehilfen.

Die Stationsgehilfen sollen spätestens bis Ende 1997 vollständig durch die höher qualifizierte Berufsgruppe der Pflegehelfer ersetzt werden.

Die Tätigkeit in den Sanitätshilfsdiensten darf berufsmäßig bereits vor der Ablegung der kursmäßigen Ausbildung ausgeübt werden, wobei die erfolgreiche Absolvierung der Ausbildung innerhalb von zwei Jahren ab Berufsantritt nachzuweisen ist. Daher wird bei diesen Berufen in der Statistik neben dem Geschlecht nach dem Berufsstatus unterschieden (Berufsausübung mit bzw. ohne Zeugnis).

Im Jahre 1994 waren in den österreichischen Krankenanstalten insgesamt 18.537 Personen in den Sanitätshilfsdiensten beschäftigt. Rund zwei Drittel davon waren Frauen. Etwa zwölf Prozent befanden sich in der Berufsausübung, ohne noch die entsprechende Ausbildungsbescheinigung zu besitzen (ohne Zeugnis).

Im Zeitraum zwischen 1984 und 1994 sind die Beschäftigtenzahlen in den Sanitätshilfsdiensten insgesamt um 35 Prozent gestiegen, am stärksten bei den Operationsgehilfen (plus 61 %), am wenigsten bei den Beschäftigungs- und Arbeitstherapiege-

## Versorgungsbereiche

hilfen (plus 3 %). Größere Schwankungen waren bei den Sanitätsgehilfen zu verzeichnen.

Die Beschäftigtenzahlen in den Sanitätshilfsdiensten nach Sparten, Geschlecht und Berufsstatus sind in Tabelle 7.4 dargestellt.

## Hebammen

Bei den Hebammen kann aufgrund der geführten Statistik die Entwicklung der Gesamtzahl der berufstätigen Personen (im intramuralen und im extramuralen Bereich) verfolgt werden (vgl. Tabelle 7.5).

*Tabelle 7.5: Anzahl der Hebammen nach Art der Berufsausübung und insgesamt 1984 - 1994*

Jahr	Öffentlich bestellte Hebammen	Freipraktizierende Hebammen	Anstaltshebammen	Hebammen insgesamt
1984	135	134	804	1.073
1985	109	123	827	1.059
1986	107	120	848	1 075
1987	97	127	891	1 115
1988	81	158	877	1.116
1989	66	157	876	1.099
1990	62	163	865	1.090
1991	44	194	916	1.154
1992	23	230	951	1.204
1993	39	229	1.041	1.309
1994	21 *)	278	1.041	1.340

\*) davon 12 Sprengelhebammen

Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich 1984 bis 1994

Die Anzahl der berufsausübenden Hebammen stieg im Zeitraum von 1984 bis 1994 um knapp 25 Prozent. 1994 befanden sich insgesamt 1.340 Hebammen in Berufsausübung, und zwar zum überwiegenden Anteil (mehr als drei Viertel) als Anstaltshebammen. Die Hebammendichte (Hebammen je 100.000 Einwohner) stieg im Beobachtungszeitraum von 14,2 auf 16,7.

Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen und die Verteilung auf die einzelnen Berufsausübungszweige ist in Tabelle 7.5 dargestellt.

In einer vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) für das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz Mitte 1996 erstellten Studie zur Ausbildungsplanung wurde für das Jahr 1994 ein Bedarf von 1.328 Anstaltshebammen ermittelt, für das Jahr 2000 ein Bedarf von rund 1.190 und für 2010 von rund 1.100 Anstaltshebammen. Der Fehlbestand in den Krankenanstalten be-

trug 1994 somit 287 Hebammen. Im freipraktizierenden Bereich sind österreichweit genügend Hebammen vorhanden.

### **7.2.2 Prognostizierte Entwicklung des Personalangebots**

Das ÖBIG wurde im Jahr 1993 vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz beauftragt, im Rahmen einer Studie die zukünftige Entwicklung des Personalangebotes in ausgewählten Gesundheitsberufen zu untersuchen. Im Zuge dieser Studie stellte sich heraus, daß in allen untersuchten Berufen unter Gleichhaltung der Rahmenbedingungen ein - zum Teil starker - Anstieg in der Anzahl an Personen, die für die Berufsausübung zur Verfügung stehen wird (= Personalangebot), zu erwarten ist. Folgende Gesundheitsberufe wurden in diese Studie miteinbezogen: die drei Sparten des Krankenpflegefachdienstes, die acht Medizinisch-technischen Dienste, die Stationsgehilfen bzw. Pflegehelfer sowie die Hebammen.

### **7.2.3 Regelung der Arbeitszeit in Krankenanstalten**

Zur Neuregelung der Arbeitszeit des nichtärztlichen Personals in Krankenanstalten wurde 1995 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ein Entwurf für ein eigenes Pflegepersonal-Arbeitszeitgesetz vorgelegt. Das ÖBIG führte zu diesem Entwurf im Auftrag des BMAS eine Bewertung und Folgekostenschätzung durch. Die Ergebnisse dieser Studie sowie einer Reihe von Anregungen aus dem Begutachtungsverfahren legten jedoch eine Modifizierung des Gesetzesentwurfes nahe. Die Arbeitszeit der hier beschriebenen nichtärztlichen Berufsgruppen in stationären Gesundheitseinrichtungen ist nunmehr gemeinsam mit derjenigen des ärztlichen Personals und einiger anderer Gesundheitsberufe im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz geregelt, das im Jänner 1997 erlassen wurde.

## **7.3 Rehabilitation**

### **7.3.1 Ausgangslage und Problemstellung**

Die Rehabilitation von körperlich oder seelisch beeinträchtigten Personen im Rahmen der österreichischen Sozialversicherung verfolgt im wesentlichen drei Ziele:

- Die Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes;
- die Wiedereingliederung in die Gesellschaft, insbesondere in das Arbeitsleben;
- die Einnahme einer angemessenen Stellung in der menschlichen Gesellschaft, und zwar möglichst dauerhaft und ohne Betreuung bzw. Hilfe.

Zur Erreichung dieser Ziele sind in den Sozialversicherungsgesetzen medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation vorgesehen. Bei der Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems stehen naturgemäß die

## Versorgungsbereiche

Aspekte der „medizinischen Rehabilitation“ im Vordergrund. In den Sozialversicherungsgesetzen wird im Bereich der Heilverfahren im Detail unterschieden nach „medizinischer Rehabilitation“ (im Rahmen der Krankenversicherung und der Pensionsversicherung), nach „Unfallheilbehandlung“ (im Rahmen der Unfallversicherung), nach „Gesundheitsvorsorge“ (im Rahmen der Pensionsversicherung) sowie nach „Gesundheitsfestigung“ (im Rahmen der Krankenversicherung).

Die Krankenversicherungsträger haben erst seit der 1992 in Kraft getretenen 50 ASVG-Novelle ergänzend zur Zuständigkeit der Pensionsversicherungs- und Unfallversicherungsträger „nach pflichtgemäßem Ermessen“ Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zu gewähren. Diese Erweiterung des Aufgabenbereiches der Krankenversicherungsträger stellt für jene Personen eine bedeutende Verbesserung dar, für die im Hinblick auf die Rehabilitation keine Zuständigkeit der Unfallversicherungs- oder Pensionsversicherungsträger besteht (Angehörige, Pensionisten).

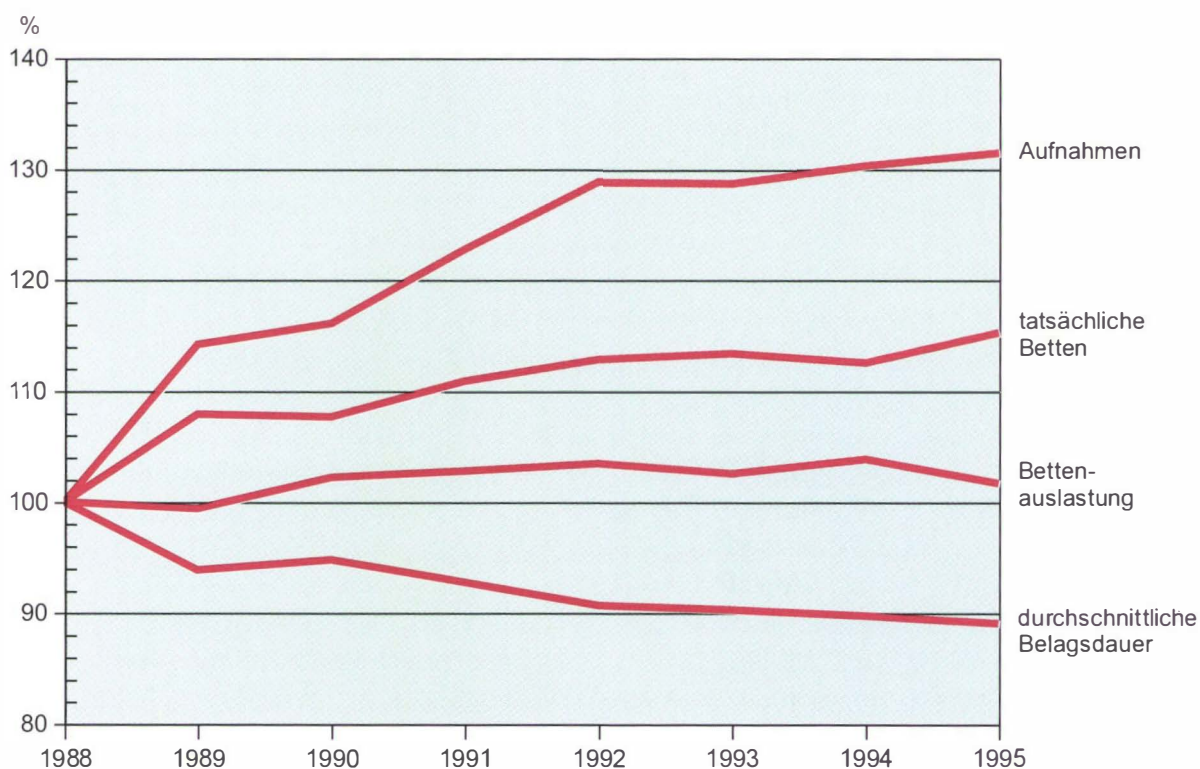
Der weitaus überwiegende Teil der stationären Heilverfahren im Rahmen der „medizinischen Rehabilitation“ wird in „Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen“, also in Rehabilitationszentren (Sonderkrankenanstalten im Sinne des § 2 (1) Z. 2 KAG) durchgeführt. Während Maßnahmen der „Gesundheitsvorsorge“ keiner Einschränkung bezüglich Art und Ausstattung der für das Heilverfahren in Frage kommenden Einrichtungen unterliegen, sind Maßnahmen der „Gesundheitsfestigung“ auf Aufenthalte in Genesungs-, Kur- und Erholungsheimen beschränkt. Kur- und Erholungsheime gelten nicht als bettenführende Krankenanstalten im Sinne der KAG. Da die systematischen Aufzeichnungen, die dem Gesundheitressort periodisch im Bettenbericht zu melden sind, nur für bettenführende Krankenanstalten im Sinne des KAG verfügbar sind, werden von diesen Aufzeichnungen nur die Rehabilitationszentren und Genesungsheime, nicht aber die Kur- und Erholungsheime erfaßt.

Die Sozialversicherungsträger haben in den letzten Jahrzehnten ein Netz von Rehabilitationszentren aufgebaut. Sie betreiben derzeit 29 Sonderkrankenanstalten mit ca. 4.000 Betten. Hinzu kommen mehrere private Einrichtungen mit rund 1.000 Betten, mit denen von den Sozialversicherungsträgern Verträge zur Erbringung von Rehabilitationsleistungen abgeschlossen wurden (Vertragspartner-Einrichtungen), sowie die Genesungs-, Kur- und Erholungsheime mit weiteren rund 11.000 Betten (davon 2.000 Betten in SV-eigenen Einrichtungen). Während sich die Bettenkapazitäten der SV-eigenen Rehabilitationszentren in den letzten Jahren kaum verändert haben, wurden die Kapazitäten in den Vertragspartner-Einrichtungen deutlich ausgeweitet. Insgesamt sind die in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation verfügbaren Betten zwischen 1988 und 1995 um etwa 15 Prozent ausgeweitet worden, wobei die Anzahl der Aufnahmen um über 30 Prozent anstieg und die durchschnittliche Belagsdauer kontinuierlich absank (vgl. Abbildung 7.3).

Leistungen mit rehabilitativem Charakter werden im ambulanten Bereich überwiegend in Krankenhausambulanzen, selbständigen Ambulatorien sowie von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten erbracht. Diese Leistungen werden von den

Krankenversicherungsträgern unter dem Titel der „ärztlichen Hilfe“ im Rahmen der Krankenbehandlung subsumiert. Von den Pensionsversicherungsträgern werden derartige Leistungen unter dem Titel der „Gesundheitsvorsorge“ erbracht.

Abbildung 7.3: Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation 1988 - 1995 (indexiert: 1988 = 100 %)



Quellen: BMGK/KRAZAF - Bettenberichte 1988 - 1995; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Erfolgsrechnungen der Träger der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung wiesen im Jahr 1994 unter dem Titel medizinische Rehabilitation Aufwendungen in der Höhe von insgesamt knapp drei Mrd. Schilling auf, das sind 0,8 Prozent der Gesamtaufwendungen in der Sozialversicherung. Rund 1,4 Mrd. Schilling wurden in der Krankenversicherung ausgewiesen, knapp eine Mrd. in der Pensionsversicherung und rund 600 Mio. in der Unfallversicherung. Demgegenüber wurden von den SV-Trägern im Jahr 1994 unter dem Titel Gesundheitsvorsorge (bzw. Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung) Aufwendungen in der Höhe von rund 3,8 Mrd. Schilling verbucht. Rund 72 Prozent entfielen dabei auf die PV-Träger (knapp 2,8 Mrd.), 28 Prozent (knapp 1,1 Mrd.) auf die Träger der Krankenversicherung.

Sowohl bei den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation als auch für Gesundheitsvorsorge bzw. Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung war im Zeitraum von 1990 bis 1994 ein Anstieg zu verzeichnen. Während sich die Aufwendungen für

## Versorgungsbereiche

Rehabilitation im angegebenen Zeitraum mehr als verdoppelten (von 1,14 auf 2,98 Mrd. Schilling), blieb diese Steigerung bei den Maßnahmen der unter Gesundheitsvorsorge verbuchten Aufwendungen mit 26 Prozent (von 3,05 Mrd. Schilling auf 3,84 Mrd.) sogar unter der Entwicklung der Gesamtaufwendungen (Steigerung um 28 Prozent von 1990 bis 1994). Auch die Aufwendungen für Gesundheitsvorsorge bzw. Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung stiegen in diesem Zeitraum deutlich an.

Der Anstieg sowohl der Inanspruchnahme als auch der Kosten von rehabilitativen Einrichtungen begründet die Notwendigkeit einer vorausschauenden Planung der künftig im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich vorzuhaltenden Kapazitäten. Einer entsprechenden Bedarfsschätzung und Planung stehen derzeit allerdings Mängel in bezug auf die Vereinheitlichung und Vollständigkeit des Dokumentationswesens entgegen. Das bisher bestehende Planungs- und Koordinationsdefizit hat dazu geführt, daß nach wie vor Versorgungslücken (insbesondere in der Neurorehabilitation) sowie regionale Versorgungsdefizite auftreten.

### 7.3.2 Gesundheits- und sozialpolitische Zielsetzungen

In den Arbeitsübereinkommen zwischen der Regierungsparteien der letzten Jahre sind mehrere Zielvorstellungen mit Relevanz für die künftige Entwicklung des rehabilitativen Bereiches einschließlich der Kostenentwicklung enthalten, und zwar in den Kapiteln „Arbeitswelt und Soziales“ sowie „Gesundheit“:

- Um die Leistungsfähigkeit des Sozialstaates zu erhalten, muß das Schwergewicht auf die Konsolidierung sozialstaatlicher Leistungen und Maßnahmen, verbunden mit einer Verbesserung der Transparenz, der Zielgenauigkeit und der Verteilungsgerechtigkeit gelegt werden;
- höhere Kostenbeteiligungen durch die Versicherten bei Kuraufenthalten nach sozialen Gesichtspunkten in Verbindung mit anderen Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und teilweise Anrechnung der Kuraufenthalte auf den gesetzlichen Urlaubsanspruch;
- das Rehabilitationssystem in der Sozialversicherung sollte nach einheitlichen Grundsätzen gestaltet werden, um Ungleichbehandlungen der Berufsgruppen bei gleichem Rehabilitationsbedarf auszuschließen;
- Rehabilitationslücken bei Krebserkrankungen und im Schlaganfallbereich sind zu schließen;
- die öffentliche Förderung des Kuraufenthaltswesens durch die Sozialversicherung ist auf eine neue Grundlage zu stellen mit dem Ziel, Kosteneinsparungen für die Sozialversicherung zu erreichen - mehr Effizienz bei der Gestaltung der Kuren, Änderungen in der Verschreibungs- und Zuzahlungspraxis, aber auch höhere Kostenbeteiligungen durch die Versicherten nach sozialen Gesichtspunkten wären geeignete Wege zur Erreichung dieses Ziels.

Weiters wurde auch die Einrichtung von Strukturen für die „Geriatrische Remobilisation“ innerhalb von bzw. in funktioneller Verbindung mit Akutkrankenanstalten als politische Zielvorstellung diskutiert und vom Gesetzgeber in den Erläuterungen zur 50. ASVG-Novelle im Zusammenhang mit der Einführung der medizinischen Rehabilitation als Leistung der Krankenversicherung wie folgt beschrieben:

- „Diese erst zu schaffenden ‘Remobilisationseinrichtungen’ im Bereich der Spitäler sollen dazu beitragen, daß ältere Patienten nicht zu Pflegefällen werden, da gerade in diesem Bereich medizinische Maßnahmen in unmittelbarem Anschluß an eine Akutpflege am sinnvollsten sind.“

### 7.3.3 Aktueller Stand

Auf Empfehlung des Beirats für Wirtschafts- und Sozialfragen wurde mit dem Strukturanpassungsgesetz 1996, mit dem unter anderem auch die Sozialversicherungsgesetze geändert wurden, ein allgemeiner Kostenbeitrag auch bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalten eingeführt, und zwar mit dem Ziel der Kostendämpfung bzw. der Einsparung von Mitteln. Ab Juli 1996 werden Zuzahlungen in der Höhe von mindestens öS 70,- und höchstens öS 180,- (Kuren) bzw. von öS 70,- (Rehabilitation) pro Verpflegstag eingehoben. Die Höhe der zu entrichtenden Zuzahlung bei Kuraufenthalten ist in Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger geregelt, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Versicherten (Angehörigen, Pensionisten) berücksichtigt werden. In Fällen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit wird von der Zuzahlung abgesehen.

Weiters wurde mit dem Strukturanpassungsgesetz 1996 der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ dergestalt verankert, daß ein Antrag auf eine Pension aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit gleichzeitig als Antrag auf Rehabilitation zu werten und die Einholung der Zustimmung des Behinderten zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen nicht mehr erforderlich ist. Eine Invaliditätspension soll nur mehr dann anfallen, wenn zumutbare Rehabilitationsmaßnahmen die Wiedereingliederung ins Berufsleben nicht bewirken können. Vereitelt der zu Rehabilitierende zumutbare Maßnahmen der Rehabilitation, so gebührt ihm in dieser Zeit weder Übergangsgeld noch eine Pensionsleistung.

In der im Oktober 1996 zwischen dem Bund und den Bundesländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 ist unter anderem die Erstellung eines „österreichweiten Gesundheitsplanes, bestehend aus einem Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes, einem Spitalsambulanzplan, einem Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte, einem Pflegebereichsplan und einem Rehabilitationsplan“ vorgesehen. Diese Pläne - unter anderem also auch der Rehabilitationsplan - sind gemäß dieser Vereinbarung „sobald wie möglich festzulegen“. Eine weitere Konkretisierung der Inhalte des Rehabilitationsplanes ist in der Vereinbarung nicht enthalten. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurde Anfang 1996 vom Hauptverband

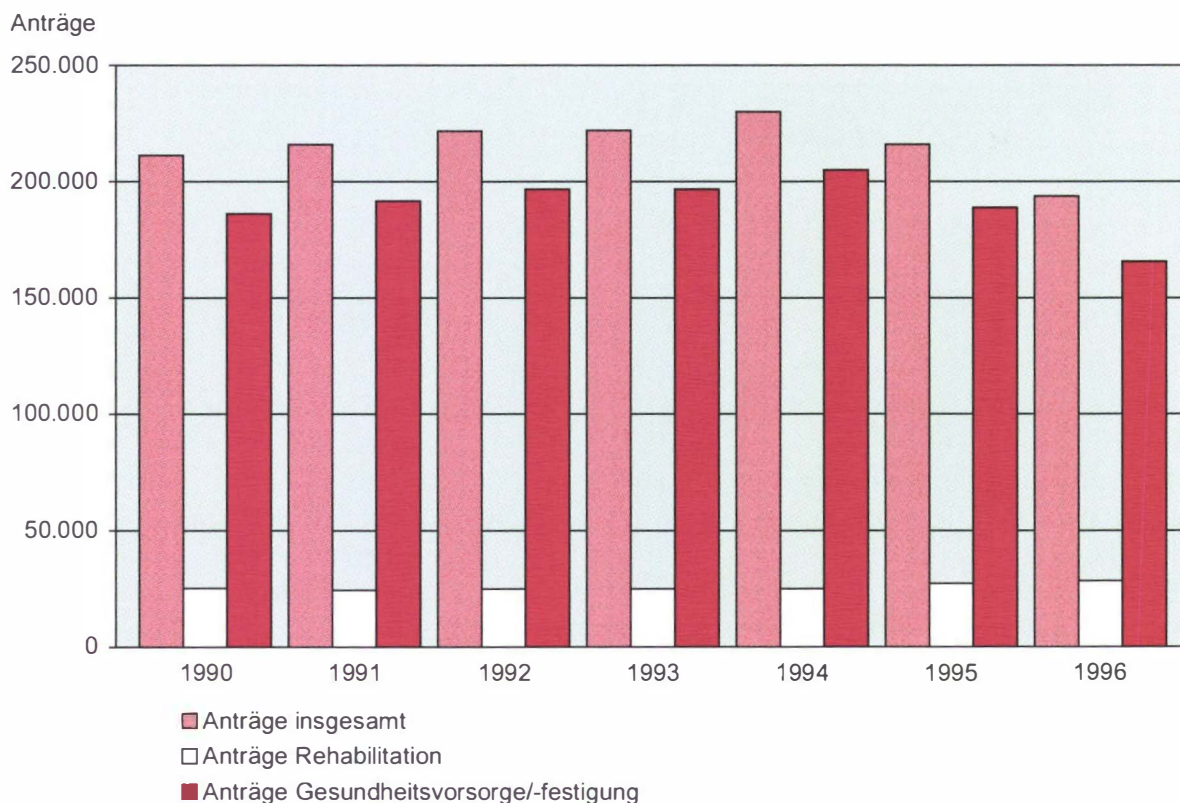


## Versorgungsbereiche

der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der Erarbeitung von Grundlagen für ein Rehabilitationskonzept beauftragt. Die Arbeiten des ÖBIG sind im Konzept fertig und stehen in Diskussion mit dem Auftraggeber.

Die gesundheits- und sozialpolitischen Zielvorstellungen der Regierungsparteien wurden bisher erst zum Teil durch entsprechende Gesetzesnovellierungen verwirklicht. Mit der bereits weiter oben angesprochenen Einführung der Zuzahlung pro Tag von öS 70,- bis 180,- bei Kur- bzw. öS 70,- bei Rehabilitationsaufenthalten wurde zur „Konsolidierung sozialstaatlicher Leistungen“ beigetragen. Eine „teilweise Anrechnung der Kuraufenthalte auf den gesetzlichen Urlaubsanspruch“ ist nicht erfolgt. Jedoch ist die Zahl der Anträge auf Kuraufenthalte (zum großen Teil dem Bereich der Gesundheitsvorsorge bzw. der Gesundheitsfestigung zuzuordnen) auch ohne diese Maßnahme in den Jahren 1995 und 1996 deutlich zurückgegangen, während die Zahl der Anträge auf medizinische Rehabilitation in diesem Zeitraum leicht zugenommen hat (vgl. Abbildung 7.4).

Abbildung 7.4: Anträge auf stationäre Heilverfahren in der medizinischen Rehabilitation und in der Gesundheitsvorsorge/-festigung 1990 - 1996



Quellen: Angaben und EDV-Aufzeichnungen der Sozialversicherungsträger; ÖBIG-eigene Berechnungen

Auch das Ziel, das Rehabilitationssystem in der Sozialversicherung nach einheitlichen Grundsätzen so zu gestalten, daß Ungleichbehandlungen der Berufsgruppen

bei gleichem Rehabilitationsbedarf ausgeschlossen werden, wurde bisher noch nicht in vollem Umfang erreicht, zumal eine zwischen den Sozialversicherungsträgern vereinheitlichte Beurteilungs-, Erledigungs- und Dokumentationspraxis noch nicht hinreichend gegeben ist.

Die Versorgungslücken in der Neurorehabilitation (insbesondere im Schlaganfallbereich) wurden im Zeitraum 1993 bis 1996 durch Einrichtung entsprechender Strukturen sowohl in den SV-eigenen als auch in den Vertragspartnereinrichtungen reduziert, von einer ausreichenden und flächendeckenden Versorgung kann hier jedoch nicht die Rede sein. In bezug auf die Rehabilitation nach Krebserkrankungen werden von den Experten sehr unterschiedliche Meinungen bezüglich des Rehabilitationsbedarfs vertreten. Daher kann das Ausmaß der hier noch bestehenden Versorgungslücken nur schwer beurteilt werden.

### **7.3.4 Ausblick**

Bei der Weiterentwicklung des österreichischen Rehabilitationssystems ist insbesondere auf folgende Bereiche zu achten:

- Bedarfsspezifische Fragestellungen (Kapazität, Verteilung, fachliche Schwerpunkte, Berücksichtigung von Intensitätsstufen und Versorgungsebenen)
- Qualitätssicherung (Standards der Leistungserbringung, Evaluation)
- Organisatorische Abläufe (Betreuungskontinuität)
- Dokumentation, Forschung

Hinsichtlich der Einrichtung von Strukturen für Geriatrische Remobilisation innerhalb von bzw. in funktioneller Verbindung mit Akutkrankenanstalten (Abteilungen, Stationen oder kleinere bettenführende Bereiche) müßte vorrangig die Frage der finanziellen Absicherung geklärt werden.

## **7.4 Krankenanstalten**

### **7.4.1 Stand und zukünftige Entwicklung der stationären Versorgung**

#### **7.4.1.1 Ausgangslage**

Die Versorgung mit Krankenhausleistungen ist in hohem Maße in jenen Krankenanstalten konzentriert, für die der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) bis Ende 1996 Zuschüsse leistete. Prinzipiell waren das alle allgemein öffentlichen und privat gemeinnützigen Krankenanstalten sowie öffentliche Sonderkrankenanstalten im Sinne von § 2 (1) Z. 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes des Bundes (KAG).

## Versorgungsbereiche

In Karte 1 sind die Standorte aller Akutkrankenanstalten, die zum weitaus überwiegenden Teil vom KRAZAF bezuschußt sind, entsprechend ihrer Typisierung dargestellt.

Die Anzahl der systemisierten Betten in den insgesamt rund 330 Krankenanstalten im Sinne des KAG sank von rund 80.000 Ende 1992 auf rund 76.600 Ende 1995, jene der systemisierten (Akut-)Betten in den 157 vom KRAZAF bezuschußten Krankenanstalten von rund 58.300 Ende 1992 auf rund 56.000 Ende 1995. Das entspricht einem Rückgang von rund vier Prozent (vgl. Tabelle 7.6). Die Zahl der stationären Aufnahmen in KRAZAF-Krankenanstalten erhöhte sich im selben Zeitraum um über sieben Prozent auf fast zwei Mio. im Jahr 1995, parallel dazu sank die durchschnittliche Belagsdauer um über zehn Prozent auf unter acht Tage.

Die Verringerung der Bettenanzahl ist auch auf das Wirksamwerden von gesetzlichen Maßnahmen zur Akutbettenreduktion zurückzuführen. In der KAG-Novelle 1985, die mit 1. Jänner 1986 in Kraft trat, wurden zunächst Bettenhöchstziffern pro Bundesland festgelegt und die Erlassung entsprechender Landes-Krankenanstaltenpläne bzw. die Anpassung der bereits bestehenden Landes-Krankenanstaltenpläne an diese Höchstzahlen innerhalb von drei Jahren beschlossen. Als zweite Maßnahme zur Bettenreduktion wurde im Bundesgesetz vom 26. Mai 1988 über die Errichtung des KRAZAF ein Abbau von 2.600 Akutbetten für den Zeitraum 1988 bis 1990 verankert. Ausgenommen von der Bettenreduktion waren die Abteilungen für Psychiatrie und Neurologie, ansonsten galt die Regelung für alle Abteilungen in öffentlichen Krankenanstalten und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten (mit Ausnahme von Krankenanstalten des Bundes und der Sozialversicherungsträger) sowie für Abteilungen in privaten nicht gemeinnützigen Krankenanstalten im Sinne von § 2 (1) Z. 1, 2 und 6 KAG.

*Tabelle 7.6: Parameter der Betteninanspruchnahme 1988 - 1995*

Parameter der Betteninanspruchnahme	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Veränderung 1992 - 1995 in %
Systemisierte Betten insgesamt	81.582	81.480	80.676	80.476	79.924	78.504	77.527	76.634	-4,1
Systemisierte Betten in KRAZAF-KA	59.696	59.392	58.776	59.823	59.184	58.630	57.193	56.290	-3,8
Aufnahmen insgesamt	1.902.747	1.938.026	1.970.909	1.999.465	2.053.023	2.092.778	2.126.982	2.183.270	6,3
Aufnahmen in KRAZAF-Krankenanstalten	1.703.927	1.732.844	1.760.991	1.787.061	1.835.064	1.872.965	1.918.643	1.774.388	7,1
durchschnittliche Belagsdauer insgesamt	12,9	12,4	11,9	11,5	11,1	10,6	10,3	9,9	-10,8
durchschnittliche Belagsdauer in KRAZAF-KA	10,3	9,9	9,5	9,3	8,9	8,6	8,2	7,8	-10,3

Quelle: BMGK/KRAZAF - Bettenberichte 1988 - 1995; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Entwicklung der Bettenkapazitäten und der Betteninanspruchnahme im Zeitraum

1993 bis 1995 entspricht der Fortsetzung eines langjährigen Trends im Bereich der KRAZAF-Krankenanstellen, der sich auch in anderen Mitgliedsländern der EU feststellen läßt. Dieser Trend ist gekennzeichnet von einer kontinuierlich ansteigenden Zahl an Krankenhausaufnahmen, der jedoch eine stärker sinkende Tendenz in der durchschnittlichen Belagsdauer gegenübersteht, sodaß insgesamt mit immer weniger Krankenhausbetten das Auslagen gefunden werden kann (vgl. Abbildung 7.5).

Der überwiegende Teil (mehr als die Hälfte) der verfügbaren Krankenhausbetten steht unter Rechtsträgerschaft der Bundesländer. Etwa ein Viertel dieser Betten wird von Ordensgemeinschaften und Gemeinden geführt.

Mit dem Akutbettenabbau wurde hauptsächlich das Ziel der Kostendämpfung im stationären Akutbereich verfolgt. Dieses Ziel steht in Zusammenhang mit der stark überproportionalen Kostenentwicklung im Krankenhausbereich, die vor allem durch die deutlich verbesserte Personalausstattung, aber auch durch die Kostenentwicklung im Bereich der medizinisch-technischen Ausstattung begründet ist.

#### **7.4.1.2 Gesundheitspolitische Zielsetzungen**

In den Arbeitsübereinkommen zwischen den Regierungsparteien der letzten Jahre sind mehrere Zielvorstellungen mit Relevanz für die künftige Entwicklung des Krankenhausbereiches einschließlich der Kostenentwicklung enthalten, und zwar in den Kapiteln „Arbeitswelt und Soziales“ sowie „Gesundheit“:

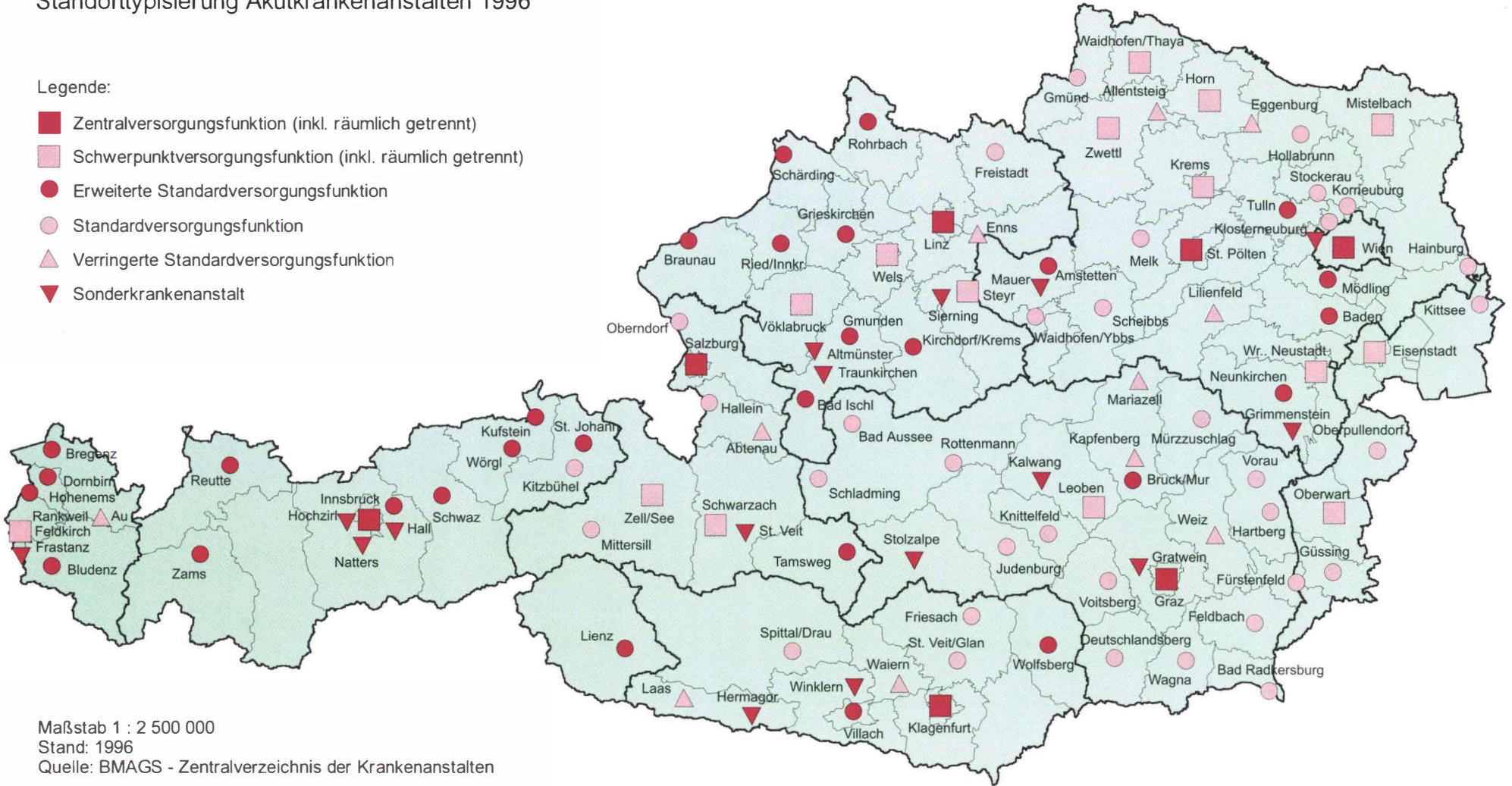
- Um die Leistungsfähigkeit des Sozialstaates zu erhalten, muß das Schwergewicht auf die Konsolidierung sozialstaatlicher Leistungen und Maßnahmen, verbunden mit einer Verbesserung der Transparenz, der Zielgenauigkeit und der Verteilungsgerechtigkeit gelegt werden.
- Das Gesundheitswesen finanziert sich aus Beiträgen der Versicherten und aus Steuermitteln. Der Einsatz von Qualitätskontrolle und professionellem Management soll ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen auch finanziell absichern. Budgetäre Limitierungen im Bereich von Arzneimitteln sind notwendig.
- Eine Weiterentwicklung des österreichweiten Gesundheitsplanes mit den wesentlichen Teilen Krankenanstellenplan, Großgeräteplan, Niederlassungsplan in der Entscheidungskompetenz des zuständigen Ministeriums ist notwendig. Dabei ist die Vernetzung zwischen ambulanter, halbstationärer und stationärer Versorgung zu berücksichtigen.
- Die Voraussetzungen für die Einführung des leistungsorientierten Krankenanstellenfinanzierungssystems sind geschaffen und sollten so rasch wie möglich umgesetzt werden. Das Gesundheitswesen soll in Organisation und Finanzierung überschaubarer gestaltet werden - der KRAZAF soll möglichst nur mehr bis Ende verlängert werden, um bis dahin ein wirksames Finanzierungsinstrument zu schaffen.

# Karte 7.1

## Standorttypisierung Akutkrankenanstalten 1996

Legende:

- Zentralversorgungsfunktion (inkl. räumlich getrennt)
- ◻ Schwerpunktversorgungsfunktion (inkl. räumlich getrennt)
- Erweiterte Standardversorgungsfunktion
- Standardversorgungsfunktion
- ▲ Verringerte Standardversorgungsfunktion
- ▼ Sonderkrankenanstalt

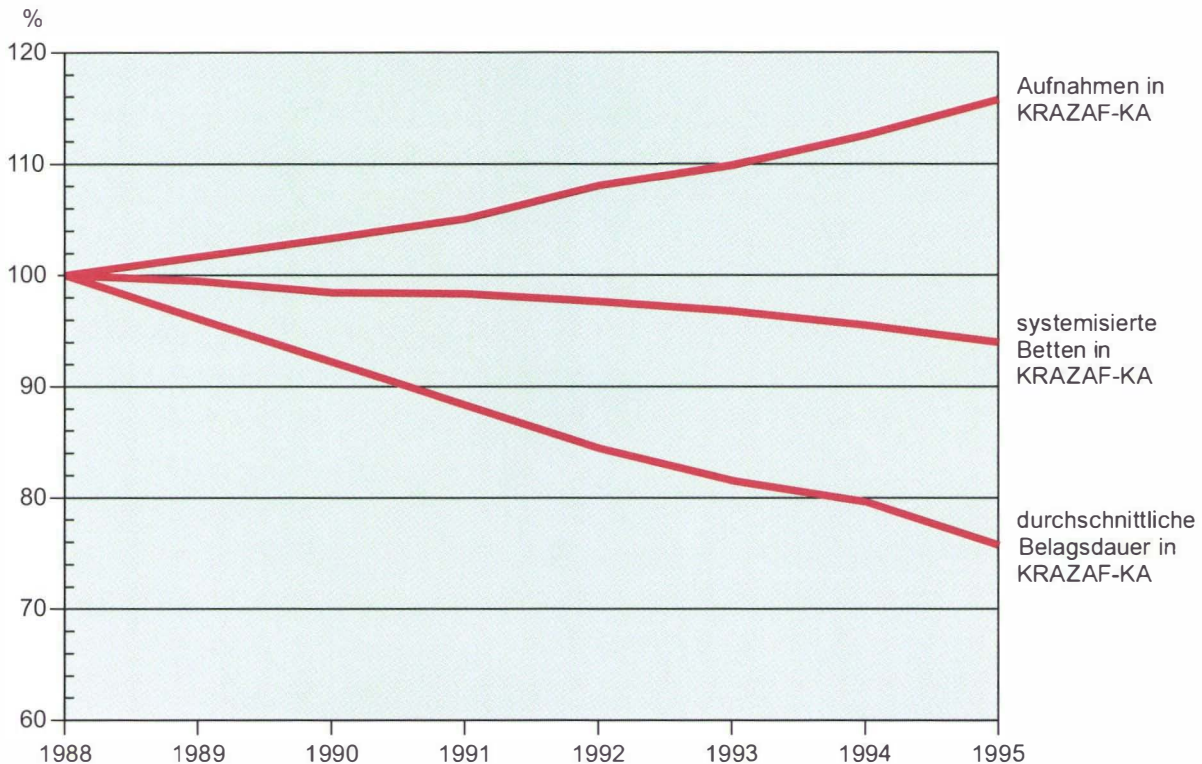


Maßstab 1 : 2 500 000

Stand: 1996

Quelle: BMAGS - Zentralverzeichnis der Krankenanstalten

Abbildung 7.5: Trendentwicklung in der Betteninanspruchnahme 1988 - 1995  
(indexiert: 1988 = 100 %)



Quellen: BMAGS/KRAZAF - Bettenberichte 1988 - 1995; ÖBIG-eigene Berechnungen

Eine für den Krankenanstaltenbereich grundlegende gesundheitspolitische Zielvorstellung, die auch mehrere andere Versorgungsbereiche tangiert, wurde mit dem Schlagwort „ambulant vor stationär“ formuliert. Das Arbeitsübereinkommen zwischen den Regierungsparteien vom November 1994 hält dazu fest: „Die ambulante Betreuung hat Vorrang vor der stationären. (...) Die Vernetzung zwischen ambulanter, halbstationärer und stationärer Versorgung ist zu berücksichtigen. (...) Die Länder sind zum Ausbau der ambulanten Versorgung zu motivieren.“

### 7.4.1.3 Aktivitäten im Berichtszeitraum 1993 bis 1995 und Ausblick auf 1996

Anfang 1994 wurde das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) vom KRAZAF mit der Erarbeitung eines neuen Österreichischen Krankenanstaltenplanes im Sinne einer Standort-, Fächerstruktur- und Bettenangebotsplanung bis zum Planungshorizont 2005 beauftragt. Der „Österreichische Krankenanstaltenplan 1994“ wurde Ende 1994 dem Auftraggeber übermittelt und Anfang 1995 der Öffentlichkeit vorgestellt. In den Jahren 1995 und 1996 wurden zwischen

## Versorgungsbereiche

dem BMGK und den Bundesländern die Einzelheiten des Österreichischen Krankenanstaltenplanes (ÖKAP) verhandelt und einvernehmlich festgelegt.

Im Jahr 1996 wurde vom ÖBIG außerdem ein Entwurf zu einem Großgeräteplan (GGP) erstellt, der anschließend in den Grundzügen ebenfalls zwischen dem BMGK und den Bundesländern verhandelt und einvernehmlich festgelegt wurde. Die Inhalte des Großgeräteplanes sollen schon bis Juni 1997 einer ersten Revision unterzogen werden.

Im Oktober 1996 wurden die beiden Pläne - zusammengefaßt zu einem Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) - von Bund und Ländern einvernehmlich beschlossen und bilden seither einen Bestandteil der zu diesem Zeitpunkt zwischen Bund bzw. BMGK und Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000.

Im Rahmen dieser Vereinbarung wurde weiters einvernehmlich zwischen Bund und Ländern eine Reihe von Zielen und Maßnahmen festgelegt, die eine umfassende Gesundheitsreform vorantreiben und absichern sollen:

- Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, die bereits vom KRAZAF vorbereitet wurde;
- Einrichtung von neun Landesfonds sowie einer Strukturkommission des Bundes und von neun Strukturkommissionen der Länder;
- Erstellung und einvernehmliche Festlegung eines österreichweiten Gesundheitsplanes, bestehend aus einem Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes, einem Spitalsambulanzplan, einem Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte, einem Pflegebereichsplan und einem Rehabilitationsplan;
- Sicherstellung der bestehenden Dokumentation und der Erfassung weiterer Daten (insbesondere im Bereich der Krankenhausambulanzen);
- Einrichtung eines Konsultationsmechanismus zwischen der Sozialversicherung und den Ländern zur Bewältigung der finanziellen Folgen von Strukturveränderungen und zur Regelung von Veränderungen der Leistungsangebote im stationären, halbstationären, tagesklinischen, ambulanten und niedergelassenen Bereich;
- Einrichtung eines Sanktionsmechanismus - Zurückhaltung des entsprechenden Länderanteils aus den 1,750 Milliarden Schilling Bundesmitteln bei
  - maßgeblichen Verstößen gegen die einvernehmlich festzulegenden Pläne,
  - nicht ordnungsgemäßer Dokumentation und
  - widmungswidriger Verwendung von Strukturmitteln,

so lange, bis der Landesfonds bzw. das Land geeignete Maßnahmen zur Herstellung des plan- bzw. rechtskonformen Zustandes gegenüber den Krankenanstalten eingeleitet hat.

Zur gesetzlichen Umsetzung der genannten 15a-Vereinbarung wurden eine Änderung des Krankenanstaltengesetzes (KAG-Novelle 1996), eine Änderung des Ärztegesetzes (im Zusammenhang mit der Neuregelung der ärztlichen Anwesenheit in Krankenanstalten), die Erlassung des 2. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996, die Erlassung eines Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes und eines Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen sowie eine Novelle zum Finanzausgleichsgesetz beschlossen. Auf Basis des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen wurden vom BMGK weiters Verordnungen über die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich sowie über die Dokumentation von Kosten- und von Statistikdaten in Krankenanstalten erlassen.

Den oben angeführten gesundheits- und sozialpolitischen Zielvorstellungen der Regierungsparteien wurde durch die 15a-Vereinbarung sowie durch die entsprechenden Änderungen der bestehenden Gesetze bzw. durch Neuerlassung von Gesetzen und Verordnungen zu einem großen Teil entsprochen. Durch die in der Vereinbarung enthaltene Bestimmung, daß die Zahlungen der Sozialversicherungsträger, die an die Landesfonds zu leisten sind, an die Steigerungen der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger gekoppelt sind, wurde auch dem Ziel der Beitragssatzstabilität (Konsolidierung sozialstaatlicher Leistungen und Maßnahmen) Rechnung getragen.

Während durch die einvernehmliche Festlegung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes im Rahmen der erwähnten Vereinbarung bereits ein Teil des angestrebten Österreichischen Gesundheitsplanes abgedeckt ist, wurden für den Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte erst Grundlagenarbeiten geleistet. Ähnliches gilt für den Spitalsambulanzplan, den Pflegebereichsplan und den Rehabilitationsplan.

Für die Erstellung des Niederlassungsplanes für Kassenvertragsärzte und insbesondere des Spitalsambulanzplanes reichen die derzeit verfügbaren Datengrundlagen noch nicht aus. Daher wurden im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen die ersten Schritte zur Einführung einer Diagnosen- und Leistungsdokumentation im spitalsambulanten Bereich geregelt. Die Einweisungs- und Zuweisungspraxis der niedergelassenen Ärzte ist gemäß der Vereinbarung sowohl in der Strukturkommission des Bundes als auch in den Landeskommissionen zu analysieren. Auch für diese Untersuchungen sind weitere Datengrundlagen zum gesamten ambulanten Versorgungsgeschehen erforderlich, die sinnvollerweise unter Einbeziehung der Sozialversicherungsträger zusammengestellt werden sollten. Erst bei Verfügbarkeit der genannten Datengrundlagen kann dem gesundheitspolitischen Ziel, die Vernetzung zwischen ambulanter, halbstationärer und stationärer Versorgung zu berücksichtigen, auch in der Planung im vollen Umfang Rechnung getragen werden.



## Versorgungsbereiche

### Qualitätssicherung

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

Um die Krankenanstalten bei der Realisierung von Qualitätsmanagementaufgaben fachlich und instrumentell zu unterstützen, wurde vom Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds das Projekt „Qualitätsmanagement in österreichischen Krankenanstalten“ in Auftrag gegeben. Das Gesamtziel des österreichischen Qualitätsmodells ist es, einen kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozeß in den Krankenanstalten zu initiieren und in Gang zu halten. Die Einführung eines internen Qualitätsmanagements soll durch eine Verbesserung in der Prozeßqualität gleichzeitig auch bessere Resultate in der Ergebnisqualität bringen. Die Strukturqualität als weitere Qualitätskategorie ist thematisch im Zusammenhang mit der Krankenanstaltenplanung zu betrachten.

Das von der beauftragten Expertengruppe erarbeitete österreichische Qualitätsmodell wurde im Rahmen eines Pilotversuches auf der Abteilung für Innere Medizin im Landeskrankenhaus Feldkirch einer Erprobung zugeführt.

Bei der Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes zu einer Leistungsangebotsplanung wird der Bereich Qualitätssicherung eine wichtige Rolle einnehmen. Im Gegensatz zum internen Qualitätsmanagement steht bei der Leistungsangebotsplanung die externe Qualitätssicherung in Form von überregionalen Leitlinien im Vordergrund. Durch die Auswahl und Definition von Kriterien für die Qualität der Indikationsstellung und die Strukturqualität sollen überregionale Standards für die Ermittlung des Bedarfs an bestimmten Leistungen und die Beschreibung der Leistungsspektren von Krankenanstalten festgelegt werden. Die zukünftige Miteinbeziehung der Ergebnisqualität in die Planungsarbeiten ermöglicht Rückkopplungsprozesse für die Qualität der Indikationsstellung und die Strukturqualität. Die Prozeßqualität im engeren Sinn ist Aufgabe des internen Qualitätsmanagements.

#### 7.4.1.4 Künftige Maßnahmen

Die künftigen Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems werden sich an den bereits einvernehmlich zwischen Bund und Ländern im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan festgelegten sektorübergreifenden Zielen zu orientieren haben. Dieser Plan baut auf folgenden allgemeinen Zielvorstellungen, die bei allen Veränderungen der stationären Versorgungsstruktur zu berücksichtigen sind, auf:

- Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden.
- Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle Versorgung der österreichischen Bevölkerung gewährleisten.
- Die vom ÖKAP umfaßten Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten, halbstationären und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß minimiert werden.
- Die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Akutsektor soll durch den Ausbau extramuraler und halbstationärer Einrichtungen ermöglicht werden. Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen der betreffenden Fachrichtung eingerichtet werden.
- Ziel- und Planungshorizont des ÖKAP ist das Jahr 2005. Spätestens bis dahin sollen die Ziele und Inhalte des ÖKAP in der jeweils adaptierten Fassung im Wege des Landeskrankenanstaltenplanes verwirklicht werden.
- Im Bereich der öffentlichen und der privat-gemeinnützigen Krankenanstalten ist die Errichtung und Vorhaltung isolierter Fachabteilungen in dislozierter Lage zu vermeiden. Von dieser Regelung kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden.
- Bei der Errichtung und Vorhaltung von Fachabteilungen sind die im ÖKAP definierten Mindestabteilungsgrößen zu berücksichtigen. Von diesen kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden. Die abgestufte Versorgung durch Akutkrankenanstalten soll nicht durch die Ausweitung der Konsiliararztstätigkeit, die auf die Einrichtung von Kleinst-Abteilungen hinauslaufen kann, unterlaufen werden.
- Im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Führung der Krankenanstalten soll daher mittelfristig eine Beschränkung der Konsiliararztstätigkeit auf die Intentionen des § 2a KAG (Ergänzungs- und Hilfsfunktionen bei zusätzlicher Diagnose und Therapie bereits stationär versorgter Patienten) erfolgen, soweit dies ohne Eingriff in bestehende Rechte möglich ist. Die Neuerichtung sogenannter „Konsiliarabteilungen“ ist zu vermeiden.
- Die im ÖKAP enthaltenen Standort- und Fächerstrukturen sowie die Bettenzahlen je Fachrichtung stellen nicht zu überschreitende Obergrenzen dar und sind bei zukünftigen Errichtungs- und Betriebsbewilligungsverfahren zu berücksichtigen.
- Medizinisch-technische Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die diese zur Bewältigung der sich aus der jeweiligen Fächerstruktur ergebenden medizinischen Anforderungen benötigen (Strukturqualitätskriterium). Die Versorgung der Bevölkerung soll durch optimale Standortwahl für Großgeräte regional möglichst gleichmäßig und bestmöglich erreichbar (Kriterium der Versor-

## Versorgungsbereiche

gungsgerechtigkeit), aber auch wirtschaftlich erfolgen (Wirtschaftlichkeitskriterium).

Die in der nächsten Zeit zu realisierenden - ebenfalls in der erwähnten Vereinbarung einvernehmlich festgelegten - Aufgaben und Maßnahmen mit Relevanz für die Krankenanstalten bestehen

- in der Weiterentwicklung des leistungsorientierten Vergütungssystems unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche,
- in der Qualitätssicherung einschließlich der Überprüfung der der Bepunktung im leistungsorientierten Vergütungssystem zugrundeliegenden Leistungen,
- in der ständigen Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes, der erforderlichenfalls einvernehmlich alle zwei Jahre zu revidieren ist,
- in der Weiterentwicklung dieses Planes zu einem Leistungsangebotsplan,
- in der Erstellung eines Spitalsambulanz(leistungs)planes, eines Niederlassungsplanes für Kassenvertragsärzte, eines Pflegebereichsplanes und eines Rehabilitationsplanes als Bestandteile des Österreichischen Gesundheitsplanes sowie
- in der Umsetzung der vorhandenen Planungen unter Einsatz des Konsultations- und des Sanktionsmechanismus.

Die genannten Aufgaben sind gemäß der 15a-Vereinbarung zu einem großen Teil der Strukturkommission des Bundes zugeordnet und in Zusammenarbeit mit den Landeskommissionen zu Maßnahmen zu konkretisieren.

### 7.4.2 Reform im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung

#### 7.4.2.1 Kostenentwicklung in den KRAZAF-bezuschuften Krankenanstalten

Die hohen jährlichen Kostensteigerungsraten im Bereich der Krankenanstalten bedingen in den öffentlichen Haushalten und im Budget der Sozialversicherungsträger eine überdurchschnittliche Zunahme des Finanzmittelbedarfs für Krankenanstalten. Diese Entwicklung kann anhand der Kostensteigerungsraten in den vom Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) bezuschuften Krankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten) im Vergleich zum Wachstum des österreichischen Bruttoinlandproduktes (BIP) dargestellt werden (vgl. Tabelle 7.7).

Der Anteil der dargestellten Krankenhauskosten am BIP hat sich somit von 1990 bis 1994 um 0,64 Prozent erhöht. Diese Tatsache war mit ein Grund für die angestrebten und vereinbarten Reformen im Gesundheitswesen allgemein - insbesondere aber im Bereich der Krankenanstalten.

*Tabelle 7.7: Kostensteigerungsraten in den vom KRAZAF bezuschußten Krankenanstellen im Vergleich zum Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP) 1990 - 1994*

Jahr	BIP		Kosten Fonds-Krankenanstellen		
	in Mrd. S	Wachstum in %	in Mrd. S	Steigerung in %	Anteil am BIP in %
1990	1.801	Basis	56,7	Basis	3,15
1991	1.927	6,95	63,5	12,0	3,30
1992	2.047	6,27	71,0	11,7	3,47
1993	2.124	3,75	78,3	10,4	3,69
1994	2.263	6,54	85,8	9,5	3,79

Quellen: OECD Health Data 1996, Überregionale Kostenrechnungsauswertungen des KRAZAF 1990 - 1994

Eine genauere Analyse der Kostensteigerungsraten bei den Fonds-Krankenanstellen zeigt, daß die für den Zeitraum 1990 bis 1994 ausgewiesene Gesamtsteigerungsrate in der Höhe von 51,2 Prozent (stationärer Bereich 48,7 %, ambulanter Bereich 58,9 Prozent und Nebenkostenstellen 53,9 %) nur zu einem geringen Anteil durch die Zunahme der Patientenzahl bedingt ist. Die jährlich zu versorgende Patientenzahl hat in diesem Zeitraum im stationären Bereich um 9,4 Prozent zugenommen, die Anzahl der ambulanten Fälle um 22 Prozent.

Tabelle 7.8 zeigt, daß im Betrachtungszeitraum 1990 bis 1994 die Höhe der nominalen Gesamtsteigerungsrate der Kosten bei den meisten Kostenarten - mit Ausnahme der Abschreibungen - beinahe identisch ist und bei knapp unter 50 Prozent liegt.

Die einzelnen Kostensteigerungen setzen sich aus einer Mengen- und einer Preiskomponente zusammen (nominale Steigerungsraten). So erfolgte im Betrachtungszeitraum im Personalbereich ein realer Zuwachs bei der Personalausstattung (korrigierte Beschäftigte) um 18,1 Prozent. Die durchschnittlichen Kosten pro Beschäftigtem sind um 26,1 Prozent angestiegen.

Die zusammengefaßten Kostenartengruppen (KOAGR) 3 - 7 setzen sich aus den Kostenarten „nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter“, „medizinische und nichtmedizinische Fremdleistungen“, „Energiekosten“ sowie der Kostenartengruppe „Abgaben, Gebühren und sonstige Kosten“ zusammen.

Die hohe Steigerungsrate bei den Abschreibungen (72,2 %) kann vor allem auf die überdurchschnittliche Steigerung bei dieser Kostenartengruppe in Wien zurückgeführt werden (186,5 %).

Grundsätzlich ist zur Gesamtkostenentwicklung in den Fonds-Krankenanstellen anzumerken, daß einzelne Kostensteigerungsraten im Bundesländervergleich enorme

## Versorgungsbereiche

*Tabelle 7.8: Analyse der Gesamtkostensteigerung in den vom KRAZAF bezuschußten Krankenanstalten nach (teilweise zusammengefaßten) Kostenarten 1990 - 1994*

	Kostensteigerung 1990 - 1994 in Mio. S	Steigerungs- anteil in Prozent	Anteil an Ge- samtkosten 1994 in Prozent	Steigerung 1990 - 1994 in Prozent
Personalkosten	15.364	52,9	54,4	49,0
Med. Ge- und Ver- brauchsgüter	3.725	12,8	13,4	48,0
Kostenartengruppen (KOAGR) 3 - 7	6.156	21,2	21,6	49,8
Abschreibungen	3.812	13,1	10,6	72,2
Gesamtkosten- steigerung	29.057	100,0	100,0	51,2

Quelle: Überregionale Kostenrechnungsauswertungen des KRAZAF 1990 - 1994

Schwankungen aufweisen. Ein deutlicher Unterschied bei den Kosten und der Kostenentwicklung besteht zwischen Wien und allen anderen Bundesländern, wobei diese Unterschiede nicht durch die Anzahl der versorgten Patienten begründet ist (Wien 1994: Kostenanteil stationärer Bereich 31,3 Prozent - Anteil stationäre Patienten 21,3 Prozent; Kostenanteil ambulanter Bereich 40,7 Prozent - Anteil ambulante Fälle 26,6 Prozent), sondern in einem bestimmten Ausmaß durch das konzentrierte Angebot an spitzenmedizinischen Leistungen, aber vor allem durch einen intensiveren und aufwendigeren Ressourceneinsatz verursacht wird.

### 7.4.2.2 Grundlegende Ziele der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

In den letzten Jahrzehnten war eine tiefgreifende Veränderung im Leistungsgeschehen der Krankenanstalten festzustellen, die sich etwa durch die intensivere Betreuung der Patienten bei verkürzter Behandlungsdauer verbunden mit höherer Personalintensität, durch die verbesserten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie durch den vermehrten Einsatz teurer medizinisch-technischer Großgeräte und Behandlungsverfahren charakterisieren läßt. Damit im Zusammenhang stand auch die Herausbildung erheblicher Kostenunterschiede zwischen den fallgruppenspezifischen Diagnose- und Therapieverfahren. Dieser Entwicklung konnte eine Finanzierung in Form von undifferenzierten Tagespauschalen und eine Zuschuß- und Abgangsdeckungsfinanzierung durch den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds aufgrund der fehlenden Leistungsorientierung nicht mehr entsprechen.

Das ab 1. Jänner 1997 österreichweit eingeführte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem erlaubt nunmehr aufgrund der leistungsorientierten Diagnosenfallpauschalen eine das tatsächliche Leistungsgeschehen berücksichtigende Abrechnung der Krankenanstalten. Darüber hinaus können Unterschiede bei struk-

turspezifischen Kriterien (z. B. unterschiedliche personelle und apparative Ausstattung der Krankenanstalten) in der Finanzierung Berücksichtigung finden.

Mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung bei gleichzeitiger Budgetierung der Landesfonds und mit der österreichweit akkordierten Planung einer optimalen Kapazitäts- und Leistungsangebotsstruktur sind die Voraussetzungen für notwendige Strukturveränderungen, für eine Optimierung des Ressourceneinsatzes und somit für eine langfristige Eindämmung der überproportionalen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich geschaffen. So soll durch eine nur den medizinischen Erfordernissen entsprechende kürzere Belagsdauer im Krankenhaus, durch vermehrte Leistungserbringung im spitalsambulanten und extramuralen Bereich sowie im rehabilitativen Nachsorgebereich und durch eine Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen eine nachhaltige Entlastung des stationären Krankenanstaltenbereichs bei gleichzeitiger Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus erreicht werden.

Die bundeseinheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation liefert gleichzeitig die Informationsbasis, mit deren Hilfe sich verändernde Erfordernisse einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen rascher erkannt und die dazu notwendigen gesundheitspolitischen Planungs- und Steuerungsmaßnahmen rechtzeitig und effizient gesetzt werden können.

Darüber hinaus wird es dem Krankenhausmanagement und dem Krankenhauserhalter durch die im Finanzierungssystem geschaffene höhere Kosten- und Leistungstransparenz ermöglicht, seine Betriebsführung nach betriebswirtschaftlichen Aspekten auszurichten und Entscheidungen über notwendige Maßnahmen zur Umstrukturierung im Krankenanstaltenbereich aufgrund einer fundierten Datengrundlage zu treffen.

## **Entwicklung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung**

Im Rahmen der vierten KRAZAF-Vereinbarung (1988 - 1990) wurde gemeinsam mit 20 ausgewählten Referenzkrankenanstalten ein erstes Modell einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung erarbeitet. Mitte des Jahres 1990 wurden die auf einen KRAZAF-Teilbetrag bezogenen und nur eingeschränkt aussagekräftigen Abrechnungsergebnisse des ersten Modells präsentiert und diskutiert. Der Bund und die Bundesländer faßten den Beschluß, in den folgenden Jahren das auf einer österreichweiten Datengrundlage basierende Abrechnungsmodell weiterzuentwickeln und eine Reihe flankierender Maßnahmen zur Vorbereitung der Krankenanstaltenfinanzierungsreform durchzuführen.

Im Laufe der fünften KRAZAF-Vereinbarung (1991 - 1994), die in der Folge um zwei Jahre bis 1996 verlängert wurde, erfolgte die Weiterentwicklung des bis dahin vorliegenden Modells gemeinsam mit den Referenzkrankenanstalten. Dabei wurde insbesondere der speziell entwickelte Leistungskatalog verstärkt in das Finanzierungssystem

## Versorgungsbereiche

stem integriert. Neben den leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LKF-Kernbereich) wurde ein weiterer Finanzierungsbereich (LKF-Steuerungsbereich) entwickelt, der die Einbeziehung von strukturspezifischen Kriterien (wie z.B. die personelle und apparative Ausstattung der Krankenanstalten) als zusätzliche Finanzierungsparameter in der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung vorsieht.

Gleichzeitig wurde in diesen Jahren eine Reihe von flankierenden Maßnahmen (z. B. Wartung der Codierungsgrundlagen, Schulung im Bereich der Diagnosen- und Leistungsdokumentation, Entwicklung und Aufbau eines Qualitätsmanagements in den Krankenanstalten) durchgeführt, um die Einführung des neuen Finanzierungssystems zu unterstützen und neue Entwicklungen im Gesundheitswesen rechtzeitig zu erkennen.

Auf Grundlage des weiterentwickelten Finanzierungssystems wurde ab dem Jahr 1993 eine vollständige LKF-Abrechnung für alle vom KRAZAF bezuschußten Krankenanstalten parallel zur laufenden Krankenanstaltenfinanzierung vorgenommen, wobei die tatsächliche Finanzierung weiterhin nach dem bisher geltenden System erfolgte. Die Ergebnisse der LKF-Parallelrechnung wurden den Ergebnissen der Kostenrechnung und den Ergebnissen der Einnahmenerhebung gegenübergestellt und bildeten eine wesentliche Grundlage für die weiteren politischen Entscheidungen in bezug auf das neue Finanzierungssystem.

Das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem wird seit 1995 im Bundesland Vorarlberg und seit 1996 im Bundesland Niederösterreich als zeitlich befristeter Modellversuch praktisch erprobt. Aufgrund erster Analysen zum LKF-Modellversuch Vorarlberg konnte ein deutlicher Rückgang der Belagsdauer der Patienten in den Krankenanstalten, eine Zunahme der Entlassungen am Freitag und eine Zunahme kurzer Krankenhausaufenthalte (insbesondere der Eintagspflegen) festgestellt werden. Weiters feststellbar war eine deutliche Verbesserung der Datenqualität in der Diagnosen- und Leistungsdokumentation. Größere strukturelle Veränderungen im Krankenanstaltenbereich und nachhaltige Effekte auf die Kostenstruktur der Krankenanstalten sind jedoch erst bei längerfristiger bzw. unbefristeter Anwendung des neuen Abrechnungssystems zu erwarten. Aufgrund der bisher gewonnenen Erfahrungen wurden im Jahr 1996 das LKF-System und seine leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen nochmals einer vollständigen Evaluierung unterzogen. Gleichzeitig wurden die Codierungsgrundlagen (Diagnosenschlüssel und Leistungskatalog) dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft angepaßt.

## Dokumentation und Datenqualität

Wesentliche Voraussetzung für die Durchführung und laufende Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems ist die bundesweit einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation in den österreichischen Krankenanstalten.

So besteht für alle Krankenanstalten Österreichs seit 1. Jänner 1989 die Verpflichtung, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patienten nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, in der vom Gesundheitsressort herausgegebenen Fassung zu erheben.

Darüber hinaus besteht ab 1. Jänner 1997 für alle Krankenanstalten Österreichs (bisher nur für die vom Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds bezuschußten Krankenanstalten) die Verpflichtung zur Erfassung und Meldung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen auf der Grundlage des ebenfalls vom Gesundheitsressort herausgegebenen Leistungskataloges.

Der Diagnoseschlüssel und der Leistungskatalog werden vom Gesundheitsressort laufend gewartet und an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft angepaßt.

Die gesetzliche Grundlage für die Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Österreichs Krankenanstalten bildet ab 1. Jänner 1997 das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996. Konkretisierung von Form und Inhalt der zu erstellenden Diagnosen- und Leistungsberichte erfolgt durch Verordnung des Ressortministers.

Die ab 1. Jänner 1997 über den jeweiligen Landesfonds finanzierten Krankenanstalten haben entsprechend den landesrechtlichen Bestimmungen regelmäßig (z. B. monatsweise) Diagnosen- und Leistungsberichte als Grundlage für die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung vorzulegen.

Dieser Diagnosen- und Leistungsbericht basiert auf einem genau definierten Basisdatensatz, der pro stationärem Krankenhausaufenthalt anzulegen ist und die im nachstehenden Kasten aufgelisteten Angaben zu enthalten hat.

Der im Diagnosen- und Leistungsbericht zu meldende Basisdatensatz - auch Minimum Basic Data Set (MBDS) genannt - ist ein vollständig strukturierter Datensatz, dessen einzelne Elemente entweder als numerische Größen (Alter, Aufnahme- und Entlassungsdatum) oder als verschlüsselte nominale Größen (Diagnosen, medizinische Einzelleistungen, Aufnahme- und Entlassungsart, Geschlecht usw.) dargestellt sind.

Dieser Basisdatensatz enthält administrative und medizinische Daten. Durch die administrativen Daten wird ein in Organisation und Ablauf relativ einfacher Sachverhalt erfaßt, dementsprechend gering ist die Gefahr von Fehlinformationen. Dagegen ist die Dokumentation der medizinischen Daten aufgrund der Vielschichtigkeit des Erfassungs- und Übermittlungsprozesses fehleranfällig. Daher ist es unbedingt erforderlich, die Qualität dieser Daten zu überprüfen, bevor sie als Grundlage für die leistungsorientierte Finanzierung oder für statistische Auswertungen herangezogen werden. Dies soll einerseits mittels händischer Überprüfung der Dokumentation



## Versorgungsbereiche

<u>Diagnosen- und Leistungsbericht</u>	
<u>a) Administrative Daten:</u>	
<u>Aufenthaltsbezogene Daten:</u>	<u>Patientenbezogene Daten:</u>
Krankenanstaltennummer	Geburtsdatum
Aufnahmezahl und Aufnahme datum	Geschlecht
Aufnahmeart	Staatsbürgerschaft
aufnehmende Abteilung, Verlegungen	Hauptwohnsitz
Entlassungsdatum und Entlassungsart	Kostenträger
<u>b) Medizinische Daten</u>	
Hauptdiagnose (nach ICD-9 BMGK 1997, vierstellig)	
bis zu 9 Zusatzdiagnosen (nach ICD-9 BMGK 1997, vierstellig)	
ausgew. med. Einzelleistungen (nach Leistungskatalog BMGK 1997)	
<u>c) LKF-Daten</u>	
Diese Daten sind in den Diagnosen- und Leistungsbericht an den Landesfonds nur dann aufzunehmen, wenn die entsprechende Landesregelung dies ausdrücklich vorsieht.	
Gruppe/Knoten der LDF (= leistungsorientierte Diagnosenfallgruppe)	
Punkte LDF-Pauschale	
Punkte für Verweildauerausreißer nach unten	
Zusatzpunkte für Verweildauerausreißer nach oben	
Zusatzpunkte für Intensivbetreuung	
Zusatzpunkte bei Mehrfachleistungen	
Punkte spezieller Bereiche (z. B. halbstationärer Psychiatrie-Bereich)	
Punkte total	

durch Fachleute, andererseits durch Anwendung von automatisierten Prüfroutinen geschehen.

Eine Plausibilitätsprüfung soll bereits während der Datenerfassung durchgeführt werden. Spätestens bei der Übernahme der Daten durch das Land bzw. durch den Landesfonds wird eine Plausibilitätsprüfung vorgenommen.

## LKF-Modell

Das derzeit ausgearbeitete österreichische System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ist für die Abrechnung der im stationären Krankenhausbereich erbrachten Leistungen vorgesehen und unterscheidet zwei Finanzierungs-

bereiche: den LKF-Kernbereich und den LKF-Steuerungsbereich. Das folgende Schaubild soll dies veranschaulichen:

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

Der auf den leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen und auf den verschiedenen speziellen Bepunktungsregelungen (z. B. für Verweildauerausreißer, für Aufenthalte im Intensivbereich, im Bereich der neurologischen Akut-Nachbehandlung inkl. Neurorehabilitation, im Bereich der medizinischen Geriatrie oder im halbstationären Psychiatrie-Bereich) basierende Finanzierungsteil wird als LKF-Kernbereich bezeichnet und ist österreichweit einheitlich gestaltet und bepunktet.

Die Ermittlung der Punkte für die Fallpauschale erfolgte auf Basis von stationären Aufenthalten und kalkulierten Kosten von 486.640 Patienten aus folgenden 20 Referenzspitälern:

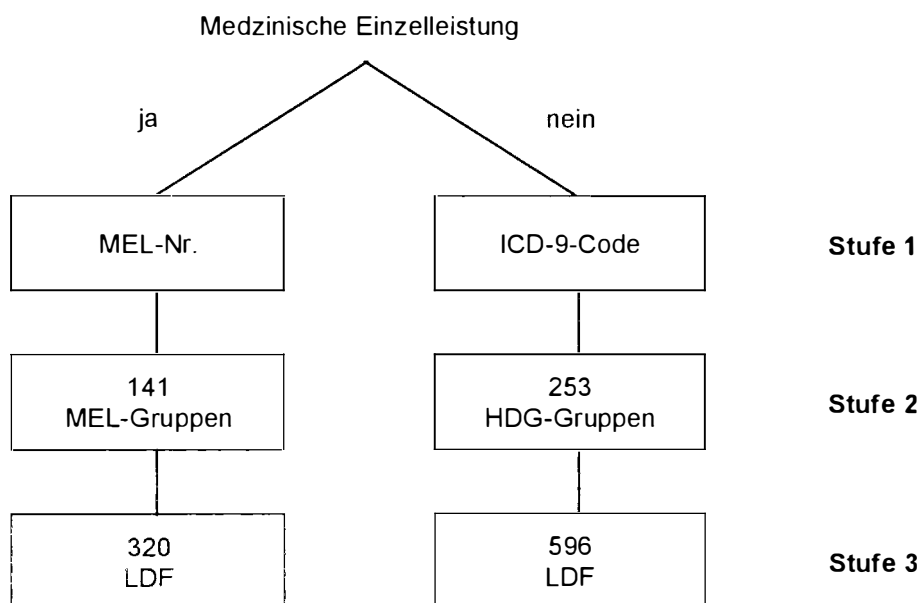
LKH Güssing	KH der Elisabethinen Linz	LKH Leoben
LKH Oberpullendorf	KH Wagner-Jauregg Linz	BKH Hall/Tirol
KH der BBR St. Veit/Glan	KH der BSVR Ried	LKH Innsbruck
LKH Wolfsberg	LKH Vöcklabruck	LKH Bregenz
KH St. Pölten	LKA Salzburg	LKH Feldkirch
KH Wr. Neustadt	KH Zell am See	Wilhelminenspital Wien
AKH Linz	LKH Deutschlandsberg	

Die Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthalts erfolgt nach bundes-einheitlichen leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) inkl. aller speziellen Bepunktungsregeln.

Für die Bildung der einzelnen leistungsbezogenen Diagnosenfallgruppen wurde durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe ein Baumbildungsalgorithmus angewandt, in den sowohl medizinische, ökonomische als auch statistische Kriterien miteinbezogen wurden.

## Versorgungsbereiche

Dieser Algorithmus unterscheidet - wie die folgende Abbildung überblicksweise zeigt - drei Stufen:



ICD Internationale Klassifikation der Krankheiten  
 HDG Hauptdiagnosen  
 LDF Leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen  
 MEL Medizinische Einzelleistung

In Stufe 1 wurde das gesamte Patientenkollektiv der 20 Referenzkrankenanstalten auf Basis ausgewählter medizinischer Einzelleistungen in ein leistungsbestimmtes Kollektiv und in ein nach Hauptdiagnosen bestimmtes Kollektiv unterteilt. Zur Ermittlung des leistungsbestimmten Kollektivs wurden - mit wenigen Ausnahmen - die operativen Leistungen des Leistungskataloges sowie eine geringe Anzahl von konservativen Leistungen herangezogen.

In Stufe 2 wurden das leistungsbestimmte und das nach Hauptdiagnosen bestimmte Kollektiv weiter differenziert. Die Kriterien, nach denen die Gruppen gebildet wurden, beziehen sich vorwiegend auf Leistungshomogenität und einer medizinischen Zusammengehörigkeit der Leistungen bzw. Hauptdiagnosen sowie auf Kostenhomogenität nach statistisch signifikanten Gruppen. Demnach wurden aus den spezifischen medizinischen Einzelleistungen (MEL) 141 MEL-Gruppen gebildet, aus den Hauptdiagnosen (HDG) gemäß ICD-9-Diagnosenschlüssel 253 Hauptdiagnosen-Gruppen (HDG-Gruppen). Die Zuordnungsregeln der Leistungen und Hauptdiagnosen zu den einzelnen Gruppen werden im Modell als Filter bezeichnet (siehe dazu auch Anlage 1 zum LKF-Modell: "Zuordnung der medizinischer Einzelleistungen zu MEL-Gruppen" sowie Anlage 2: "Zuordnung der Hauptdiagnosen zu HDG-Gruppen").

In Stufe 3 des Algorithmus schließlich wurden bei den MEL-Gruppen 320 Leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen (LDF) gebildet, bei den HDG-Gruppen 596 LDF. Insgesamt stehen somit 916 LDF für das LKF-System zur Verfügung.

Am Ende des Algorithmus ergaben sich somit die LDF und damit die LDF-Punkte je Fallgruppe (LDF-Pauschale). Diese wurden durch einen mittleren Wert (Median) der kalkulierten Kosten aller in einer LDF enthaltenen Patienten definiert.

Jedes LDF-Pauschale besteht aus einer Leistungs- und einer Tageskostenkomponente. Die Leistungskostenkomponente basiert auf den in den Referenzspitälern kalkulierten direkt den Patienten als medizinische Einzelleistung zugeordneten Kosten (z.B. Personalkosten für das OP-Team und Kosten für medizinische Verbrauchsgüter bei einer Operation). Nicht direkt einzelnen Leistungen zugeordnete Kosten sind mit Ausnahme der Kosten von Intensiveinrichtungen in der verweildauerabhängigen Tageskostenkomponente zusammengefaßt. Für die zusätzlichen Kosten auf Intensivstationen wurden eigene Intensivkostenzuschläge pro Tag ermittelt.

Die LDF-Pauschale gilt innerhalb des für dieses Pauschale definierten Verweildauerintervalles. Dazu wurden je LDF eine Verweildaueruntergrenze und eine Verweildauerobergrenze aus den Daten ermittelt. Diese Verweildauergrenzen wurden für die leistungsbestimmten Gruppen (MEL-Gruppen) aus den Patienten innerhalb eines 80%igen Intervalls aller Patienten und für die hauptdiagnosebestimmten innerhalb eines 60%igen Intervalls berechnet. Für die HDG-Gruppen im Bereich der Psychiatrie kam ein 30%iges Intervall zur Anwendung. Dadurch wird bei konservativ behandelten Patienten, die eine breiter gestreute Verweildauer als operative Patienten aufweisen, früher ein Verweildauerausreißer identifiziert, wodurch früher die speziellen Bepunktungsregelungen für Verweildauerausreißer nach oben und nach unten zur Anwendung kommen.

Für Patienten, deren Verweildauer kürzer ist als die Verweildaueruntergrenze ihrer Fallgruppe, wird ein reduziertes Fallpauschale entsprechend der tatsächlichen Verweildauer errechnet. Für Patienten, deren Verweildauer über der Verweildauerobergrenze liegt, wird ein degressiver Punktezuschlag je zusätzlichem Tag berechnet.

Zur bundesweit einheitlichen Ermittlung der Punkte aus dem LKF-Kernbereich stellt das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ein Softwareprodukt, das Bepunktungs- oder Scoring-Programm zur Verfügung. Dieses wurde in seiner aktuellen Version 1997/1.0 zur Wahrung einer universellen Einsatzmöglichkeit für Standard-PC's mit der Betriebssystembasis Windows 3.1x. entwickelt.

Der LKF-Kernbereich wird aufgrund der Erfahrungen aus der praktischen Anwendung laufend weiterentwickelt und aktualisiert. Es ist jährlich eine Revision des LKF-Kernbereiches vorgesehen. Diese Revisionen treten jeweils nur zum 1. Jänner eines jeden Jahres in Kraft.

## Versorgungsbereiche

Neben dem LKF-Kernbereich ist im LKF-System als weiterer Finanzierungsteil der LKF-Steuerungsbereich vorgesehen.

Der LKF-Steuerungsbereich ist länderweise gestaltbar und ermöglicht es, bei der Anwendung des LKF-Systems auf länderspezifische Erfordernisse durch zusätzliche Berücksichtigung der folgenden strukturspezifischen Kriterien Bedacht zu nehmen:

- Krankenanstalten-Typ
- Personalfaktor
- Apparative Ausstattung
- Bausubstanz
- Auslastung
- Hotelkomponente

So können durch entsprechende Gestaltung des LKF-Steuerungsbereiches beispielsweise die aufgrund des unterschiedlichen Versorgungsauftrages der Krankenanstalten in einem Bundesland sich ergebenden unterschiedlichen personellen und apparativen Ausstattungen der Krankenanstalten bei der leistungsorientierten Mittelzuteilung aus dem Landesfonds berücksichtigt werden.

### 7.4.2.3 Zukunftsperspektiven der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

Das mit 1. Jänner 1997 bundesweit eingeführte leistungsorientierte Finanzierungssystem für den stationären Krankenanstaltenbereich stellt einen ersten Schritt der Reform der Krankenanstaltenfinanzierung dar und baut auf den zur Zeit zur Verfügung stehenden Datengrundlagen auf. Das Finanzierungssystem und seine leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen werden aufgrund der gewonnenen praktischen Erfahrungen jährlich einer Revision unterzogen und in den verschiedenen medizinischen Leistungsbereichen verfeinert und kontinuierlich verbessert.

Darüber hinaus wird die Einführung des Diagnoseschlüssels ICD-10 und die Einführung eines international in Anwendung befindlichen Klassifikationsschlüssels für medizinische Prozeduren vorbereitet. Der Zeitpunkt dieser Umstellung und die Wahl des internationalen Leistungskataloges stehen in engem Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems.

Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales wird in Zusammenarbeit mit Experten aus dem Bereich der Krankenanstalten eine einheitliche Kostenträgerrechnung gestalten, die eine österreichweit vergleichbare Nachkalkulation zuläßt und damit fundierte Datengrundlagen für die Weiterentwicklung und Bewertung der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen liefert.

Der im Finanzierungssystem vorgesehene LKF-Steuerungsbereich ist aufgrund der unterschiedlichen Auswahl der strukturspezifischen Kriterien und aufgrund der unterschiedlichen Berechnungsmethoden bundesländerweise unterschiedlich gestaltet. Zudem ist in der jetzigen Form 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).

## **7.5 Psychosoziale Versorgung**

### **7.5.1 Ausgangslage**

Der Bereich der psychosozialen Versorgung befindet sich in einem langjährigen und noch nicht abgeschlossenen Reformprozeß, der bis in die siebziger Jahre zurückreicht. Ausgehend von der Kritik an der traditionellen Anstaltspsychiatrie mit ihrer oft lebenslangen Verwahrung psychisch kranker Personen in Großkrankenanstalten wurde die gesundheitspolitische Zielsetzung einer gemeindenahen psychosozialen Versorgung entwickelt, die durch ein flächendeckendes und integriertes Netz einander ergänzender und miteinander vernetzter Berufsgruppen, Dienste und Einrichtungen erbracht wird. Diese sollen eine wohn- und lebenskontextnahe Betreuung bereitstellen und die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung sozialer Eingliederung psychisch kranker Personen in das Alltagsleben ermöglichen.

Ergebnisse bislang durchgeführter legislativer und struktureller Maßnahmen sind u.a. die stärkere interne Differenzierung der psychiatrischen Krankenhäuser, die Reduktion der Bettenzahl, die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung an einem Schwerpunktspital, die Zunahme extramuraler Dienste und Einrichtungen sowie die Verbesserung der Rechtstellung psychisch kranker Personen im Zuge des Unterbringungsgesetzes. Durch die Einführung der neuen Heil- und Gesundheitsberufe des Psychotherapeuten, des klinischen Psychologen und des Gesundheitspsychologen wurden weitere wesentliche Komponenten einer qualitätsvollen psychosozialen Versorgung geschaffen.

### **7.5.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum**

#### **Psychiatrische Versorgung**

Der Aufbau psychiatrischer Dienste und Einrichtungen im extramuralen Bereich, die in der Regel von Trägern der freien Wohlfahrtspflege geführt werden, liegt in der Kompetenz der Länder. Die extramurale Betreuung sollte Interventionen für ein breites Spektrum an Betreuungserfordernissen bieten - wie die Beratung psychisch belasteter Personen das Angebot von Psychotherapie, psychiatrische Behandlung, soziale und pflegerische Unterstützung bis hin zur Krisenintervention und zur beruf-

## Versorgungsbereiche

lichen Rehabilitation psychiatrischer Patienten nach stationären Aufenthalten - und ist daher zentraler Bestandteil einer bedarfsgerechten Versorgung.

Im Berichtszeitraum hat sich die bereits vor 1993 zu beobachtende kontinuierliche Zunahme von psychosozialen Diensten und komplementären Einrichtungen weiter fortgesetzt. Eine im Auftrag des BMGK erstmals 1992 durchgeführte und 1994 aktualisierte Bestandsaufnahme allgemein-psychiatrischer Einrichtungen zeigte einen Zuwachs von österreichweit etwa 250 Einrichtungen im Jahr 1992 auf knapp 300 im Jahr 1994 (BMGK 1993 und 1995). Erhöht hat sich dabei überwiegend das Angebot an psychosozialen Diensten, Wohngemeinschaften und tagesstrukturierenden Einrichtungen, und zwar vor allem in Oberösterreich, aber auch in Tirol, Vorarlberg und Wien. Je nach Bundesland nur geringfügig gestiegen oder sogar zurückgegangen sind Angebote zur beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Personen.

Trotz dieser Zunahme kann nach wie vor nicht von einer bedarfsgerechten Versorgung gesprochen werden (Meise u.a. 1997). So gibt es neben der noch zu geringen Anzahl an Einrichtungen auch bedeutende regionale Unterschiede zwischen und innerhalb der Bundesländer. Die Versorgungssituation ist das Ergebnis gewachsener Strukturen und - obwohl es mittlerweile in einigen Bundesländern Pläne zur psychiatrischen Versorgung gibt - einer in der Regel ungeplanten, auf lokale Initiativen zurückgehenden Entwicklung.

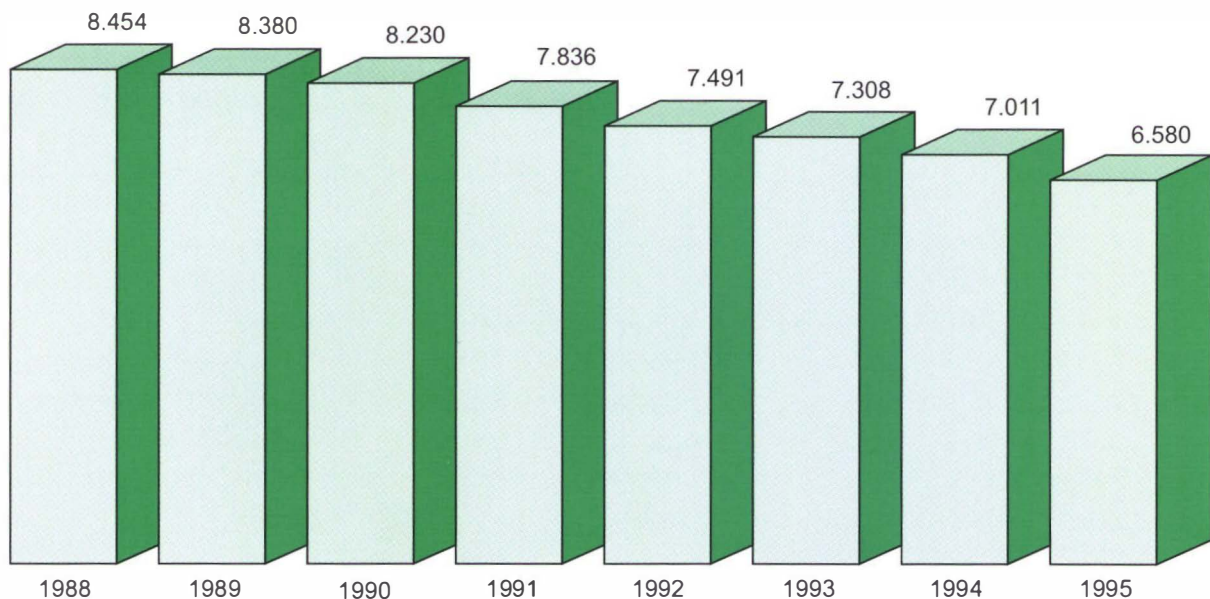
Im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung blieb die bereits längerfristige Tendenz zur sukzessiven Reduktion der Bettenzahl aufrecht. Zwischen 1993 und 1995 haben sich die laut Krankenanstaltenstatistik tatsächlich aufgestellten Betten um 728 oder 10 Prozent, seit 1988 sogar um 22 Prozent verringert (siehe Abbildung 7.6). Parallel dazu hat auch die durchschnittliche Verweildauer deutlich abgenommen. Lag diese 1988 noch bei knapp 50 Tagen, waren es 1993 40 und 1995 nur noch 31,5 Tage.

Die Anzahl der Aufnahmen ist dagegen - bis auf einen vermutlich auf das Unterbringungsgesetz zurückzuführenden deutlichen Einbruch im Jahr 1991 - kontinuierlich gestiegen: gegenüber 1993 mit damals 54.967 Aufnahmen lagen diese 1995 um fast 7.800 Aufnahmen oder um 15 Prozent höher. Dies kann als Ergebnis des noch nicht ausreichenden extramuralen Angebotes gewertet werden, das nicht alle Betreuungsbedürfnisse - z. B. akute Krisen - abdecken kann. Die gleichzeitig eingeschränkten Möglichkeiten von Aufnahmen ohne Verlangen durch das Unterbringungsgesetz müssen so zu häufigen Wiederaufnahmen und zur „Drehtürpsychiatrie“ führen (Forster 1997).

Nach wie vor aufrechte Anforderungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung sind die Umsetzung der Prinzipien der Integration psychiatrischer in die allgemeinmedizinische Versorgung, der Regionalisierung und der engen Vernetzung der stationären und ambulanten Betreuung in einen gemeindepsychiatrischen Verbund.

Ein wichtiger nächster Schritt in der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen ist die Erstellung eines „Österreichischen Psychiatriepfandes“ im Rahmen der „Österreichischen Krankenanstaltenplanung 1994, Zielplanung bis 2005“. Zielsetzung ist es, unter Berücksichtigung aller Komponenten des psychosozialen Feldes Grundlagen für eine planvolle und aufeinander abgestimmte Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich bereitzustellen, die eine weitere Reduktion der Betten, der Verweildauern und schließlich auch der stationären Aufnahmen ermöglicht.

Abbildung 7.6: Anzahl der tatsächlichen Betten\* in psychiatrischen Krankenanstalten und Abteilungen 1988 - 1995



\* In psychiatrischen Krankenanstalten und Abteilungen sowie gemischt neurologisch/psychiatrischen Abteilungen gemäß Krankenanstaltenstatistik tatsächlich aufgestellte Betten.

Quelle: KRAZAF

## Psychotherapie, klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie

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



## Versorgungsbereiche

ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen.

### *Nachfolgegesetzgebung:*

Im Berichtszeitraum sind weitere relevante Regelungen für die psychotherapeutische und psychologische Tätigkeit im Gesundheitswesen geschaffen worden:

- Die Möglichkeit einer ausreichenden psychotherapeutischen Betreuung und psychologischen Beratung wurde im Fortpflanzungsmedizingesetz (BGBl. Nr. 275/1992) als eine der Voraussetzungen zur Zulassung von Krankenanstalten zur Durchführung medizinisch unterstützter Fortpflanzungen festgelegt.
- Die mit 1.1.1994 in Kraft getretene Novelle zur Strafprozeßordnung (BGBl. Nr. 526/1993) ermöglicht nun auch Psychotherapeuten und Psychologen die Verweigerung der Zeugenaussage und trägt damit der gesetzlichen Verpflichtung zur Verschwiegenheit, die als unabdingbare Voraussetzung der Berufsausübung anzusehen ist, Rechnung.
- Weiters wurden die psychotherapeutische Beratung im Gentechnikgesetz (BGBl. Nr. 510/1994) verankert. Demnach muß vor und nach Durchführung einer Genanalyse zur Feststellung einer Veranlagung für eine Erbkrankheit oder zur Feststellung eines Überträgerstatus auch eine ausführliche Beratung hinsichtlich der psychischen Konsequenzen vorgenommen und Hilfestellung zur Konsultation eines Psychotherapeuten oder Sozialarbeiters geleistet werden.
- In dem mit 1. Jänner 1998 in Kraft tretenden Suchtmittelgesetz (SMG) wird der Anwendungsbereich des Instruments „Therapie statt Strafe“ erweitert und dabei der Psychotherapie als eigenständiger Heilbehandlung Rechnung getragen. Um den psychischen oder sozialen Problemen von Drogenkonsumenten begegnen zu können, schließen die gesetzlich vorgeschlagenen gesundheitsbezogenen Maßnahmen nun neben der bereits bislang vorgesehenen ärztlichen Überwachung und Behandlung des Gesundheitszustandes auch die Substitutionsbehandlung, Psychotherapie und sozialtherapeutische Beratung und Betreuung mit ein.
- Noch nicht vollständig umgesetzt ist allerdings die Regelung der psychotherapeutischen und psychologischen Tätigkeit in Krankenanstalten, die im Rahmen von Ausführungsgesetzen der Länder erfolgen sollte. So wurde im Burgenland, in der Steiermark und in Vorarlberg noch kein entsprechendes Gesetz beschlossen. Die übrigen Bundesländer haben die Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes des Bundes in die Landeskrankenanstaltengesetze aufgenommen. In Wien wurden diese bereits hinsichtlich der zu betreuenden Patientengruppen und der erforderlichen Personalausstattung konkretisiert.

### *Qualitätssicherung:*

Neben der weiteren legislativen Verankerung von Psychotherapie und Psychologie im Gesundheitswesen wurden auch wesentliche Schritte zur Qualitätssicherung gesetzt:

- In Kooperation mit den Berufsverbänden wurden in Ergänzung und Vertiefung der gesetzlichen Vorgaben die Berufspflichten beider Berufsgruppen umfassend beschrieben und im Rahmen von Richtlinien festgelegt. Der „Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ sowie die „Ethikrichtlinien für klinische Psychologinnen und klinische Psychologen und für Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen“ erläutern Grundsätze für die Arbeit mit Patientinnen und Patienten, aber auch für Forschung, Weiterbildung, Lehre und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Damit sollen die Berufsethik und das professionelle Selbstverständnis weiterentwickelt und gestärkt werden.
- Im Bereich der Psychotherapie wurden außerdem Supervisionsrichtlinien erarbeitet, die - ebenfalls als zentrale Voraussetzung zur Sicherung der Qualität - die Kriterien für die Ausübung psychotherapeutischer Supervision durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten festhalten.
- Ein weiterer Schritt zur Qualitätssicherung erfolgte durch die Einrichtung von Ethik-, Beschwerde- und Schlichtungskommissionen in allen Bundesländern durch den Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie, die bei Verletzungen der Berufspflichten angerufen werden können. Die Installierung von Informationsstellen durch alle Landesverbände verbessert schließlich die Zugänglichkeit des Angebotes für die Bevölkerung.

#### *Versorgungssituation im Bereich der Psychotherapie:*

In der vom Gesundheitsressort geführten Psychotherapeutenliste sind mit Stand Jänner 1997 3.959 Personen eingetragen und damit zur Berufsausübung berechtigt (siehe Tabelle 7.9). Damit ist die Zahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seit Oktober 1993 um 676 Personen bzw. um knapp 17 Prozent gestiegen. Tendenziell ist zwar ein überdurchschnittlicher Zuwachs berufsberechtigter Personen in schlecht versorgten Bundesländern zu beobachten, die Rangreihe der Bundesländer hinsichtlich ihres Versorgungsgrades ist jedoch unverändert.

Durch den Ablauf der zweiten Übergangsregelung des Psychotherapiegesetzes mit Ende 1997 ist nach einer groben Schätzung bis Mitte 1998 mit einem weiteren Zuwachs von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten um etwa 20 Prozent zu rechnen. Die Zahl berufsberechtigter Personen allein erlaubt allerdings keine Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung. In einer im Auftrag des BMGK durchgeführten Studie wurde daher die psychotherapeutische Versorgungssituation im ambulanten Bereich untersucht (ÖBIG 1996).

Nach den Ergebnissen der Studie besteht keine quantitative Bedarfsdeckung. Nach einer Hochrechnung waren im Erhebungszeitraum April/Mai 1996 etwa 0,85 Prozent der Bevölkerung zwischen fünf und 69 Jahren in psychotherapeutischer Behandlung. Dem steht ein geschätzter Bedarf zwischen 2,1 - als absoluter Untergrenze - und 5 Prozent der Bevölkerung gegenüber. Andere Bedarfsschätzungen übersteigen diesen Wert noch bei weitem.

## Versorgungsbereiche

Eine Ursache dafür ist die schon im Gesundheitsbericht des Jahres 1994 festgestellte und nach wie vor aufrechte krasse regionale Ungleichverteilung des Angebotes. Die psychotherapeutische Versorgung ist auf den städtischen Raum konzentriert, der ländliche Raum ist dagegen weitgehend unterversorgt. Darüber hinaus besteht - ohne Berücksichtigung von Wien - ein deutliches West-Ost-Gefälle: So stehen im Burgenland bezogen auf 10.000 Einwohner zwischen fünf und und 69 Jahren nur zwölf Psychotherapiestunden pro Woche zur Verfügung, in Salzburg dagegen das Zwölf- und in Wien - wo allerdings auch Personen aus dem Burgenland und aus Niederösterreich versorgt werden - das Siebzehnfache (siehe Abbildung 7.7).

*Tabelle 7.9: Zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechnete Personen nach Bundesländern, Art der Berufsausübung und insgesamt, Stand Jänner 1997*

Bundesland	Art der Berufsausübung			Anzahl insgesamt		Zuwachs seit Oktober 1993
	freiberuflich	Arbeitsverhältnis	freiberuflich und Arbeitsverhältnis	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohner	in Prozent
Burgenland	7	12	18	37	1,3	34,8
Kärnten	45	35	74	154	2,7	24,7
Niederösterreich	132	49	127	308	2,0	19,7
Oberösterreich	153	82	136	371	2,7	21,1
Salzburg	202	81	150	433	8,5	9,5
Steiermark	146	94	146	386	3,2	22,7
Tirol	154	56	112	322	4,9	13,7
Vorarlberg	87	69	41	197	5,7	21,9
Wien	688	270	793	1.747	10,9	13,9
<b>Österreich</b>	<b>1.614</b>	<b>748</b>	<b>1.597</b>	<b>3.959</b>	<b>4,9</b>	<b>16,9</b>

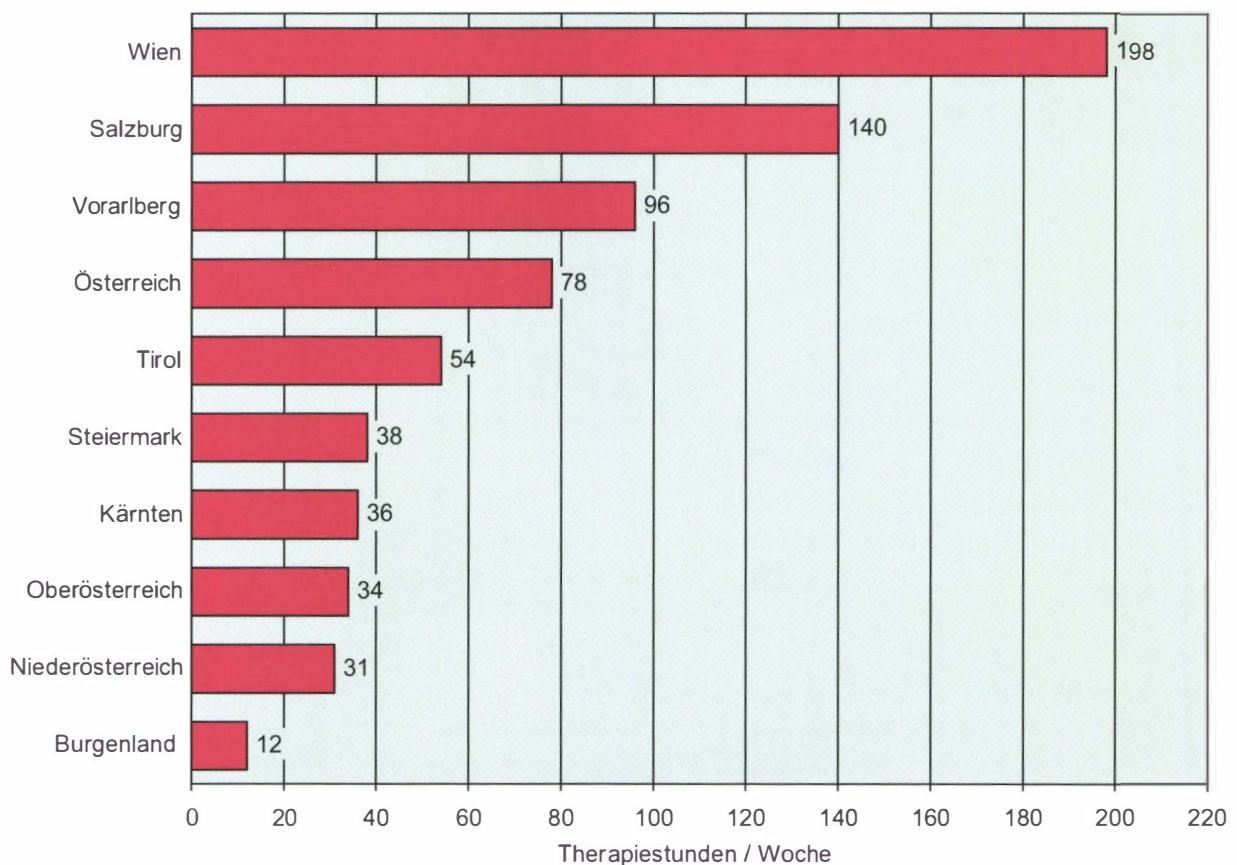
Quellen: BMGK, ÖAW/ÖROK

Die fehlende Bedarfsdeckung kann allerdings nicht allein auf das mangelnde Angebot in vielen ländlichen Regionen zurückgeführt werden. Die Hälfte der in freier Praxis tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten - die den überwiegenden Teil des Angebotes bereitstellen - hat freie Kapazitäten. Die unter dem geschätzten Bedarf liegende Nachfrage nach Psychotherapie ist auch das Ergebnis von Informationsdefiziten, von Hemmschwellen durch die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Krankheit und nicht zuletzt ein Effekt der Kosten der Behandlung. Durch die noch nicht erfolgte Umsetzung der 50. ASVG-Novelle, die Psychotherapie als Sachleistung - und somit auf Krankenschein - ermöglichen sollte, ist das Angebot für einkommensschwache Personen derzeit nur erschwert oder gar nicht zugänglich. Abgesehen von alternativen Finanzierungsmodellen in Tirol, Vorarlberg und Oberösterreich wird die Inanspruchnahme von Psychotherapie seitens der Kassen überwiegend mit einem Zuschuß abgegolten, der nicht nach sozialen Gesichtspunkten

differenziert und nicht kostendeckend ist. Erst ein knappes Drittel der Klientinnen und Klienten erhält Psychotherapie ohne eigene Zuzahlung.

Die Ergebnisse der Studie lassen den Schluß zu, daß mit den gegebenen Versorgungsstrukturen vor allem einkommensschwache Gruppen, (schwer gestörte) Personen mit sozialen Begleitproblemen, behinderte Menschen, alte Menschen, Kinder und Jugendliche und Personen mit spezialisiertem Betreuungsbedarf tendenziell unterversorgt sind.

Abbildung 7.7: Angebot an wöchentlichen Psychotherapiestunden pro zehntausend Einwohnern zwischen fünf und 69 Jahren nach Bundesländern, Stand 1996



Quelle: ÖBIG 1996

Die Weiterentwicklung der Strukturen hat daher vor allem auf den Abbau sozialer Barrieren und die Verbesserung der geographischen Erreichbarkeit des Angebotes Bedacht zu nehmen. Neben der vordringlich erforderlichen Regelung der Finanzierung ist die Schaffung von Angeboten im ländlichen Raum - etwa den Bezirksstädten - zu überlegen, die im Idealfall neben Beratung und Therapie Clearingfunktionen

## Versorgungsbereiche

übernehmen und für die Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und Einrichtungen des psychosozialen Feldes sorgen.

### *Versorgungssituation im Bereich der psychologischen Tätigkeit:*

Die Anzahl der klinischen Psychologen und der Gesundheitspsychologen hat seit 1993 zugenommen. Mit Stand Jänner 1997 gibt es in Österreich 2.141 klinische und 2.095 Gesundheitspsychologen, wobei die Mehrzahl der eingetragenen Personen beide Berufsberechtigungen hat (siehe Tabelle 7.10). Auf Grund einer veränderten Listenführung durch das Gesundheitsressort kann der Personenzuwachs nicht ermittelt werden.

*Tabelle 7.10: Zur selbständigen psychologischen Berufsausübung im Bereich des Gesundheitswesens berechnete Personen nach Bundesländern und insgesamt, Stand Jänner 1997*

Bundesland	Anzahl klinische Psychologen		Anzahl Gesundheitspsychologen	
	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohner	absolut	bezogen auf 10.000 Einwohner
Burgenland	29	1,1	32	1,2
Kärnten	148	2,6	139	2,5
Niederösterreich	173	1,1	162	1,1
Oberösterreich	173	1,2	169	1,2
Salzburg	276	5,4	271	5,3
Steiermark	222	1,8	218	1,8
Tirol	175	2,7	165	2,5
Vorarlberg	89	2,6	87	2,5
Wien	856	5,3	852	5,3
<b>Österreich</b>	<b>2.141</b>	<b>2,7</b>	<b>2.095</b>	<b>2,6</b>

Quellen: BMGK, ÖAW/ÖROK

Auch wenn die regionalen Unterschiede nicht so massiv wie im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung sind, so bestehen sie auch bei diesen Berufsgruppen. Das Angebot schwankt zwischen knapp über einer Person pro zehntausend Einwohnern im Burgenland und mehr als fünf Personen pro zehntausend Einwohner in Wien. Es fällt auf, daß die Rangfolge der Bundesländer nach dem Versorgungsgrad bei allen drei Berufsgruppen - Psychotherapie, klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie - ident ist. Burgenland und Niederösterreich sind am schlechtesten, Salzburg und Wien am besten ausgestattet.

Durch den Abschluß eines Gesamtvertrages zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen kann klinisch-psychologische Diagnostik seit dem 1. Jänner 1995 auf Krankenschein in Anspruch genommen werden. Der vereinbarte

*Tabelle 7.11: Planstellen und besetzte Stellen für klinisch-psychologische Diagnostik nach Bundesländern und insgesamt, Stand Jänner 1997*

Bundesland	Vorgesehene Stellen	Besetzte Stellen
Burgenland	3	2
Kärnten	10	4
Niederösterreich	18	7
Oberösterreich	15	2
Salzburg	6	3
Steiermark	15	6
Tirol	7	1
Vorarlberg	-	-
Wien	32	30
<b>Österreich</b>	<b>105</b>	<b>55</b>

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Stellenplan von österreichweit 105 Vertragspsychologen ist erst etwa zur Hälfte ausgeschöpft. Bislang wurden mit 55 klinischen Psychologen Kassenverträge abgeschlossen. Auch in diesem Versorgungsbereich bestehen bedeutende regionale Unterschiede. So sind in Wien nahezu alle Stellen besetzt, in Oberösterreich und in Tirol steht dagegen erst ein geringer Teil der vorgesehenen Vertragspsychologen zur Verfügung (siehe Tabelle 7.11). Zusätzlich zu den Vertragspsychologen können allerdings österreichweit 97 Wahlpsychologen für klinisch-psychologische Diagnostik in Anspruch genommen werden.

### 7.5.3 Ausblick

Gesundheitspolitische Maßnahmen im Bereich der psychosozialen Versorgung müssen sich weiterhin am Ziel der Sicherung eines bedarfsgerechten, gemeindenahen und vernetzten Angebotes orientieren. Neben der Weiterführung von Maßnahmen zur Verankerung und Professionalisierung der Berufsgruppen erscheinen dafür Aktivitäten auf zwei Ebenen erforderlich:

- Um Rückschlüsse auf erforderliche Steuerungsmaßnahmen ziehen zu können, ist die weitere Beobachtung der Entwicklung der Versorgungssituation unumgänglich. Von besonderem Interesse sind dabei
  - die Erhebung und Evaluierung der Umsetzung von Psychotherapie und klinischer Psychologie im stationären Bereich, insbesondere in Allgemeinkrankenhäusern, und
  - die regelmäßige Aktualisierung der Bestandsaufnahme psychiatrischer Dienste und Einrichtungen als wesentliche Grundlage zur Einschätzung der gesamtösterreichischen Entwicklung.

## Versorgungsbereiche

- Die Weiterentwicklung des Angebotes im Bereich der Psychiatrie, der Psychotherapie und der klinischen Psychologie muß sich darüber hinaus an einer gesamtartigen Planung orientieren können, die alle Komponenten des psychosozialen Feldes im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich einbezieht - wobei auch Problembereiche wie Zukunftsängste oder Ängste vor dem Verlust des Arbeitsplatzes mitbedacht werden sollen - und somit den Übergang von einer gewachsenen zu einer planvoll aufeinander abgestimmten Struktur ermöglicht. Das Gesundheitsressort beabsichtigt, noch 1997 die Erstellung eines österreichweiten Psychiatriepfandes in Auftrag zu geben.

## Quellen:

Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Stand Juni 1996. In: Psychotherapieforum 4/1996

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Statistik der in Österreich zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berufsberechtigten und in die Psychotherapeutenliste eingetragenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten; Stand 24. Jänner 1997

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Statistik der in Österreich zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens und in die Liste der klinischen Psychologen eingetragenen klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen; Stand 24. Jänner 1997

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Statistik der in Österreich zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens und in die Liste der Gesundheitspsychologen eingetragenen Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen; Stand 24. Jänner 1997

BMGK 1993 - Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz: Allgemein-psychiatrische Einrichtungen in Österreich. Verzeichnis und Kurzbeschreibung. Wien 1993

BMGK 1995 - Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz: Allgemein-psychiatrische Einrichtungen in Österreich. Verzeichnis und Kurzbeschreibung. 2. Auflage. Wien 1995

Ethikrichtlinien für klinische Psychologinnen und klinische Psychologen und Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen (Stand Mai 1995) des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz. In: Psychologie in Österreich 2/1995

Forster Rudolf: Fünf Jahre Unterbringungsrecht. Eine Zwischenbilanz aus sozialwissenschaftlich-statistischer Sicht. Wien 1997 (in Druck)

Meise Ulrich u.a. (Hg): Gemeindepsychiatrie in Österreich. Innsbruck 1997 (in Druck)

ÖBIG 1996 - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Österreich (unveröffentlicht). Wien 1996

Supervisionsrichtlinie. Kriterien für die Ausübung psychotherapeutischer Supervision durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In: Psychotherapieforum 2/1996

## **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) auch Maßnahmen im Bereich der Rückfallprophylaxe und Rehabilitation (Tertiärprävention).

Gesundheitsförderung ist ein moderner 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. In diesem Sinne greift Gesundheitsförderung auch über den klassischen Begriff der Primärprävention hinaus.“ (Laaser et al 1993, S. 176 f.).

Die Umsetzung von Gesundheitsförderung kann in verschiedenen Ansätzen erfolgen. Gesundheitsförderungsprogramme beziehen sich entweder auf ein inhaltliches Thema, wie Rauchen oder Alkohol, oder auf bestimmte Lebenswelten (sogenannten Settings), wie z. B. Schule, Arbeitsplatz oder Krankenhaus. Die in Österreich durchgeführten Gesundheitsförderungsprogramme sind auf einer Matrix aus Themen und Settings einzuordnen, wobei der Setting-Ansatz den sozialen Kontext als einflußgebend für das Verhalten herausstellt.

### **Politische Zielsetzung**

In der Regierungserklärung von 1994 wurden als Ziele der österreichischen Gesundheitspolitik unter anderem

- die Stärkung des Gesundheitsbewußtseins durch Gesundheitsförderung und Weiterbildung und
- verbesserte Vorsorge

genannt. Die Menschen sollen intensiver über die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und mögliche Gefährdungen durch krankmachende Risikofaktoren aufge-



## Versorgungsbereiche

klärt werden. Daher seien die Vorsorgeangebote zu verbessern und mit den Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung zu koordinieren.

## Bezug zu WHO- und EU-Programmen

Die österreichischen Ansätze zur Gesundheitsförderung schließen an die einschlägigen WHO-Programme an. Das Konzept der Gesundheitsförderung wurde 1986 in der Ottawa-Charta der WHO definiert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

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

Im März 1996, also bereits außerhalb des eigentlichen Berichtszeitraumes, wurde von der Gemeinschaft ein Aktionsprogramm zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung für eine Laufzeit von fünf Jahren (1996 bis 2000) beschlossen.

Ziel des Programmes ist die Förderung der Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten und Unterstützung ihrer Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung, bessere Koordinierung ihrer Politiken durch Entwicklung und Verwirklichung von Netzen, gemeinsamen Aktionen und Systemen zum Informations- und Erfahrungsaustausch. Informationsstrukturen sollen eingerichtet und Projekte durchgeführt werden, an denen möglichst alle EU-Mitgliedstaaten partizipieren. Damit soll das Anliegen der Gesundheitsförderung in Europa unterstützt und zur Qualitätsentwicklung der Programme im europäischen Raum beigetragen werden.

Im Jahresprogramm für das Jahr 1997 wurden folgende Schwerpunkte festgelegt:

- Gesunde Lebensweise (Gesunde Ernährung, tägliche Bewegung, bewußter Umgang mit Alkohol und psychosoziale Gesundheit)
- Spezielle Zielgruppen, nämlich Kinder und Jugendliche, ältere Menschen und benachteiligte Bevölkerungsgruppen
- Einsatzorte (Settings), nämlich Schulen, Betriebe, Großstädte und das Gesundheitswesen
- Aus- und Fortbildung für Gesundheitsförderung/Public Health
- Technische Unterstützung (Internationaler Informations- und Erfahrungsaustausch, Evaluation und Qualitätssicherung, neue Kooperationsformen mit den Medien)

## 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 Abschnitt 7.6.2.1 wird auf die themenbezogene Gesundheitsförderung und -vorsorge, in Abschnitt 7.6.2.2 auf die settingbezogene Gesundheitsförderung eingegangen. Der Darstellung liegt eine Systematik zugrunde, die die Aktivitäten zu den einzelnen Schwerpunkten jeweils anhand von Problemstellungen, Zielen und Maßnahmen beschreibt und mit einem Ausblick endet.

Abschließend werden in Abschnitt 7.6.2.3 übergreifende Aktivitäten der Gesundheitsförderung dargestellt.

### 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 Säuglingssterbeziffer (1974: 23,8 Promille) aufwies. Seitdem ist es gelungen, die Säuglingssterblichkeit kontinuierlich zu senken (1984: 11,9 Promille; 1989: 8,3; 1991: 7,5; 1995: 5,4), der österreichische Wert liegt nunmehr deutlich unter dem Durchschnittswert der Europäischen Union.

Dem Mutter-Kind-Paß kommt jedoch auch in einem anderen Zusammenhang große Bedeutung zu. Als Maßnahme, die auf die Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind abzielt, geht das Programm über die individuumsbezogene Früherkennung möglicher Erkrankungen hinaus, ermöglicht die Einbeziehung sozialer Aspekte und berücksichtigt die Lebenszusammenhänge von Mutter und Kind. Demgemäß stellt das Mutter-Kind-Paß-Untersuchungsprogramm eine gesundheitsförderliche Aktivität im Sinne der Regierungserklärung von 1994 dar.

##### Ziele

Ziel des Untersuchungsprogrammes ist die Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind. Angestrebt wird nicht nur die weitere Absenkung der Säuglingssterbeziffer für Österreich, sondern auch die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Säuglingen und Kleinkindern sowie die Gesunderhaltung der schwangeren Frauen. Die durch die Einführung des Mutter-Kind-Passes eröffnete Möglichkeit, eine breite Bevölkerungsgruppe einer gynäkologisch-zytologischen Vorsorgeuntersuchung zu

## Versorgungsbereiche

unterziehen und einer internistischen Kontrolle zuzuführen, stellt einen wesentlichen Aspekt der Zielsetzung dar.

### Maßnahmen

Das Mutter-Kind-Paß-Untersuchungsprogramm umfaßt fünf Schwangerenuntersuchungen einschließlich zwei Laboruntersuchungen und eine interne Untersuchung der schwangeren Frau, 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. 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 war mit Ausnahme der Ultraschalluntersuchungen und der augenfachärztlichen Untersuchung im Berichtszeitraum Voraussetzung für den Erhalt von drei Teilbeträgen der erhöhten Geburtenbeihilfe sowie einer Sonderzahlung in der Höhe von insgesamt öS 15.000,--. Aufgrund eines im Rahmen des „Sparpakets“ erforderlich gewordenen Beschlusses der Bundesregierung zur Budgetkonsolidierung wurden erhöhte Geburtenbeihilfe und Sonderzahlung 1996 abgeschafft. Für nach dem 31. Dezember 1996 geborene Kinder wurde ein sozial gestaffelter Mutter-Kind-Paß-Bonus in der Höhe von öS 2.000,-- vorgesehen, der Anspruchsberechtigten bei Durchführung aller obgenannten Untersuchungen bis Ende des ersten Lebensjahres mit Ausnahme der Ultraschalluntersuchungen gewährt wird.

Als Begleitmaßnahme wird die Broschüre „Mein Baby kommt“ allen Schwangeren zur Verfügung gestellt, die Informationen über Schwangerschaft und Säuglingspflege sowie rechtliche Auskünfte und Kontaktadressen zur weiterführenden persönlichen Information enthält.

### Ausblick

Entsprechend den Ergebnissen neuer Untersuchungen und Forschungen werden immer wieder Vorschläge zur Erweiterung des Mutter-Kind-Paß-Untersuchungsprogrammes vorgebracht. Seit 1993 werden Untersuchungen, die zur Aufnahme in den Mutter-Kind-Paß vorgeschlagen werden, einer Bewertung durch den Obersten Sanitätsrat unterzogen und im Falle einer positiven Bewertung in eine Rangliste aufgenommen. An erster Stelle steht hier eine Untersuchung des Kindes im fünften Lebensjahr. Eine Umsetzung einer Ausweitung des Untersuchungsprogrammes kann aber nur erfolgen, wenn zusätzliche finanzielle Mittel zur Honorierung der Durchführung der Untersuchungen bereitgestellt werden können.

## Vorsorgeuntersuchungen

### Problemstellung

Im Jahr 1974 wurde in Österreich die über die Krankenkassen abgegoltene Vorsorgeuntersuchung eingeführt, die aus einer für Männer und Frauen gleichen Basisuntersuchung besteht und für Frauen das Zusatzangebot einer gynäkologischen Untersuchung vorsieht. Zweck der Vorsorgeuntersuchung ist die Früherkennung von verbreiteten Krankheiten wie Krebs, Diabetes sowie Herz- und Kreislauferkrankungen.

Nach der Untersuchung ist ein ausführliches ärztliches Gespräch vorgesehen, dabei sollen individuelle Risikofaktoren, Lebensweise sowie Veranlagung besprochen werden. Ziel des Beratungsgesprächs ist es, das Gesundheitsbewußtsein und die Eigenverantwortung zu stärken.

Die Vorsorgeuntersuchungen sind für Personen ab dem 19. Lebensjahr gedacht und können von diesen einmal jährlich in Anspruch genommen werden. Sie steht auch denjenigen, die nicht bei der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, zur Verfügung.

Durchgeführt werden können sie bei praktischen Ärzten und Chirurgen, Gynäkologen, Internisten, Pulmologen und Urologen sowie durch eigene Einrichtungen der Sozialversicherung.

### Ziele

Vorsorgeuntersuchungen sind im wesentlichen zielgruppen- oder zielfaktenorientierte Screeninguntersuchungen, die bestimmte Risiko- oder Verdachtsfälle möglichst frühzeitig erfassen sollen (Ulzer 1995). Die Vorsorgeuntersuchung soll dazu beitragen, durch Früherkennung und Frühbehandlung die Heilungs- und Behandlungschancen zu verbessern.

### Maßnahmen

Im Berichtszeitraum hat keine Änderung der Organisation der Vorsorgeuntersuchung stattgefunden. Einflußgrößen für die Inanspruchnahme sind die Ärztedichte, die Altersstruktur der Bevölkerung sowie die Aktivitäten der Arbeitgeber und der Krankenkassen im Vorsorgebereich. In einigen Bundesländern wird die Bevölkerung aktiv eingeladen, die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch zu nehmen.

Die Entwicklung der Inanspruchnahme in den Jahren 1990 bis 1995 wird in Tabelle 7.12 dargestellt. Während die gynäkologischen Untersuchungen in eher geringerem

## Versorgungsbereiche

Ausmaß steigen bzw. sogar - im Vergleich mit dem Vorjahr - zurückgehen, steigen die Basisuntersuchungen ständig an.

### Ausblick

Da die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen steigend ist, sind keine unmittelbaren Maßnahmen geplant.

*Tabelle 7.12: Entwicklung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen 1990 - 1995*

Jahr	Anzahl Basisuntersuchungen	Änderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl gynäkol. 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 %

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ÖBIG-eigene Berechnungen

Grundsätzliche Überlegungen zur Verbesserung von Screeningmaßnahmen im allgemeinen und der Vorsorgeuntersuchung im speziellen gehen dahin, klare „Fahndungsziele“ zu definieren und auf regionale Risikofaktoren abzustellen (Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen 1996). Daneben sind auch die Zielgruppen klar zu definieren, wobei auf demographische Variablen wie Alter, Geschlecht, Beruf und ähnliches zu achten ist. Wichtiges Augenmerk ist darüber hinaus der Qualitätssicherung zu schenken. Weiteres Ziel sollte die Förderung eines erleichterten Zugangs zur Vorsorgeuntersuchung sein, so z. B. die Durchführung der Untersuchung im Rahmen von Gesundheitsvorsorgeaktionen und Gesundheitsförderungsprojekten in Betrieben, was zum Teil auch jetzt schon betrieben wird.

## Rauchen

### Problemstellung

Gemäß einer Schätzung der WHO sind 90 Prozent aller Lungenerkrankungen tabak-induziert, bei einer Reihe anderer Erkrankungen sind die kanzerogenen Bestandteile des Tabakrauchens und des Nikotins zumindest als Kofaktoren beteiligt. Laut Mikrozensuserhebung 1986 durch das Österreichische Statistische Zentralamt rauchen 30 Prozent der Österreicher (40 Prozent der Männer und 21 Prozent der Frauen). Dar-

über hinaus ist davon auszugehen, daß de facto jeder Bürger in Form des „Passivrauchens“ von den gesundheitsschädigenden Wirkungen des Tabakkonsums betroffen ist.

### Ziele

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

### Maßnahmen

Im Berichtszeitraum wurden Maßnahmen gesetzlicher sowie präventiver Natur gesetzt.

- Tabakgesetz

Durch das am 1. Juli 1995 in Kraft getretene Tabakgesetz, BGBl. Nr. 431/1995, soll der Schutz vor tabakassoziierten Schäden in einem dreifachen Ansatz verwirklicht werden:

Entsprechend dem großen Gefährdungspotential des Tabakkonsums soll der Raucher vor vermeidbaren unverhältnismäßigen Schäden geschützt werden. Diesem Ansatz dienen vor allem Regelungen über Qualitätssicherung, die Schadstofflimitierung und die Etikettierung.

Zur Primärprävention setzt sich das Tabakgesetz vor allem mit der Werbung als wesentlicher Ursache für die Attraktivität des Rauchens und der Gefahr der Vorbildwirkung des Rauchens auseinander. Durch explizite, umfassende Werbebeschränkungen, aber auch spezifische Rauchverbote, wie z.B. im schulischen Bereich, soll der Gefahr des Rauchens über Nachahmung entgegengetreten werden.

Im Bereich Nichtrauchererschutz werden zum Schutz vor Passivrauchexposition Rauchverbote für bestimmte Räumlichkeiten sowie für den allgemein zugänglichen Bereich bestimmter Einrichtungen ausgesprochen und die Einrichtung von Nichtraucherzonen in ortsfesten Einrichtungen des öffentlichen und privaten Verkehrs vorgesehen.

- Aktion „Miteinander ohne Rauch“

Neben der Fortführung der Bemühungen zur Verhinderung des Rauchbeginns und Maßnahmen in bezug auf das Rauchverhalten widmete sich das Gesundheitsressort verstärkt dem Problemkreis „Passivrauchen“.

1993 wurde die Broschüre „Miteinander ohne Rauch - Erste Hilfe für Raucher/ Erste Hilfe für Nichtraucher“ herausgegeben und wegen des regen Interesses im

## Versorgungsbereiche

Jahr 1995 neu aufgelegt. Intention der Broschüre ist es, zum einen durch gezielte Informationen einen Beitrag zur Bewußtseinsbildung über die Gefahren des Rauchens sowie des Mitrauchens zu leisten. Zum anderen sollen durch die Gegenüberstellung von Argumenten beim Raucher das Verantwortungsbewußtsein für sich und die „mitrauchende“ Umgebung gestärkt, Nichtraucher zur „Gegenwehr“ ermutigt werden. Schließlich wird mittels Auflistung der Raucherberatungsstellen Österreichs auf Möglichkeiten zur Hilfestellung für entwöhnungswillige Raucher hingewiesen.

### Ausblick

Das Österreichische Statistische Zentralamt wird 1997 eine neuerliche Mikrozensuserhebung über das Rauchverhalten in Österreich durchführen.

Wichtige Impulse für künftige Maßnahmen präventiver sowie politisch-rechtlicher Natur können von einer im Rahmen des EU-Programms Biomed II durchgeführten Studie „Die Rolle der nationalen Politik zur Kontrolle des Rauchens bei Jugendlichen und der Einfluß der Schule und des Elternhauses“ erwartet werden.

Im Rahmen des EU-Programms „Europa gegen den Krebs“ ist in Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Unterrichtsressort eine Beteiligung am deutsch-dänischen Projekt „Fit fürs Leben - Persönlichkeitsförderung an Schulen: Prävention des Rauchens“ geplant.

Schließlich soll in Kürze mit finanzieller Unterstützung der Austria Tabak Werke eine Anti-Rauch-Kampagne durchgeführt werden.

## Alkohol

### Problemstellung

Die aus dem Alkoholkonsum resultierenden gesundheitsgefährdenden Wirkungen äußern sich zum einen direkt in Erkrankungen (etwa 90 Prozent der Leberzirrhosen sind alkoholbedingt) bzw. in der Förderung der Entstehung von Krankheiten (z.B. durch Gewichtszunahme, Erhöhung des Cholesterinspiegels, etc.), zum anderen indirekt in erhöhtem Unfall- und Selbstmordrisiko. Dennoch ist in Österreich Alkohol traditionell eine kulturell allgemein akzeptierte Droge. Dementsprechend wird Alkohol von mehr als drei Viertel der Österreicher regelmäßig konsumiert.

Der 1996 erschienenen österreichischen „Trinksittenstudie“ zufolge sind rund fünf Prozent der Österreicher (8 % der Männer und 2 % der Frauen) als alkoholkrank zu bezeichnen, bei weiteren 13,3 Prozent (20,7 % der Männer und 6,5 % der Frauen) ist von problematischem Alkoholkonsum (Alkoholmißbrauch, Alkoholkonsum über der „Gefährdungsgrenze“) zu sprechen.

Was das Problembewußtsein der Österreicher betrifft, so wurde in der Studie eine deutliche Unterschätzung der Risiken sowie deren weitgehende Eingrenzung auf spezielle Bereiche wie „Alkohol am Steuer“ oder „Alkohol am Arbeitsplatz“ festgestellt. Zudem besteht eine deutliche Bereitschaft zur systematischen Bagatellisierung des tatsächlichen Alkoholkonsums. Die Einschätzung der Bevölkerung, bis zu welchem Ausmaß der Konsum von Wein und Bier als harmlos anzusehen ist („Harmlosigkeitsgrenze“), überschreitet die entsprechenden WHO-Empfehlungen beträchtlich.

### Ziele

Zentrales Anliegen ist die Förderung eines kritischen Bewußtseins gegenüber den Annehmlichkeiten und Risiken des Alkoholgebrauches. Früherkennung und Früherfassung alkoholismusgefährdeter und -abhängiger Personen sind weitere wichtige Ziele. Generell ist eine Reduktion des Alkoholkonsums anzustreben.

Die Maßnahmen auf nationaler Ebene werden in Übereinstimmung mit entsprechenden Zielvorgaben auf europäischer Ebene (z. B. Aktionsplan Alkohol, Europäische Charta Alkohol) gesetzt. Der 1992 von der WHO formulierte Europäische Aktionsplan Alkohol sieht unter anderem eine 25prozentige Senkung des Alkoholkonsums in den Staaten Europas bis zum Jahr 2000 vor. Die 1995 verabschiedete europäische Charta Alkohol nennt zur Unterstützung des Aktionsplans ethische Prinzipien und zeigt spezifische Strategien auf.

### Maßnahmen

Im Sinne der Förderung des Problembewußtseins der Bevölkerung gegenüber Alkohol wurden 1994 zwei Informationsbroschüren zum „normalen Alkoholkonsum“ herausgegeben. Die Ärztebroschüre soll als Anleitungshilfe bei jenen Patienten dienen, die keine offensichtlichen Alkoholprobleme haben, deren Beschwerden oder Krankheitsbilder jedoch eine Abklärung ihres Trinkverhaltens nahelegen und die gegebenenfalls entsprechender Beratung und Beeinflussung bedürfen. Der entsprechende Informationsfolder für Patienten soll diese Beratung unterstützen.

Die bereits weiter oben unter dem Kurztitel „Trinksittenstudie“ erwähnte Studie „Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster (Repräsentativerhebung 1993/94)“ wurde vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtgiftforschung im Auftrag des Gesundheitsressorts durchgeführt und im September 1996 der Öffentlichkeit vorgestellt. Diese an alle interessierten Stellen verteilte Arbeit zeigt die österreichischen Spezifika des Alkoholkonsums auf und kann somit als Basisinformation und Entscheidungshilfe für künftige präventive und gesetzliche Maßnahmen herangezogen werden.

### Ausblick

Vom Gesundheitsressort wurde ein neues Printmedium entwickelt. Dieses sog-



## Versorgungsbereiche

nannte „Alkoholhandbuch“ befindet sich derzeit in der Endphase der Erstellung. Anspruch dieses Handbuches ist es, als Nachschlagewerk über alle in Österreich verfügbaren alkoholrelevanten Daten zu fungieren. Das Werk wird Forschungsergebnisse, offizielle Statistiken, Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen übersichtlich zur Darstellung bringen. Dieses neue Printmedium wird eine wichtige Hilfestellung für Personen leisten, die mit Öffentlichkeitsarbeit, Prävention und Therapie im Alkoholbereich betraut sind.

Die erstmals 1982 und zuletzt 1991 nachgedruckte umfassende Hintergrundbrochure „Droge Alkohol“, die sich an Alkoholranke und deren Kontaktpersonen richtet, wird nach Überarbeitung und Aktualisierung in Kürze neu herausgegeben.

## Drogen

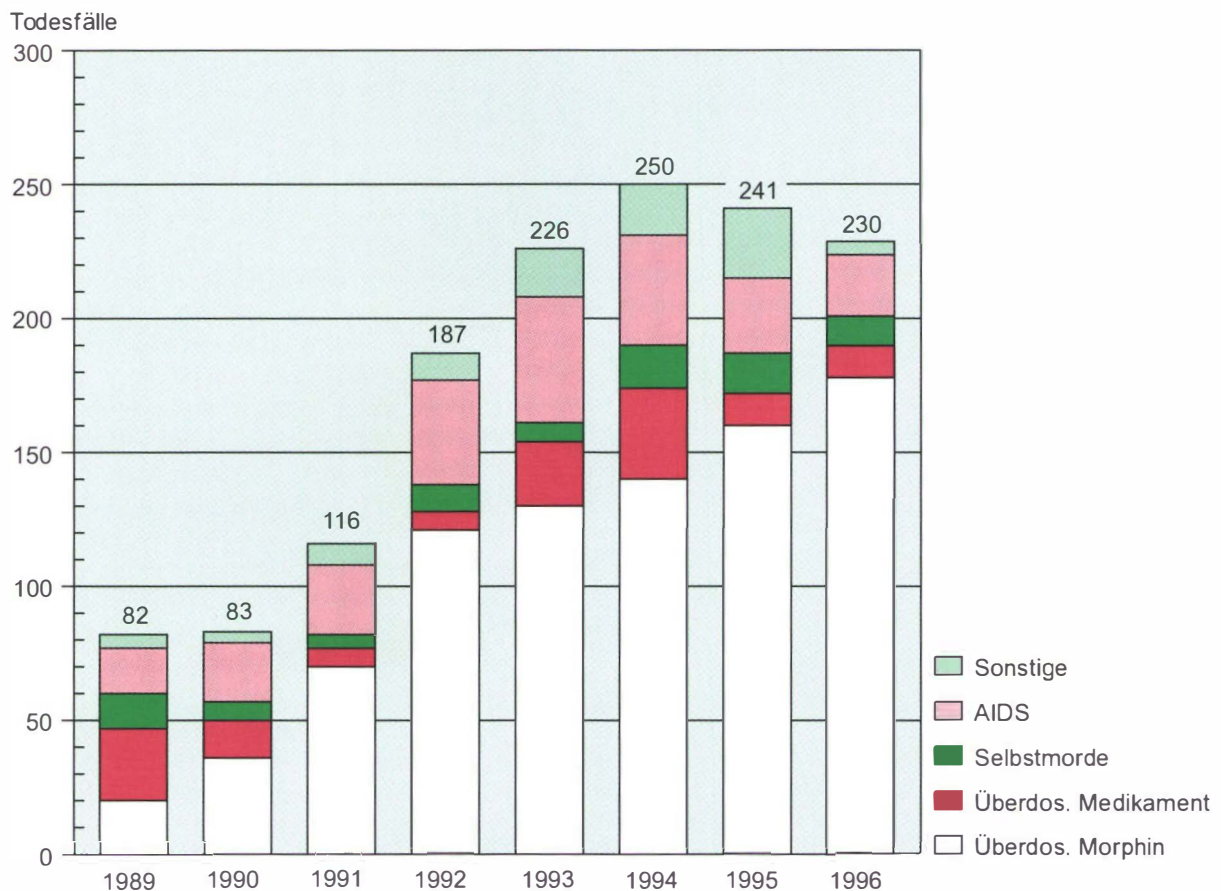
### Problemstellung

Ausgehend von den in Österreich vorliegenden wissenschaftlichen Arbeiten und Expertenanalysen läßt sich die gesundheitspolitische Problemstellung zum Bereich Drogen für die letzten Jahren folgendermaßen zusammenfassen:

- Verschiedenste Studien zu den Konsumerfahrungen bezüglich illegaler Drogen in Österreich zeigen, daß 10 bis 20 Prozent der österreichischen Bevölkerung im Verlauf ihres Lebens - meist im jugendlichen Alter - Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Suchtmittel gemacht haben. Diese Konsumerfahrungen beschränken sich in den meisten Fällen auf „weiche“ Drogen (Cannabis) und auf wenige Gelegenheiten. Erfahrungen mit „harten“ Drogen (v. a. Heroin, Kokain, LSD) werden von maximal ein bis drei Prozent der Befragten angegeben.
- Regelmäßiger Drogenkonsum über längere Zeit und Drogenabhängigkeit ist bei vergleichsweise wenigen Personen gegeben. Die Zahl der Opiatabhängigen wird für Österreich auf 10.000 bis 15.000 Personen geschätzt.
- Ausgehend von den über das letzte Jahrzehnt vorliegenden Daten zur Entwicklung der Konsumerfahrungen und zur Zahl der Drogenabhängigen ist die Situation bezüglich des Konsums von Drogen als stabil zu bezeichnen (vgl. ÖBIG 1996).
- Veränderungen gab es aber zu Beginn der 90er Jahre bezüglich der vorrangigen Konsummuster, die im Zusammenhang mit Veränderungen des Drogenangebots in Folge der Ostöffnung stehen. Anfang der 90er Jahre kam über die Ostgrenzen mehr, billigeres und konzentrierteres Heroin auf den österreichischen Drogenmarkt. Im Rahmen der weiterhin vorherrschenden Polytoxikomanie (Mißbrauch mehrerer Substanzen) der Drogenabhängigen wurde Heroin als Leitdroge immer bedeutsamer, damit im Zusammenhang stieg auch der intravenöse Konsum. Diese Entwicklung hin zu riskanterem Drogengebrauch schlug sich in einem Anstieg sowohl der Überdosierungen als auch der Todesfälle (vgl. Abbildung 7.8) nieder.
- Nach einem stetigen Anstieg der Zahl der Drogenopfer in den Jahren 1991 bis 1994 konnte 1995 erstmals ein geringfügiger Rückgang von 250 auf 241 Todesfälle verzeichnet werden. Die Statistik für das Jahr 1996 zeigt eine weitere Ab-

nahme um etwa fünf Prozent im Vergleich zum Vorjahr auf 230 Fälle und bestätigt damit den Rückwärtstrend (vgl. Abbildung 7.8). Noch deutlicher fällt der Rückgang der AIDS-Erkrankungen in bezug auf die Risikosituation „intravenöser Drogenkonsum“ aus. Nach dem Höhepunkt von 58 Neuerkrankungen im Jahr 1993 sank die Zahl der Fälle kontinuierlich auf 21 Neuerkrankungen im Jahr 1996 (vgl. Abbildung 7.9).

Abbildung 7.8: Anzahl der „Drogenopfer“ in Österreich nach Todesursache 1989 - 1996



Quelle: BMGK, Abt. II/B/12

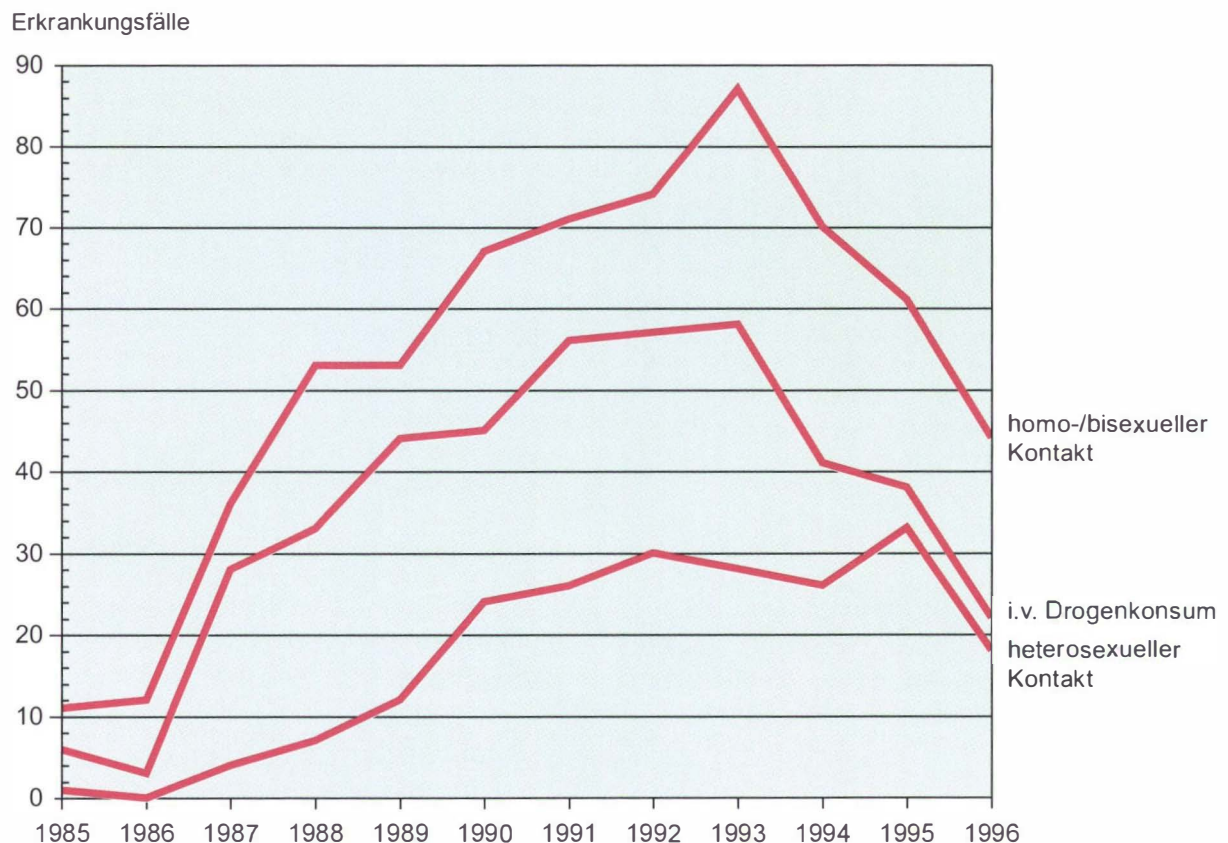
- Einen weiteren wichtigen Trend stellte in den letzten Jahren auch der Konsum von Designerdrogen - insbesondere von Extasy - dar. Diese Substanzen werden in erster Linie von sonst in bezug auf Drogen unauffälligen Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Freizeitdroge konsumiert. Damit tritt eine neue Zielgruppe ins Blickfeld drogenpolitischer Maßnahmen.

## Versorgungsbereiche

### Gesundheitspolitische Zielsetzung

Der Schwerpunkt der gesundheitspolitischen Zielsetzungen im Drogenbereich liegt auf der Primärprävention, das heißt auf der Verhinderung des Konsums von Drogen und der Entstehung von Drogenabhängigkeit. Dem Ziel der Drogenabstinenz verpflichtet sind auch die Maßnahmen im Bereich der Therapie, die auf Drogenfreiheit und Rehabilitation von ehemals Drogenabhängigen ausgerichtet sind. Auf Grund der zu beobachtenden Verschärfung der gesundheitlichen Folgen von Drogenabhängigkeit, die sich unter anderem auch in der AIDS-Statistik zeigten, wurde in den letzten Jahren zunehmend die Notwendigkeit von ergänzenden Maßnahmen zur Vermeidung und Verringerung der den Drogenkonsum begleitenden Probleme und Gefahren erkannt. In diesem Zusammenhang wurde 1987 per Erlaß eine offizielle Regelung für die Substitutionsbehandlung („Methadon-Erlaß“) geschaffen, die in festgelegten Fällen (wie z. B. Schwangerschaft, HIV-Infektion, Therapieresistenz) eine Alternative zur Abstinenztherapie ermöglicht (vgl. auch Abbildung 7.10).

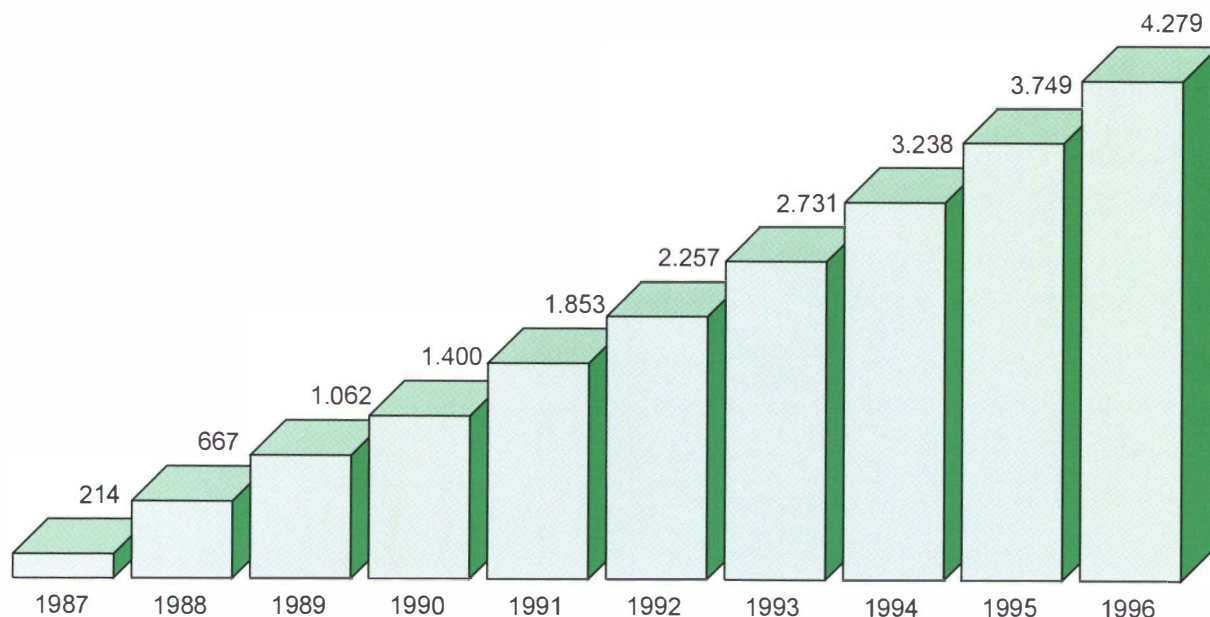
Abbildung 7.9: Entwicklung der AIDS-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation 1985 - 1996



Quelle: BMGK, Abt. II/D/2

Die Veränderungen der Drogenproblematik in Österreich auf Grund der politischen Veränderungen in den Nachbarländern zeigte, daß grenzüberschreitende Zusammenarbeit zunehmende Bedeutung zukommt. Die Gesundheitspolitik versucht daher, dem Drogenproblem sowohl in Kooperation auf europäischer Ebene (vor allem in der Europäischen Union) als auch auf internationaler Ebene zu begegnen.

Abbildung 7.10: Kumulative Entwicklung der im Rahmen des Substitutions-Programms behandelten Personen in Österreich 1987 - 1996



Quelle: BMGK/SÜST

### Aktivitäten des Gesundheitsressorts im Berichtszeitraum

#### *Suchtmittelgesetz:*

Das in Zusammenarbeit mit dem Justizressort erarbeitete Suchtmittelgesetz (SMG) wurde am 16. April 1997 im Nationalrat beschlossen und tritt am 1.1.1998 in Kraft. Das SMG wird das derzeit gültige Suchtgiftgesetz (SGG) ersetzen. Wichtigste gesundheitspolitische Schwerpunkte des SMG sind neben der Einbeziehung der psychotropen Stoffe und der Vorläuferstoffe in das Regelungsregime u. a. der weitere Ausbau des bereits im SGG verankerten Modells „Therapie statt Strafe“, eine verbesserte rechtliche Verankerung der Schmerztherapie sowie der Entzugs- und Substitutionsbehandlung von Suchtkranken, der Ausbau gesundheitsbezogener Maßnahmen, die Schaffung erleichterter Bedingungen für die vorläufige Zurücklegung der Anzeigen im Zusammenhang mit „Neugierkonsumenten“ („Erstkonsumenten“) von Cannabis, etc. Das SMG stellt die Grundlage zum österreichischen Beitritt zu

## Versorgungsbereiche

den einschlägigen UNO-Konventionen - Psychotropenkonvention 1971 und Konvention von 1988 - dar.

### *Prävention, Behandlung und Rehabilitation:*

In Verfolgung der Zielsetzung der Primärprävention des Drogengebrauchs bzw. der Drogenabhängigkeit kooperiert das Gesundheitsressort mit den weiteren einschlägig befaßten Bundesministerien, v. a. dem Unterrichtsressort. Darüber hinaus wurde seitens des Gesundheitsressorts im Berichtszeitraum eine an verschiedenste Zielgruppen gerichtete Broschürenreihe „Zum Thema Sucht“ erarbeitet und herausgegeben. Die Broschüren „Infos/Adressen“, „Eltern/Angehörige“ und „Jugendliche“ sind bereits erschienen und weit verbreitet, die Veröffentlichung der vorläufig letzten Broschüre der Reihe („Jugendbetreuer“) ist noch für 1997 geplant. Im Zusammenhang mit den Broschüren wurde auch das Computerspiel „The Clean Team“ entwickelt.

Weiters wurde im Berichtszeitraum eine Studie zu Drogen, Medien und Öffentlichkeit in Auftrag gegeben. Die Publikation einer Kurzfassung der Ergebnisse ist geplant.

Mit Subventionen an anerkannte Drogeneinrichtungen in der Höhe von 20 bis 25 Millionen Schilling jährlich trug das Gesundheitsressort zu dem - in den Verantwortungsbereich der Länder fallenden - Ausbau der Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen für Drogenabhängige bei. Verbessertes Angebot an Drogeneinrichtungen, Ergänzung der abstinenzorientierten Behandlung durch Substitutionsbehandlung sowie spezifische Angebote seitens der Länder (wie z. B. Nadeltauschprogramme) dürften für die jüngsten Entwicklungen betreffend der Zahl der Drogenopfer und AIDS-Erkrankungen der Drogenabhängigen verantwortlich zeichnen.

### *Monitoring:*

Seit 1989 wird vom Gesundheitsressort die Auswertung und Analyse der drogeninduzierten Todesfälle auf Basis der vom Innenressort sowie der gerichtsmedizinischen Institute zur Verfügung gestellten Daten vorgenommen. Die Erfassung der Drogenopfer wird laufend den neuen Entwicklungen im Drogenbereich angepaßt, so zuletzt im Jahr 1996 in bezug auf eine detaillierte Berücksichtigung von Mischintoxikationen.

Das Register der Suchtgiftüberwachungsstelle (SÜST) erfaßt zentral Daten über alle im Zusammenhang mit dem Suchtgiftgesetz auffällig gewordene Personen und gibt diese auf Anfrage an gesetzliche definierte Institutionen (vor allem Justizbehörden und Sicherheitsbehörden) weiter.

Die SÜST verwaltet darüber hinaus das zentrale Monitoring-System hinsichtlich der Substitutionsbehandlung. Die Erfassung aller entsprechenden Behandlungen soll eine Kontrolle der Einhaltung der per Erlaß geregelten Bestimmungen ermöglichen

und Mißbrauch entgegenwirken. Sie dient zugleich als Grundlage zur Beobachtung der Entwicklung der Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 7.10).

#### *Europäische und internationale Zusammenarbeit:*

Eine Reihe von Maßnahmen und Aktivitäten im Drogenbereich wurden seitens des Gesundheitsressorts im Zusammenhang mit dem Beitritt zur Europäischen Union gesetzt. Dazu zählen die Wahrnehmung der österreichischen Vertretung in einschlägigen Arbeitsgruppen und Programmausschüssen der Europäischen Union wie z. B. dem Aktionsprogramm zur Suchtprävention.

1993 wurde von den Europäischen Gemeinschaften auf Basis einer Ratsverordnung die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon geschaffen. Das Gesundheitsressort stellt das österreichische Mitglied des Verwaltungsrates der EBDD. Mit der Erfüllung der Funktion des österreichischen Focal Point im REITOX-Netz (Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht) der EBDD wurde im Jahr 1995 das ÖBIG beauftragt. Der REITOX Focal Point Österreich fungiert als zentraler Knotenpunkt für alle in Österreich verfügbaren drogenrelevanten Daten sowie für den Austausch mit der EBDD und den Focal Points in den anderen EU-Mitgliedstaaten. Aufgabe der EBDD mit den nationalen Focal Points ist es, durch Bereitstellung von übersichtlichen und europaweit vergleichbaren Daten die nationalen und europäischen Akteure bei der Erfüllung ihrer jeweiligen Tätigkeit zu unterstützen und insbesondere eine Datenbasis für politische Entscheidungen zu liefern. Zu den wesentlichen Aufgaben des REITOX Focal Point zählt die Erstellung eines jährlichen Berichts zur Drogensituation in Österreich, der 1996 das erste Mal vorgelegt wurde.

Auf internationaler Ebene kooperiert das Gesundheitsressort darüber hinaus auch mit dem in Wien ansässigen Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP) sowie der Pompidou-Gruppe des Europarats und entsendet Teilnehmer zu den regelmäßig stattfindenden Tagungen und Seminaren. Im Rahmen des Pompidou-Gruppen-Schwerpunkts „Schwangerschaft und Drogenmißbrauch“ wurde erstmals auch die Leitung eines Seminars von einer österreichischen Vertreterin übernommen.

#### Künftige Maßnahmen

Die drogenpolitischen Maßnahmen werden entsprechend den gesundheitspolitischen Zielsetzungen fortgesetzt. Wichtiger Schwerpunkt der nächsten Jahre wird die Umsetzung des neuen Suchtmittelgesetzes sein, das einen weiteren Ausbau des Modells „Therapie statt Strafe“ vorsieht. Für die Behandlung pharmazeutisch-rechtlicher Probleme in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz - vordringlich die mit dem Suchtmittelgesetz zu erlassenden Verordnungen - wurde bereits ein aus Vertretern der Zentralstellen und Länder sowie Interessensvertretern zusammengesetzter „Ausschuß für Suchtmittel“ eingesetzt.

## Versorgungsbereiche

Aktivitäten im Bereich Prävention - u. a. auch im Zusammenhang mit dem Aktionsprogramm zur Suchtprävention der EU - sollen weiter forciert werden. Diesbezüglich ist das Gesundheitsressort um eine verstärkte Kooperation zwischen allen öffentlichen Ebenen (Ministerien, Länder, Städte, Gemeinden) und auf privatrechtlicher Basis agierenden Akteuren (z. B. ARGE Suchtprävention) bemüht und versucht, dementsprechende Kommunikationsstrukturen zu etablieren. Der kontinuierliche Informations- und Meinungsaustausch zwischen Bund und Ländern in den Bereichen Suchtprävention und Drogenpolitik erfolgt im Rahmen der kürzlich eingerichteten „Kommunikationsplattform zum Thema Sucht“.

Ausgehend von einer derzeit durchgeführten Evaluation des 1992 allen 8. Schulstufen bereitgestellten „Drogenkoffers“ soll ein neues Medienpaket zum Thema „Drogen“ für den Einsatz im schulischen und außerschulischen Jugendbereich erstellt werden. Besonderes Augenmerk wird darüber hinaus auf die Ausbildung von Multiplikatoren gelegt.

Sowohl im Zusammenhang mit dem SMG als auch mit dem österreichischen Engagement im Rahmen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht gibt es auch Überlegungen zur Reform und Erweiterung des bestehenden Monitoringwesens. Die Suchtgiftüberwachungsstelle soll an die erweiterten und modifizierten Anforderungen des SMG adaptiert werden. Entsprechend den Vorhaben des SMG wird eine umfassende, österreichweite Dokumentation über die Behandlungs- und Betreuungseinrichtung im Drogenbereich erstellt.

### 7.6.2.2 Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist dann am wirksamsten, wenn sie im unmittelbaren Umfeld der Menschen ansetzt und auf die komplexen sozialen Gegebenheiten dieses Umfelds abgestimmt ist. Aufgrund solcher Erfahrungen hat die WHO seit 1986 das Konzept der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung („Setting-Ansatz“) entwickelt, es wurde seither in den Mitgliedsstaaten erprobt und umgesetzt.

Die Maßnahmen des Gesundheitsressorts zur „gesundheitsfördernden Lebenswelt“ konzentrierten sich bisher auf maßgebliche soziale Systeme: Stadt, Betrieb, Krankenhaus und Schule. In allen vier Bereichen entstanden auf Initiative des Ressorts nicht nur exemplarische Modellprojekte, sondern auch Kooperationsstrukturen, die sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene engagierte Akteure und Akteurinnen der Gesundheitsförderung miteinander verbinden.

### Gesundheitsförderung im städtischen Bereich - Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“

#### Problemstellung

Gesundheitsförderung umfaßt nicht ausschließlich spezifische Risikogruppen, sondern die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen. Die

enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozial-ökologischen Weg zur Gesundheit. Mit der Gründung der Initiative „Gesunde Städte“, die in Form von Netzwerken auf internationaler und nationaler Ebene durchgeführt wird, hat die WHO diesem umfassenden Konzept der Gesundheitsförderung Rechnung getragen.

In Österreich wurde das Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“ am 16. September 1992 im Rahmen des 42. Österreichischen Städtetages in Graz gegründet und als Ausschuß des Österreichischen Städtebundes eingerichtet.

### Ziele

Ziele des Netzwerks sind:

- Herstellen einer bundesweiten Zusammenarbeit zur Gestaltung eines gesünderen Lebens in österreichischen Städten
- Entwickeln neuer Wege in der Gesundheitsförderung
- Austausch von Erfahrungen und Informationen
- Knüpfen von Kontakten zur WHO und zum internationalen „Gesunde Städte“-Netzwerk
- Organisation von gemeinsamen Veranstaltungen und Seminaren

### Maßnahmen

Mittlerweile gibt es 24 Mitgliedstädte, nämlich Bregenz, Eisenstadt, Enns, Gmunden, Graz, Innsbruck, Kapfenberg, Kirchdorf a. d. Krems, Klagenfurt, Korneuburg, Krems, Leoben, Linz, Mödling, Salzburg, Schwechat, St. Pölten, Traiskirchen, Tulln, Villach, Wels, Wien, Wr. Neustadt und Wörgl. Die Städte müssen folgende Voraussetzungen erfüllen, wenn sie dem Netzwerk beitreten:

- Die Stadt befürwortet die „Gesunde Städte“-Konzeption durch einen entsprechenden Gemeinderatsbeschluß.
- Eine ressortübergreifende gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist anzustreben.
- Weitere gesellschaftliche Institutionen sowie Initiativen und Selbsthilfegruppen sind in diesen Prozeß einzubinden.
- Bürgerinnen und Bürger sollen sich verstärkt an der Gestaltung ihrer Lebens- und Umweltbedingungen beteiligen können.
- Verständliche und umfassende Informationen sollen diesen Prozeß begleiten. Eine enge Zusammenarbeit mit den Medien ist anzustreben.
- In gemeinsamen Treffen mit den Vertreterinnen und Vertretern anderer „Gesunder Städte“ soll der gemeinsame Informations- und Erfahrungsaustausch gepflegt und gemeinsame Aktivitäten gesetzt werden.
- Die Arbeit des Netzwerkes soll aktiv unterstützt werden.



## **Versorgungsbereiche**

Im März 1996 wurde der formale Rahmen des Netzwerkes mit dem Verein „Gesunde Städte Österreichs - Verein zur Förderung des Gesundheitsbewußtseins in österreichischen Städten“ geschaffen.

Der ständige Informations- und Erfahrungsaustausch mit dem Regionalbüro der WHO in Kopenhagen und anderen europäischen Netzwerken ist ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit des Netzwerkes. So wurden mit den Netzwerken der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Slowenien anlässlich des Weltgesundheitstages der WHO in Wien im April 1996 Kooperationsvereinbarungen geschlossen.

### Ausblick

Im nächsten Jahr wird das Netzwerk schwerpunktmäßig die Themen „Frauen und Gesundheitsförderung“, „Kommunale Drogenpolitik“ und „Gesundheitsförderung und EU-Kooperationen“ behandeln.

## **Gesundheitsförderung im Betrieb**

### Problemstellung und Ziel

Die Arbeitsbedingungen sind häufig durch unterschiedliche Belastungsformen gekennzeichnet, die sich unmittelbar auf die Gesundheit auswirken. Diese reichen von physischen Belastungen (z.B. schwere körperliche Arbeit, einseitige Körperhaltung) über schädigende Arbeitsumwelteinflüsse (Lärm, Hitze, Kälte, Schadstoffe) bis hin zu psychischen und sozialen Belastungen (Nacht- und Schichtarbeit, Akkord, Arbeitsplatzunsicherheit, Streßbelastungen). Treten diese Belastungsformen im Laufe eines Arbeitslebens gehäuft bzw. kontinuierlich auf, so werden sie mit hoher Wahrscheinlichkeit starke gesundheitliche Beeinträchtigungen, chronische Schädigungen oder sogar Invalidität oder dauernde Erwerbsunfähigkeit nach sich ziehen.

Der Arbeitnehmerschutz in Österreich liegt zwar primär in der Kompetenz des Sozialressorts bzw. bei den Sozialversicherungsträgern, mit dem neuen ArbeitnehmerInnenschutzgesetz wurde aber die Verantwortung der Arbeitgeber bzw. des einzelnen Betriebes stärker in den Vordergrund gerückt.

Zur Unterstützung der Arbeitgeber bzw. der Betriebe bei der Initiierung und Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb wurden vom Gesundheitsressorts gemeinsam mit Trägern der Krankenkassen bzw. mit Sozialversicherungsträgern die nachstehend beschriebenen Maßnahmen durchgeführt.

### Maßnahmen

- Österreichische Kontaktstelle des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung

Die Aufgabe des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung besteht darin, alle in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft zu dem betreffenden Thema zur Verfügung stehenden Informationen wie neueste Forschungsergebnisse, Konzepte und bereits durchgeführte Projekte zu sammeln und allen Interessierten zugänglich zu machen.

Getragen wird das europaweite Netzwerk von den nationalen Kontaktstellen der Mitgliedsländer. Über Initiative des Gesundheitsressorts wurde als Teil des Europäischen Netzwerkes mit Förderung durch die EU im Herbst 1996 eine Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung eingerichtet. Träger der Kontaktstelle ist die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, die über eine langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung verfügt. Diese Institution initiiert, organisiert und unterstützt seit langem komplexe Gesundheitsförderungsprogramme und hat sich bereits einen hohen Bekanntheitsgrad erworben.

Aufgaben der Kontaktstelle sind:

- Bestandsaufnahme aller wichtigen Aktivitäten auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung und darauf basierend die Erstellung eines nationalen Statusberichtes
  - Organisation des Austausches von Informationen und Erfahrungen auf nationaler Ebene
  - Organisation und Durchführung eines nationalen Informationstages
  - Rekrutierung von Netzwerkpartnern auf nationaler Ebene und Unterstützung bei der Gründung von Projektgruppen
  - Übermittlung von Informationen an die Europäische Kommission über das bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz eingerichtete Netzwerksekretariat
  - Öffentlichkeitsarbeit für das betriebliche Gesundheitsförderungsprogramm auf nationaler Ebene
  - Evaluierung der durchgeführten betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramme
- Modellprojekt „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“

Im Landesverlag Linz wurde von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse das Modellprojekt „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“ durchgeführt, an dessen Kosten sich das Gesundheitsressort sowie der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beteiligten. Gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz, die in weiterer Folge zu Gesundheitsschäden führen können, wurden gemeinsam mit der betroffenen Belegschaft analysiert und Verbesserungen mit innovativen Methoden wie z.B. Gesundheitszirkeln erarbeitet.

## Versorgungsbereiche

Der Projektansatz leitet sich aus dem Gesundheitsförderungskonzept der Gebietskrankenkasse ab, die im Jahr 1992 mehrere oberösterreichische Betriebe eingeladen hat, sich an einem Modellprojekt betrieblicher Gesundheitsförderung zu beteiligen. Das Angebot enthielt die Zusage, daß die Kasse einen großen Teil der Beratungskosten übernehmen und andere Ressourcen zur Verfügung stellen wird. Im Gegenzug mußte sich der Betrieb verpflichten, ein eigenes Budget für Gesundheitsförderungsmaßnahmen bereitzustellen, vor allem aber im Rahmen dieses Projektes mit der Kasse zusammenzuarbeiten und dafür Geld, Arbeitsmaterialien und in beträchtlichem Umfang Arbeitszeit sowohl seiner leitenden MitarbeiterInnen als auch der anderen Beschäftigten einzubringen. Darüber hinaus waren folgende Anforderungen an die Betriebe formuliert worden:

- Größe: Mittelbetrieb
- Art des Betriebes: Produktionsbetrieb
- sowohl auf Seiten des Managements als auch auf Seiten des Betriebsrates Offenheit für Gesundheitsfragen im Betrieb und vorangegangene Aktivitäten in Richtung auf Gesundheitsförderung

Im Verlauf der beiden Folgejahre wurde das Vorhaben konkretisiert und das Gesundheitsressort sowie der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger als Kooperationspartner gewonnen.

Das eigentliche Gesundheitsförderungsprogramm im Unternehmen selbst begann mit dem Vertragsabschluß zwischen Gebietskrankenkasse und der Landesverlagsgruppe Linz im Juni 1993. Das formale Projektende war mit Frühjahr 1995 festgelegt, zu diesem Zeitpunkt wurde die von der Krankenkasse gestellte Projektbegleitung zurückgezogen und der Abschlußbericht formuliert. Gleichzeitig wurden Vorkehrungen getroffen, damit die brauchbaren Erfahrungen und Ergebnisse in den Betriebsalltag übertragen werden konnten.

Die genaue Beschreibung dieses Modellprojektes ist in Kapitel 5 des vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz herausgegebenen Forschungsberichtes „Arbeit gestalten - Gesundheit fördern“ als Falldarstellung enthalten.

Anzumerken ist, daß mit Jänner 1996 in zwei weiteren Betrieben Projekte gleicher Intention gestartet wurden. Darüber hinaus wird der Transfer dieses erfolgreichen Modellprojektes vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durch die Herausgabe eines Handbuches gefördert.

- Projekt „Lenzesa“ - Ernährung im Betrieb

Nach Erstellung von zwei Vorstudien (Ernährungswissenschaftliche Expertise zur Betriebsverpflegung in Österreich, Gesundheitsförderung im Betrieb - Gemeinschaftsverpflegung) im Auftrag des Gesundheitsressorts wird in der Lenzing AG

ein Pilotprojekt zur Verbesserung der Gemeinschaftsverpflegung durchgeführt. Das Projekt wird vom Institut ppm Beratungsteam wissenschaftlich begleitet, Träger sind neben dem Gesundheitsressorts die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und die Lenzing AG.

Ziel des Projektes ist es, das Ernährungsverhalten der Nutzer positiv zu beeinflussen, um so durch eine schrittweise Abstimmung zwischen organisatorischen Möglichkeiten der Betriebsküche und der Akzeptanz von „gesunden Angeboten“ durch die Kunden eine nachhaltige Entwicklung zur gesunden Ernährung zu erreichen.

Anschließend sollen die Ergebnisse für interessierte Betriebe aufbereitet werden.

## **Gesundheitsförderung im Krankenhaus - Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (ÖNGK)**

### Problemstellung

Das Netzwerk „Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ geht auf eine Initiative des Regionalbüros für Europa der WHO und der Stadt Wien zurück. Es wurde 1989 als Modellprojekt in Wien begonnen und seit 1990 mit Unterstützung des Gesundheitsressorts als international anerkanntes Netzwerk etabliert. Im Rahmen einer speziellen Kooperationsvereinbarung wurde dem Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS) von der WHO die Funktion des internationalen Koordinationszentrums übertragen.

Anfang 1995 entschied sich die WHO in Übereinstimmung mit dem Koordinationszentrum und den Netzwerkmitgliedern für eine weitere Verbreitung des erfolgreichen Konzepts „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ durch die Entwicklung nationaler und regionaler Netzwerke. Daraufhin beauftragte das Gesundheitsressort im Herbst 1995 das LBIMGS mit dem Aufbau und der Weiterentwicklung eines „Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“.

In einer Zeit, in der durch die Gesundheitsreform neue Herausforderungen an die Leistungsfähigkeit und die Effizienz der österreichischen Krankenhäuser gestellt werden, gewinnen Fragen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung ebenso an Bedeutung wie Fragen der Qualitätsentwicklung, um den höheren Belastungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entgegenzusteuern.

Das Konzept der gesundheitsfördernden Krankenhäuser setzt bei diesen Problemlagen an. Die Krankenhäuser sollen den Patienten und Patientinnen ein gesundheitsförderndes Umfeld, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine gesundheitsfördernde Arbeitswelt bieten. Schließlich soll es auch einen Rahmen für die notwendige Öffnung des Krankenhauses darstellen und eine verbesserte Zusammenarbeit mit

## Versorgungsbereiche

anderen Teilen des Gesundheitswesens im Sinne einer optimalen Gesundheitsversorgung ermöglichen.

### Ziele

Das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (ÖNGK) hat sich folgende Ziele gesetzt:

Ziele für die österreichische Gesundheitspolitik:

- Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens durch Initiierung, Umsetzung und Auswertung von Reformprojekten im Krankenhaus;
- Einbeziehung möglichst vieler Partner des Gesundheitswesens, die sich an der Entwicklung von Gesundheitsförderung im Krankenhaus beteiligen können und wollen.

Ziele für österreichische Krankenhäuser:

- Förderung des Erfahrungsaustausches und gemeinsamer Lernprozesse zwischen österreichischen Krankenhäusern und ihren Kooperationspartnern;
- Einbeziehung möglichst vieler Krankenhäuser in die Umsetzung von Gesundheitsförderungsstrategien und -projekten;
- Sicherung der Qualität der entwickelten Gesundheitsförderungsstrategien und -projekte.

Ziele für den internationalen Austausch:

- Einbringung österreichischer Erfahrungen in das europäische Netzwerk der WHO und EU (International Network of Health Promoting Hospitals);
- Einbeziehung internationaler Erfahrungen in das ÖNGK und in das gesamte österreichische Gesundheitswesen.

### Maßnahmen

- Entwicklung von Strategien für das ÖNGK  
Als Leitlinien für die nächsten Ziele und Schritte des ÖNGK wurden vom Koordinationszentrum (LBIMGS) in Abstimmung mit einer Steuerungsgruppe, die sich aus Vertretern des Gesundheitsressorts, der Krankenanstalt Rudolfstiftung und des LBIMGS zusammensetzt, Strategien entworfen.
- Erste Österreichische Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser  
Im November 1996 wurde die Erste Österreichische Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser veranstaltet. 153 Teilnehmer aus allen Bundesländern, unter ihnen Vertreter aus 38 österreichischen Spitälern, konnten in Workshop-

und Posterpräsentationen insgesamt 50 österreichische und deutsche Gesundheitsförderungsprojekte in Krankenhäusern kennenlernen und diskutieren. Die Ergebnisse der Konferenz werden in einer Publikation zusammengefaßt werden, die Ende September 1997 erscheinen soll.

- Arbeitstreffen

Im November 1996 fand das erste Arbeitstreffen interessierter Spitäler im Rudolfinerhaus in Wien statt. Vertreter aus sechs Krankenhäusern, Mitarbeiter des Gesundheitsressorts und des Koordinationszentrums nahmen daran teil.

Im Mittelpunkt des Treffens standen Themen wie Kennenlernen der Partner, Austausch über Netzwerkstrategien und deren zukünftige Gestaltung sowie das Finden von möglichen Themen zur gemeinsamen Bearbeitung im Netzwerk, wie z.B. Evaluierung der Arbeitsplätze und Arbeitnehmerschutz im Krankenhaus, verbesserte Patienteninformation und systematische Qualitätssicherung.

- Seminare

Ziel des Angebotes von Seminaren ist es, die Einführung von konkreten Modellen im Krankenhaus durch Weiterbildung von Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern und all jener, die an der Umsetzung dieser Modelle in ihrem Krankenhaus interessiert sind, zu unterstützen.

Bisher wurden zwei Seminare abgehalten; die Themen lauteten: „Organisation von Krankenhaushygiene“ und „Projektmanagement von Gesundheitsförderungsprojekten im Krankenhaus“.

- Öffentlichkeitsarbeit und internationaler Austausch

Zur Öffentlichkeitsarbeit und zur Förderung des Erfahrungsaustausches wurden bisher zwei Rundbriefe an alle Krankenanstalten, Krankenhausträger und Landesregierungen Österreichs versandt. Des weiteren war das ÖNGK bei mehreren österreichischen und internationalen Veranstaltungen vertreten.

### Ausblick

Für die weitere Entwicklung des ÖNGK sind folgende Schritte geplant:

- Weiterentwicklung und Umsetzung der Netzwerkstrategien, insbesondere die Herausgabe der schon erwähnten Konferenzpublikation, die Weiterentwicklung der Datenbank, die Entwicklung themenspezifischer Arbeitsgruppen sowie die Vorbereitung und Durchführung der zweiten österreichischen Konferenz gesundheitsfördernder Krankenhäuser.
- Gewinnung weiterer Kooperationspartner.

## **Gesundheitsförderung in der Schule - Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen**

### Problemstellung

Nach dem Modell des Gesunden-Städte-Netzwerkes wurde Anfang der neunziger

## Versorgungsbereiche

Jahre ein Gemeinschaftsprojekt der Europäischen Kommission, des Europarates und der WHO gestartet, das die innere Neugestaltung und Qualitätsverbesserung des Schullebens und die Öffnung der Organisation Schule nach außen zum Ziel hat und das Schulen in ganz Europa auf diesem Entwicklungsweg begleiten will.

Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz und des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten wurde im September 1993 das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“ begründet, wobei als Pilotphase drei Jahre anberaumt wurden.

Zur Umsetzung des Netzwerkes wurde für die Dauer der Pilotphase ein Planungsausschuß eingerichtet, dem Vertreter des Gesundheits- und des Unterrichtsressorts angehörten. Dieses Gremium hatte die Aufgabe, die organisatorischen, inhaltlichen und budgetären Schwerpunkte für die nächsten drei Jahre festzulegen.

### Ziele

Anhand von konkreten Projekten versucht die „Gesundheitsfördernde Schule“, ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernumfeld zu schaffen. Das betrifft sowohl die psychische als die auch physische Gesundheit aller in der Schule und in deren Umfeld Tätigen, aber auch soziale und ökologische Aspekte. Im Gegensatz zur klassischen Gesundheitserziehung gilt in der Gesundheitsförderung - neben der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler - die Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer sowie die Kooperation mit den Eltern und der Gemeinde als zentraler Baustein.

Besonderer Wert wird auf die Tatsache gelegt, daß ein Projekt nicht von einem „Einzelkämpfer“ in der Schule durchgeführt, sondern von einem Schulteam getragen und weiterentwickelt wird.

### Maßnahmen

Mit einer Enquete im November 1996 wurde die dreijährige Pilotphase des „Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen“ abgeschlossen.

Von 1993 bis 1996 wurden von den elf am Netzwerk beteiligten Schulen insgesamt 218 Projekte geplant, organisiert, umgesetzt und dokumentiert. Teilnehmern an diesen Projekten waren neben zahlreichen Schülerinnen und Schülern 202 Lehrerinnen und Lehrer, 865 Mütter bzw. Väter und 58 externe Experten (Schulärzte, Referenten, Wissenschaftler).

Die „Spitzenreiter“ der Projektthemen waren:

- Körper/Bewegung/Gesundheit (21 % aller Projekte),
- Psychosoziale Gesundheit/Soziales Lernen (18 %),
- Ernährung (16 %) und
- Sucht/Drogen (11 %).

Die Zielgruppen der Projekte waren:

- Schüler, Schülerinnen, Lehrer und Lehrerinnen (32 % aller Projekte),
- nur Schüler und Schülerinnen (30 %),
- Schüler, Schülerinnen, Lehrer, Lehrerinnen und Eltern (23 %),
- Schüler, Schülerinnen und Eltern (9 %),
- nur Eltern (4 %),
- nur Lehrerinnen und Lehrer (2 %).

### Ausblick

Der erfolgreiche Abschluß der Pilotphase und die damit verbundenen erfolgreichen Erfahrungen schaffen die Grundlage für die professionelle Weiterführung des Projektes auf Bundesländerebene.

In der kommenden Projektphase wird somit der Transfer und die Verbreitung der im Rahmen des Projektes gemachten Erfahrungen im Mittelpunkt stehen. Das Gesundheitsressort erhofft sich, daß dadurch mittel- und langfristig wichtige Impulse für die Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen ausgehen.

Um den weiteren erfolgreichen Ausbau des Netzwerkes zu gewährleisten, bedarf es darüber hinaus einer ständigen Evaluierung und Aufarbeitung der laufenden Projekterfahrungen.

## **7.6.2.3 Übergreifende Aktivitäten**

### **Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)**

Der Fonds Gesundes Österreich wurde 1988 mit dem Zweck gegründet, die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung zu fördern. Gründer waren der Bund, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die Österreichische Ärztekammer, die Österreichische Apothekerkammer und der Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs.

Innerhalb des weiten Bereiches der Gesundheitsförderung hat der FGÖ seine Aufgabenstellung neu definiert und versteht sich nunmehr als österreichweite Plattform für Information und Kommunikation mit der Hauptaufgabe, durch das Koordinieren und Verbreiten von Informationen den Erfahrungsaustausch zwischen den Bundesländern zu fördern.

Die Tätigkeit des FGÖ konzentriert sich auf drei Kernbereiche:

- Datenbank-Projektdokumentation

Der FGÖ hat eine Datenbank zur Dokumentation von Gesundheitsinitiativen und -projekten in Österreich aufgebaut. Erfasst werden Projekte sowohl des öffentlich-



## Versorgungsbereiche

institutionellen als auch des privaten, nicht-institutionellen Bereichs. Die Dokumentation gibt Auskunft über Themen, Organisationsstruktur, Arbeitsweise und Zielgruppen der Gesundheitsinitiativen und -projekte in Österreich.

Die Projektdokumentation erleichtert

- sowohl die Vernetzung der einzelnen Initiativen
  - als auch die Kontaktmöglichkeit zwischen Vertretern und Vertreterinnen aus den Bereichen Verwaltung sowie Gesundheits- und Sozialberufe einerseits und den Gesundheitsinitiativen andererseits.
- SIGIS: Service- und Informationsstelle für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen

Derzeit gibt es in Österreich rund 550 Selbsthilfegruppen allein im Gesundheitsbereich. 1993 wurde im Auftrag des FGÖ das Projekt SIGIS gestartet. Ziel des Projektes ist es, den Stellenwert von Selbsthilfe innerhalb des Gesundheitssystems zu erhöhen und Strukturen zu schaffen, welche die Arbeit von Selbsthilfegruppen in allen Teilen Österreichs unterstützen und professionalisieren. Zu den Aufgaben von SIGIS gehört unter anderem die

- Betreuung eines Servicetelefons, das Interessierte über Existenz und Arbeitsweisen von Selbsthilfegruppen informiert,
  - Beratung und Unterstützung von bereits bestehenden Dachverbänden und Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen,
  - Hilfestellung bei der Gründung von neuen regionalen Kontakt- und Informationsstellen,
  - Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Kontaktstellen und Dachverbänden,
  - Erstellung eines Verzeichnisses aller österreichischen Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich, das jährlich aktualisiert wird, und
  - Durchführung der Öffentlichkeitsarbeit für die Selbsthilfeidee.
- Gesundheitsförderungstagungen
- Der FGÖ veranstaltet zweimal jährlich österreichweite Expertentagungen und Enqueten zum Themenbereich Gesundheitsförderung. Sie dienen der fachlichen Auseinandersetzung mit theoretischen Konzepten und praktischen Erfahrungen im Bereich Gesundheitsförderung. Im Jahr 1997 wird für diese Veranstaltungen das Thema „Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung“ im Vordergrund stehen.

## Monitoring in der Gesundheitsförderung

International vergleichbare Daten in verschiedenen Gesundheitsbereichen sind für die Vergleichbarkeit der österreichischen Situation im internationalen Kontext und für die Planung von Gesundheitsförderungsdaten eine unabdingbare Voraussetzung.

Die regelmäßige Durchführung von speziellen Gesundheitssurveys wird daher vom Gesundheitsressort gefördert.

In folgenden Bereichen wird bereits ein Monitoring durchgeführt:

- Koordinationsstelle für Zahnstaterhebungen  
Im Auftrag des Gesundheitsressorts wurde am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) eine Koordinationsstelle für Zahnstaterhebungen eingerichtet. Neben der regelmäßigen Durchführung von Zahnstaterhebungen bei verschiedenen Altersgruppen sollen auch die Kariesprophylaxeprogramme in den Bundesländern regelmäßig erhoben und aktualisiert werden.
- WHO-Survey Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern  
Dieser Survey ermöglicht die langfristige Evaluation der Wirksamkeit von schulischen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im internationalen Vergleich. Die Daten aus dem Erhebungsdurchgang 1994 liegen nun vor und werden 1997 in der Schriftenreihe des BMAGS publiziert.
- Gesundheitsdaten von Frauen  
Diese werden nach einer Systematik der WHO vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau zusammengestellt.

## **Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen**

Evaluation hat international einen immer höheren Stellenwert gewonnen, und diesem Erfordernis wurde auch in Österreich Rechnung getragen.

Das Österreichische Netzwerk „Gesundheitsfördernder Schulen“ wurde in verschiedenen Projektphasen evaluiert. Auch im Rahmen des „Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ wurden neue Wege zur Evaluation settingbezogener Ansätze aufgezeigt.

Die Entwicklung von Evaluationsmethoden sowie Qualitätskriterien und -standards für Gesundheitsförderung wird in Zusammenarbeit mit der Europäischen Union im Rahmen des Aktionsprogramms Gesundheitsförderung und dem Regionalbüro für Europa der WHO, dem European Committee for Health Promotion Development, fortgesetzt.

### **Quellen:**

Arbeitsprogramm 1997 für das Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung

Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen: Neue Wege im Gesundheitssystem. Analyse und Reformvorschläge für das österreichische Gesundheitssystem. Wien 1996

## Versorgungsbereiche

Beschluß des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. März 1996 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996 - 2000).

Fonds Gesundes Österreich. Arbeitsprogramm 1997

Grundböck, Nowak, Pelikan. Kurzbericht zum Stand der Entwicklung des Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Unveröffentlichter Bericht. Wien 1997

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

Meggeneder O.: Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung. In: Soziale Sicherheit, Forum Prävention 9/96

Meggeneder O., Elsigan G.: Arbeit gestalten, Gesundheit fördern. Theorie und Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung am Beispiel eines Modellprojektes in einer Verlagsgruppe. Nr. 6/95 der Reihe „Originalarbeiten, Studien, Forschungsbereiche“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz

Newsletter Gesundheitsförderung, eine Informationsaussendung des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien 1997

Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen. Ein Pilotprojekt zieht Bilanz. Tagungsbericht vom 6. November 1996

Rundbrief des Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser 2/97

Ulzer A.: Die Vorsorgeuntersuchung der Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit 4/1995

## 7.7 Transplantationswesen

### 7.7.1 Problemstellung

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 erfolversprechend begegnet werden. Die Nierentransplantation und in ausgewählten Fällen die kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation eröffnen einer Vielzahl von Dialysepatienten die Chance, eine bessere Lebensqualität zu erreichen.

Eine soziale Medizin schließt den Anspruch mit ein, den medizinischen Fortschritt auch im Bereich der Spitzenmedizin wie etwa der Organtransplantation rasch der Allgemeinheit zugänglich zu machen. Diesem Anspruch stehen oft hohe Kosten und knappe Ressourcen entgegen. Die Antwort kann nun nicht darin bestehen, auf Transplantationen als Therapieform nach dem Stand der Wissenschaft zu verzichten bzw. ihren Anwendungsbereich wesentlich einzuschränken, sondern es gilt vielmehr, die Nutzung dieses Leistungsangebots durch eine fundierte medizinische Indikationsstellung, ein effektives Organisationskonzept und einen effizienten Mitteleinsatz österreichweit abzusichern. Dieses Ziel wird desto eher erreichbar sein, je besser sich die spezifischen Beiträge und Interessen der am Transplantationsgeschehen Beteiligten koordinieren lassen.

Der Gesundheitsminister hat in Verfolgung dieses Ansatzes das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Jahr 1990 mit der Erstellung einer Machbarkeitsstudie beauftragt, die schließlich im November 1991 zur Eröffnung des „Koordinationsbüros für das Transplantationswesen - ÖBIG-Transplant“ führte.

Die gewählte Organisationsstruktur bindet Ärzte und Patienten sowie Entscheidungsträger im österreichischen Gesundheitswesen mit ein und soll dadurch eine Zusammenführung der Komponenten Planung, Durchführung und Kontrolle ermöglichen. Diese auf Vertrauensbildung aufbauende Vorgehensweise könnte über das Transplantationswesen hinaus Bedeutung erlangen, da im österreichischen Gesundheitswesen Planungs-, Durchführungs- und Kontrollarbeiten sehr oft von verschiedenen Institutionen isoliert und ohne Rückkoppelung wahrgenommen werden und deshalb nur eingeschränkt wirksam sind.

Gesundheitspolitische Leitlinie von ÖBIG-Transplant ist die österreichweite Förderung des Transplantationswesens. Sowohl die Gleichverteilung von Ressourcen und deren regelmäßige Verfügbarkeit als auch zielführende ökonomische bzw. organisatorische Rahmenbedingungen sollen berücksichtigt und gesichert werden. Das daraus resultierende Funktions- und Aufgabenspektrum wird vom Koordinationsbüro durch gezielte Projektarbeit abgedeckt.

### **7.7.2 Aktivitäten**

Nachstehend wird ein nach thematischen Schwerpunkten gegliederter Überblick über die im genannten Zeitraum geleistete Projektarbeit gegeben.

#### *Förderung des Organ- und Gewebeaufkommens:*

Die von der Transplantationsmedizin erreichte hohe Ergebnisqualität kann nur dann in vollem Umfang zum Wohl der Allgemeinheit genutzt und auch gehalten werden, wenn es gelingt, ein entsprechend hohes Organ- und Gewebeaufkommen sicherzustellen. Daher ist die Förderung des Organ- und Gewebeaufkommens eine zentrale Aufgabenstellung von ÖBIG-Transplant. Wie eine Analyse des Meldeverhaltens in

## Versorgungsbereiche

österreichischen Krankenanstalten ergeben hat, sind zur Steigerung der Bereitschaft, potentielle Organspender an Transplantationszentren zu melden, insbesondere rechtliche Aspekte zu klären, finanzielle Hindernisse zu beseitigen sowie Kommunikations- und Motivationsprobleme zu lösen.

- In einem ersten Schritt konnte eine finanzielle Förderung des Transplantationswesens durch die Strukturkommission des Bundes (vormals KRAZAF) erreicht werden. Demnach werden den KRAZAF-Krankenanstalten ab 1993 Kostenersätze für Aufwendungen bei der Organgewinnung und Knochenmarkspendertypisierung gewährt. Vor Einführung dieser Regelung hatten sich die Aufwendungen bei der Organgewinnung in einer Erhöhung des Betriebsabganges der betreffenden Krankenanstalten niedergeschlagen. Die Abrechnung der Kostenersätze erfolgt über ÖBIG-Transplant, die Ausbezahlung durch die Geschäftsstelle des KRAZAF.

Tabelle 7.13 zeigt die Entwicklung des Spenderaufkommens und der Transplantationsfrequenzen für Niere, Leber und Herz in Österreich im Vergleich zur Entwicklung im Tätigkeitsbereich von Eurotransplant (Summenwerte aller Mitgliedsländer von Eurotransplant) für die Jahre 1992 bis 1995.

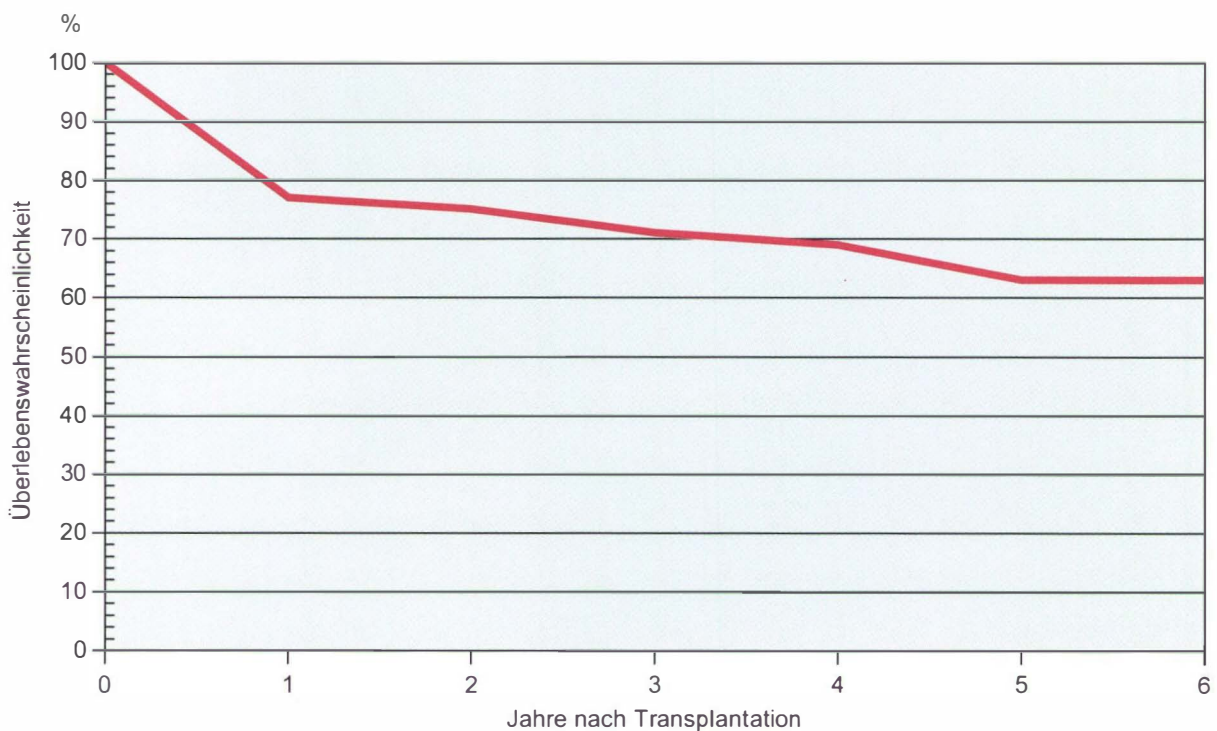
Wie aus dem Vergleich der Anzahl der Spender und der Transplantationsfrequenzen pro Million Einwohner im Jahr 1992 ersichtlich ist, liegen die österreichischen Werte jeweils klar über den Werten von Eurotransplant. Diese positive Ausgangssituation konnte aus österreichischer Sicht in den Folgejahren beibehalten bzw. noch ausgebaut werden. Im Jahr 1995 konnte bei einem moderaten Rückgang des österreichischen Spenderaufkommens die positive Relation zu den Gesamtzahlen von Eurotransplant beibehalten werden. Bei den Organtransplantationen von Leber und Herz wurden gegenüber den Gesamtfrequenzen von Eurotransplant überdurchschnittliche Steigerungsraten erzielt. Bei der Nierentransplantation kam es in Österreich aufgrund von geänderten Allokationsrichtlinien bei der Organverteilung zu einer merkbaren Reduktion der Transplantationsfrequenz, wobei Österreich beim Vergleich der Nierentransplantationen pro Million Einwohner noch immer einen um 40 Prozent höheren Versorgungsgrad aufweist als die gesamten Mitgliedsländer von Eurotransplant.

- Um den in der erwähnten Analyse des Spenderaufkommens festgestellten Kommunikations- und Motivationsmängeln im Bereich der Spendermeldung entgegenzuwirken, werden seit 1994 mit Unterstützung der Firma Sandoz Kommunikationstrainingseminare abgehalten, zu denen Transplantationskoordinatoren der Transplantationszentren gemeinsam mit dem Intensivpersonal potentieller Spenderkrankenanstalten eingeladen werden.
- Eine wesentliche Maßnahme zum Abbau von Rechtsunsicherheiten und zur Absicherung der bestehenden Gesetzeslage bezüglich Organentnahmen war die Errichtung eines zentralen Widerspruchregisters gegen Organentnahme mit Beginn des Jahres 1995. Diese Erweiterung der Artikulationsmöglichkeit für Personen, die nicht als Organspender fungieren wollen, ist gekoppelt mit der Verpflichtung

der Transplantationszentren, vor Durchführung einer Organentnahme in dem Register nach einem etwaigen Widerspruch des potentiellen Spenders zu recherchieren. Im Jahre 1996 wurde mit der inhaltlichen Vorbereitung von Informationsmaßnahmen zur Steigerung der Publizität des Widerspruchregisters begonnen. Das zentrale Widerspruchregister ist an der dem ÖBIG zugehörigen Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) im AKH Wien angesiedelt und rund um die Uhr erreichbar.

- Gegen Ende des Jahres 1995 wurde den österreichischen Krankenanstalten von ÖBIG-Transplant erstmals der als zweijährliche Ausgabe geplante Transplantationsbericht übermittelt. Darin sind Informationen über organisatorische, rechtliche und finanzielle Aspekte des österreichischen Transplantationswesens sowie eine Darstellung der erbrachten Leistungen und erzielten Erfolge der Transplantationsmedizin enthalten. Abbildung 7.11 entstammt diesem Bericht und dokumentiert die Überlebenswahrscheinlichkeit von Patienten, die an österreichischen Transplantationszentren einer Herztransplantation zugeführt wurden.

Abbildung 7.11: Überlebenswahrscheinlichkeit nach Herztransplantation (Basis: herztransplantierte Patienten 1/1989 - 6/1995, N = 479)



Quelle: Transplantationsbericht an österreichische Krankenanstalten 1995

Grafik: ÖBIG

Weiters wurde im Transplantationsbericht mittels regionalspezifischer Analysen der Versorgungssituation auf dem Transplantationssektor, insbesondere durch Hinweise auf ungenutzte Potentiale, versucht, die einzelnen Krankenanstalten zu verstärkter Mitarbeit am österreichischen Transplantationsgeschehen anzuregen. Außerdem

Tabelle 7.13: Entwicklung des Spenderaufkommens und der Transplantationsfrequenzen für Niere, Leber und Herz in Österreich im Vergleich zur Entwicklung in den Mitgliedsländern von Eurotransplant (ET) 1992 - 1995

Jahr	Spenderaufkommen				Transplantationsfrequenz											
	Spender				Nieren				Leber				Herz			
	ET	Index	Ö	Index	ET	Index	Ö	Index	ET	Index	Ö	Index	ET	Index	Ö	Index
1992	1.902	(100)	173	(100)	3.153	(100)	306	(100)	729	(100)	66	(100)	765	(100)	84	(100)
Anzahl/Mio EW	17,1		22,8		28,3		40,3		6,5		8,7		6,9		11,1	
1993	1.832	(96)	217	(125)	3.338	(106)	380	(124)	878	(120)	91	(138)	765	(100)	105	(125)
1994	1.659	(87)	183	(106)	3.013	(96)	338	(110)	868	(119)	96	(145)	704	(92)	91	(108)
1995	1.709	(90)	180	(104)	2.967	(94)	287	(94)	928	(127)	110	(167)	732	(96)	108	(129)

Quellen: ET Newsletter und Jahresberichte

wurde vorgeschlagen, in den Krankenanstalten Transplantationsbeauftragte zu benennen und als zukünftige Ansprechpartner ÖBIG-Transplant bekanntzugeben.

Tabelle 7.14 weist den Anteil an Krankenanstalten aus, die einen Transplantationsbeauftragten nominiert haben. Diese positive Resonanz bestätigte die Hoffnung, daß die gewählte Vorgangsweise erfolversprechend sein könnte.

Als nächster Schritt wurden sämtliche Transplantationsbeauftragte zu einer Informationsveranstaltung eingeladen. An dieser Veranstaltung, die am 3. Mai 1996 in Linz stattgefunden hat, nahmen 60 Transplantationsbeauftragte teil. Ziel dabei war, möglichst viele Teilnehmer nachhaltig dafür zu gewinnen, daß sie ambitioniert die im Transplantationsbericht definierten Aufgaben eines Transplantationsbeauftragten übernehmen.

Eine wesentliche Schlußfolgerung aus dieser Veranstaltung war, daß die Notwendigkeit besteht, bundesweite Standards für die Durchführung der Hirntoddiagnostik zu definieren. Im gegebenen Zusammenhang wurde ÖBIG-Transplant im Rahmen der Beiratssitzung im Oktober 1996 vom Transplantationsbeirat mit der Erarbeitung entsprechender Standards beauftragt

#### *Förderung des Informations- und Datenaustausches:*

- Die ursprüngliche Idee einer umfassenden Förderung des Informations- und Datenaustausches im österreichischen Transplantationsgeschehen konnte bereits zu Beginn der Tätigkeiten von ÖBIG-Transplant relativiert werden. Jene Aufgaben, für die ein Datenaustausch zwischen den österreichischen Transplantationszentren notwendig wäre, werden größtenteils von der Eurotransplant International Foundation mit Sitz in Leiden (Holland) abgedeckt. Die dafür erforderlichen Daten werden von den Transplantationszentren direkt an Eurotransplant übermittelt. Jener Teil dieser Daten, der für das Arbeitsprogramm von ÖBIG-Transplant relevant und notwendig ist, wird gemäß eines 1992 mit allen österreichischen Transplantationszentren getroffenen Datenübereinkommens von Eurotransplant direkt und kostenlos an ÖBIG-Transplant weitergeleitet.
- Im Rahmen der Durchführung einzelner Projekte wie z. B. „Finanzierung des Organaufkommens“ oder „Transplantationsbericht an österreichische Krankenanstalten“ hat sich die Notwendigkeit ergeben, daß ÖBIG-Transplant zusätzlich zu den von Eurotransplant vermittelten Daten auch Daten direkt von den Transplantationszentren zur Verfügung gestellt bekommt. Ein wesentlicher Punkt bei der Übermittlung von Daten bezüglich des medizinischen Leistungsgeschehens ist, daß ÖBIG-Transplant aus der Sicht der Verantwortungsträger in den Transplantationszentren einen sorgsamem und objektiv-neutralen Umgang mit sensiblen Daten gewährleistet.



**Versorgungsbereiche**

*Tabelle 7.14: Anzahl der Krankenanstalten (KA), an die ein Transplantationsbericht versendet wurde, und erfolgte Rückmeldungen bezüglich der Nominierung eines Transplantationsbeauftragten nach Bundesländern und insgesamt, Stand Jahresende 1996*

Bundesland	Anzahl der KA, an die ein Transplantationsbericht versendet wurde	Anzahl der KA, die bislang einen Transplantationsbeauftragten nominiert haben
Burgenland	5	4
Kärnten	12	4
Niederösterreich	26	18
Oberösterreich	23	16
Salzburg	8	7
Steiermark	28	18
Tirol	11	11
Vorarlberg	5	4
Wien	29	18
Insgesamt	147	100

Quelle: ÖBIG-Transplant

**Öffentlichkeitsarbeit:**

- Vor allem die transplantationsspezifische Problematik „Organentnahme“, aber auch die Tatsache, daß Transplantationsleistungen eine sehr kostenintensive Behandlungsform darstellen, legen eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit nahe. So wurde die breit angelegte Informationskampagne zur Bekanntmachung des zentralen Widerspruchregisters in der Öffentlichkeit dazu genutzt, die durch die Transplantationsmedizin ermöglichten Überlebens- bzw. Heilungschancen zu betonen.
- Die im Rahmen dieser Kampagne erarbeitete Broschüre zur Steigerung des Informationsstandes der Bevölkerung über das Transplantationswesen, der zugrundeliegenden gesetzlichen Regelung und der damit zusammenhängenden Möglichkeit, einer Organspende zu widersprechen, wurde im Frühjahr 1997 veröffentlicht. Adressaten dieses Folders waren Gemeindeämter bzw. Magistratische Bezirksämter in den Städten, Gesundheitsämter, Krankenanstalten sowie alle Gemeindeärzte.
- Ein weiteres Instrument der Öffentlichkeitsarbeit ist der alle zwei Jahre erscheinende „Transplantationsbericht an österreichische Krankenanstalten“. Es wird überlegt, diesen Bericht mit seinen umfassenden Informationen über das österreichische Transplantationsgeschehen der interessierten Öffentlichkeit aktiv anzubieten.

- Im Zusammenhang mit der Verwaltung der „Christine Vranitzky-Stiftung zur Förderung der Organtransplantation“ und der jährlichen Ausbezahlung von Förderungsmitteln aus dieser Stiftung ergeben sich weitere Möglichkeiten, Öffentlichkeitsarbeit für die Transplantationsmedizin zu betreiben.

*Dokumentation des österreichischen Transplantationsgeschehens:*

- Für die Dokumentation des österreichischen Transplantationsgeschehens wurde bei ÖBIG-Transplant eine eigene Datenbank eingerichtet. Basierend auf den von Eurotransplant übermittelten Rohdaten können durch standardisierte Datenbankabfragen in kürzester Zeit wesentliche Informationen über das gesamtösterreichische Transplantationsgeschehen ermittelt und für einen aktuellen Informationsbedarf zur Verfügung gestellt werden.

*Erstellung von Analysen und Durchführung von Planungsarbeiten als Grundlagen für die Verhandlungsführung von Entscheidungsträgern im Transplantationsgeschehen:*

- Da die Durchführung von Transplantationen mit einem sehr hohen organisatorischen Aufwand verbunden ist (z. B. bei der Abwicklung einer Organentnahme und Einberufung des potentiellen Organempfängers), regte der Transplantationsbeirat als eine der ersten und wesentlichen Aufgaben von ÖBIG-Transplant die Feststellung des Bedarfs an Transplantationskoordinatoren pro Transplantationszentrum an. Die noch im Jahr 1992 vorgelegten Ergebnisse dieser Bedarfsberechnung konnten von den ärztlichen Verantwortungsträgern der einzelnen Transplantationszentren als Verhandlungsbasis mit dem jeweiligen Krankenanstalten-träger herangezogen werden.
- Die Analyse des Spenderaufkommens und die darauf aufbauenden Diskussionen von Detailproblemen haben die Voraussetzungen dafür geschaffen, daß Projekte zur Förderung des Organaufkommens (z. B. Finanzierung des Organaufkommens, Führung eines Widerspruchregisters gegen Organentnahme) von den jeweiligen Entscheidungsträgern entweder aktiv umgesetzt oder deren Umsetzung von ihnen akzeptiert wurden.
- Eine zentrale Stelle im Aufgabenspektrum von ÖBIG-Transplant nimmt die Abklärung des österreichweiten Bedarfs an Transplantationsleistungen ein, da dadurch in der Folge auch die für die Abdeckung dieses Bedarfs erforderlichen Ressourcen abgeschätzt werden können. Wie die Erfahrungen bei der bereits fertiggestellten Studie „Bettenangebotsplanung für Knochenmarktransplantationen“ sowie weitere internationale und projektspezifische Erfahrungen gezeigt haben, kann eine sinnvolle Abschätzung der erforderlichen Ressourcen für die Abdeckung eines ermittelten Bedarfs nicht losgelöst von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsfaktoren erfolgen. Die Beantwortung dieser Fragestellungen ist angesichts der überdurchschnittlichen Kostensteigerungsraten in der Krankenanstaltenversorgung von besonderem Interesse. Es ist eine vorrangige Aufgabenstellung von ÖBIG-Transplant, im Sinne einer längerfristigen Absicherung der bedarfs-

## Versorgungsbereiche

adäquaten Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Transplantationsleistungen für die jeweilige Transplantationsform in Zusammenarbeit mit ärztlichen Expertengremien eine Standort- und Leistungsangebotsplanung mit Qualitätsvorgaben und unter Berücksichtigung von Bedarfs- und Wirtschaftlichkeitsfaktoren zu erarbeiten und jährlich zu aktualisieren.

### 7.7.3 Ausblick

Zur Förderung des Organ- und Gewebeaufkommens ist geplant, im Herbst 1997 die zweite Ausgabe des Transplantationsberichtes an die österreichischen Krankenanstalten zu übermitteln. Inhaltliche Schwerpunkte werden die Knochenmarktransplantation und die Beschreibung der Allokationsregeln für Spenderorgane sein. Unter dem Titel „Allokationsregeln“ sollen vor allem die von Eurotransplant formulierten Verteilungskriterien für Spendernieren mit den Hauptmerkmalen „Minimierung der Distanz zwischen Explantations- und Implantationsort“ sowie „Erreichung einer ausgeglichenen internationalen Organaustauschbilanz“ dargelegt und Erfahrungen mit diesen Richtlinien erörtert werden. Weiters ist geplant, eine zweite Veranstaltung für die Transplantationsbeauftragten durchzuführen. Vorgesehener Themenschwerpunkt dieser Veranstaltung ist die Durchführung der Hirntoddiagnostik. Zu dieser Veranstaltung soll auch das mit der Organspende unmittelbar befaßte Pflegepersonal aus dem Intensiv- und OP-Bereich eingeladen werden.

Schließlich ist ÖBIG-Transplant vom BMAGS mit der Erarbeitung von Richtlinien für die Gewinnung, Aufbereitung, Lagerung und den Vertrieb von menschlichem Gewebe beauftragt worden. Dieser Auftrag resultiert aus dem Umstand, daß sich international ein kommerziell orientierter Markt für den Handel mit menschlichem Gewebe entwickelt hat. Gemäß § 62a KAG besteht in Österreich ein Handelsverbot für menschliche Organe bzw. menschliches Gewebe. Aus moralisch-ethischen Gründen und im Sinne der Kontinuität der für die medizinisch Versorgung der Patienten wichtigen gesetzlichen Grundlage bezüglich der Organentnahme, besteht dringender Handlungsbedarf, um dem kommerziellen Handel mit menschlichem Gewebe entgegenwirken zu können.

## 7.8 Onkologische Versorgung

Im Arbeitsübereinkommen der Regierungsparteien wird u. a. der Versorgung von Krebskranken ein besonderer Stellenwert eingeräumt.

Eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende sowie die psychischen und sozialen Bedürfnisse berücksichtigende Behandlung und Betreuung von an Krebs erkrankten Menschen ist mit hochspezifischen Anforderungen an die zahl-

reichen beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen des Gesundheitswesens verbunden und betrifft einen relativ hohen Anteil der Gesamtbevölkerung.

Im Zuge der Erstellung eines Konzepts für die onkologische Versorgung führte das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) zur Identifizierung von Problembereichen Gespräche mit Experten, die zum Teil seit Jahrzehnten mit der Betreuung von Krebskranken im ambulanten und stationären Bereich befaßt sind, und bezog auch die Erfahrungen von Selbsthilfegruppen sowie der Österreichischen Krebshilfe in die Erhebungen ein. Einen besonderen Schwerpunkt bildeten dabei Fragen der Pflege, der psychosozialen Betreuung und der Rehabilitation. Wertvolle Hinweise, vor allem zu organisatorischen Problemen und zu solchen der strukturellen Gestaltung der Versorgungsabläufe wurden auch aus ausländischen Beispielen gewonnen.

Die Behandlung von Krebskranken hat durch die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft zweifelsohne bedeutende Fortschritte gemacht, doch besteht eine Reihe von Problemen, deren Behebung vorrangig zu betreiben ist:

- Die unzureichende Einbeziehung der Lebensqualität der Kranken in therapeutische Entscheidungen und damit zusammenhängend die mangelnde Berücksichtigung von psychischen und sozialen Bedürfnissen;
- die mangelnde Kooperation und Koordination im komplexen diagnostischen und therapeutischen Ablauf und als Folge davon das häufige Fehlen institutionalisierter Informationsflüsse;
- die besondere Problematik sowohl der Versorgung und Betreuung von Patienten, die keine Aussicht mehr auf vollständige Heilung haben, als auch der Betreuung von Schmerzpatienten;
- die Diskrepanzen in der regionalen Verteilung von Versorgungseinrichtungen und damit zusammenhängend Probleme der Erreichbarkeit;
- die meist scharfe Trennung stationärer und ambulanter Versorgungsbereiche;
- der wenig entwickelte Standard bei der rehabilitationsorientierten Nachsorge von Krebspatienten;
- die besonderen Probleme pflegebedürftiger Krebskranker und derer Angehörigen.

Ausgehend von den identifizierten Problemen wurde ein Konzept zur künftigen Versorgung von Krebskranken entwickelt, wobei anzumerken ist, daß in einzelnen Regionen Österreichs zum Teil unterschiedliche Entwicklungsstände vorliegen.

In einem Maßnahmen- und Prioritätenkatalog sind bei einer Reihung nach Dringlichkeit die zur Verbesserung der Krebsversorgung nötigen Aktivitäten angeführt:

- Auf- und Ausbau von regionalisierten Versorgungsstrukturen durch
  - Festlegung von Versorgungsregionen,
  - Zuordnung von onkologischen Schwerpunkten zu Standorten von Krankenanstalten,

## Versorgungsbereiche

- Differenzierung und Qualifizierung der onkologischen Schwerpunkte im Sinne ihrer Aufgabenstellung und Funktionen:
- Koordination und Vernetzung in den onkologischen Versorgungsregionen durch
  - Einrichtung onkologischer Register,
  - Einbindung ambulanter Einrichtungen und Dienste,
  - Sicherung der Informationsflüsse.
- Sicherung der Qualität der Versorgung durch
  - Einrichtung onkologischer Arbeitskreise und Konsensuskonferenzen,
  - Einrichtung von onkologischen Qualitätszirkeln,
  - Qualifizierung der beteiligten Berufsgruppen durch Aus- und Fortbildungsprogramme,
  - Aufbau einer psychosozialen onkologischen Betreuung,
  - Aufbau und Sicherung einer rehabilitativen onkologischen Betreuung.
- Prüfung der Möglichkeit, Teile der onkologischen Betreuung in den ambulanten und wohnortnahen Bereich zu verlagern.

## 7.9 Arzneimittelversorgung

### 7.9.1 Problemstellung und Zielsetzung

Aufgabe des Ressorts ist die Sicherstellung der Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen, unbedenklichen und therapeutisch wirksamen Arzneimitteln. Weiters soll gewährleistet werden, daß Arzneimittel kostengünstig angeboten werden.

Aus gesundheitspolitischen und konsumentenschützerischen Gründen werden daher die Herstellung und das Inverkehrbringen, die Preise und der Vertrieb von Arzneimitteln in Österreich besonderen gesetzlichen Regelungen unterworfen. Zentrale Gesetze sind das Arzneimittelgesetz, das Arzneibuchgesetz, das Apothekengesetz, die Apothekerbetriebsordnung, die Österreichische Arzneitaxe sowie das Rezeptpflichtgesetz. Da die Europäische Union das Arzneimittelrecht als Angelegenheit des Binnenmarktes ansieht, wurden europarechtliche Vorgaben erlassen, die die Harmonisierung der unterschiedlichen Standards in den europäischen Mitgliedsstaaten herbeiführen sollen. Österreich hat daher seine Vorschriften in den letzten Jahren an die entsprechenden EU-Richtlinien angepaßt.

## 7.9.2 Regelungen und Eckdaten zum Arzneimittelbereich

Im folgenden werden die wichtigsten Regelungen und Eckdaten zum Arzneimittelbereich dargestellt:

### *Zulassung von Arzneimitteln:*

Arzneimittel dürfen erst nach einem strengen Zulassungsverfahren in Verkehr gebracht werden. Die Kriterien für die Zulassung sind Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit des Arzneimittels.

Wurde bisher - auch im System des Mehrstaaten- und Konzertierungsverfahrens - die Entscheidung über die Zulassung nach wie vor nur durch die zuständige nationale Behörde getroffen, so sollten mit der Etablierung eines neuen gemeinschaftlichen Zulassungssystems neue Entscheidungsstrukturen insbesondere im Bereich der Hochtechnologiepräparate geschaffen und der Anerkennungsmodus auf zwischenstaatlicher Ebene ausgebaut werden.

Dieses neue Zulassungssystem, dessen die Hochtechnologiepräparate betreffender Teil unmittelbar Geltung in den einzelstaatlichen Rechtssystemen zukommt (EWR-Verordnung Nr. 2309/93), wurde im Rahmen der Arzneimittelgesetznovelle BGBl. Nr. 379/1996 im nationalen Recht etabliert. Es kennt neben dem rein nationalen Zulassungsverfahren (das allerdings ab 1.1.1998 auf Arzneimittel mit rein nationaler Bedeutung beschränkt sein wird)

- das zentralisierte Verfahren (für biotechnologische oder sonst technologisch hochwertige Arzneimittel) sowie
- das dezentralisierte Verfahren (baut auf die Anerkennung einer nationalen Erstzulassung auf).

Das zentralisierte Verfahren ist für biotechnologisch hergestellte Arzneimittel obligatorisch. Der Antrag auf Zulassung wird direkt bei der Europäischen Arzneimittelagentur in London eingebracht. Nach Beurteilung der Arzneimittel im Hinblick auf Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit durch eigens eingerichtete Ausschüsse, denen auch Delegierte der Mitgliedsstaaten angehören, entscheidet die Europäische Kommission bzw. der Rat über die Genehmigung der Zulassung. Diese Zulassung gilt dann für den gesamten Bereich der Europäischen Union. Andere innovative und technologisch aufwendige Arzneimittel können wahlweise dezentral oder zentral zugelassen werden.

Das dezentrale Zulassungsverfahren, das für alle anderen Arzneimittel gilt, baut auf die Anerkennung einer nationalen Erstzulassung auf. Wenn ein Arzneimittel bereits in einem anderen EU-Staat zugelassen ist und nunmehr auch in Österreich auf den Markt gebracht werden soll, dann besteht die Möglichkeit, dieses Produkt auf der Basis der ausländischen Unterlagen beschleunigt in Österreich zuzulassen. Bei

## Versorgungsbereiche

Auffassungsunterschieden im Rahmen dieses Verfahrens kommt der Europäischen Kommission bzw. dem Rat eine Schiedsrichterrolle zu.

Das rein nationale Zulassungsverfahren kommt dann zur Anwendung, wenn das Produkt nur in Österreich auf den Markt kommt.

Im Jahr 1995 waren in Österreich insgesamt 10.446 Arzneimittel zugelassen, davon entfielen auf Humanarzneimittel 9.671. Dies entspricht einer Zunahme der verfügbaren Humanarzneimittel von rund 46 Prozent gegenüber 1992 bzw. von rund 28 Prozent gegenüber 1993. 1995 wurden etwas mehr als die Hälfte aller in Österreich zugelassenen Arzneimittel im Inland hergestellt, 1992 lag dieser Anteil bei rund 47 Prozent (vgl. auch Tabelle 7.15). Bei den im Inland hergestellten Arzneimitteln wird jedoch der Wirkstoff vielfach aus dem Ausland eingeführt. Reine Inlandsproduktionen werden nur auf cirka 10 bis 14 Prozent des Gesamtumsatzes geschätzt.

### *Arzneimittelpreise:*

Die Preise von Arzneimitteln werden in Österreich auf allen Stufen vom Gesundheitsressort amtlich geregelt. Basis für die Regelung der Hersteller- und Großhandelspreise ist das Preisgesetz, die Apothekenspannen werden in der „Österreichischen Arzneitaxe“ festgelegt. Als beratendes Organ steht dem Ministerium die Preiskommission zur Verfügung („Sozialpartnergremium“). Zur Abklärung des Preisniveaus von Arzneimitteln in Österreich führte das ÖBIG im Jahr 1992 im Auftrag des Gesundheitsressorts einen internationalen Arzneimittelpreisvergleich durch. Verglichen wurden die Preise und die Regulierungssysteme in den Ländern Schweiz, Dänemark, Deutschland, Niederlande, Schweden, Großbritannien, Italien, Frankreich und Österreich. Wichtigstes Ergebnis der Studie war, daß die Herstellerpreise in Österreich vergleichsweise eher niedrig und die Aufschlagsätze der Großhändler und Apotheker relativ hoch liegen.

Im April 1995 wurden die Großhandels- und Apothekenspannen in Österreich abgesenkt. Ausgangspunkt für diese Maßnahme war der „Konjunkturbelebungs- und Stabilitätspakt 1993 des Bundes, der Länder und der Gemeinden sowie der Sozialpartner und der Österreichischen Notenbank“. In diesem Konjunkturbelebungs- und Stabilitätspakt wurde unter anderem vereinbart, daß die Regierung und die verantwortlichen Bundesminister auf die Entwicklung der Preise dämpfend einwirken sollen, damit diese unter der Inflationsrate liegen.

Auf Grundlage des „Konjunkturbelebungs- und Stabilitätspaktes“ wurde neuerlich eine Preissenkung für Arzneimittel vorgenommen, die am 1.2.1997 in Kraft trat. Von der verordneten Spannenreduktion des Ressorts waren der Großhandel und die Apotheken betroffen. Die Sozialversicherung hat parallel zu dieser Maßnahme auch mit der Pharmaindustrie Verhandlungen betreffend Reduzierung der Herstellerpreise geführt.

Die Ausgaben der Krankenversicherung für Arzneimittel verzeichneten in den Jahren 1990 bis 1993 zweistellige Zuwachsraten, von 1993 auf 1994 sind sie um 8,3 Prozent und von 1994 auf 1995 um 5,7 Prozent angestiegen (vgl. auch Tabelle 7.15). Die deutliche niedrigere Steigerung von 1994 auf 1995 dürfte auch auf die im April 1995 vorgenommenen Spannensenkung zurückzuführen sein.

#### *Rezeptpflicht von Arzneimitteln:*

Arzneimittel mit potentiell gefährlichen Eigenschaften sind rezeptpflichtig, das heißt, sie dürfen nur auf Grund einer ärztlichen Verordnung abgegeben werden. Eine beim Ressort angesiedelte Rezeptpflichtkommission entscheidet über die Klassifizierung der Arzneimittel. Auf EU-Ebene ist die Klassifikation der Arzneimittel ebenfalls geregelt, die entsprechende Richtlinie läßt den nationalen Gesetzgebern einen recht weiten Spielraum. Im Jahr 1995 unterlagen rund 68 Prozent aller zugelassenen Humanarzneimittel der Rezeptpflicht. Der Anzahl der verschreibungspflichtigen Arzneimittel ist in den letzten Jahren gesunken. So waren im Jahr 1992 rund 84 Prozent der Humanarzneimittel rezeptpflichtig (vg. auch Tabelle 7.15). Dennoch hat Österreich im Vergleich zu den benachbarten EU-Staaten immer noch einen relativ hohen Anteil an rezeptpflichtigen Arzneimitteln. Von Befürwortern der Selbstmedikation bzw. von der pharmazeutischen Industrie wird immer wieder die Lockerung der Rezeptpflicht gefordert, da diese hohe Kosten verursache (Konsultation eines Arztes bei sogenannten „Bagatellerkrankungen“). Als wichtigste Argumente gegen die Lockerung der Rezeptpflicht wird angeführt, daß Arzneimittel bei falscher Selbstdiagnose nicht richtig eingesetzt werden und daß durch eine verzögerte Diagnostik erhebliche Folgekosten entstehen können.

#### *Arzneimittelvertrieb:*

Arzneimittel dürfen in Österreich grundsätzlich nur in Apotheken verkauft werden. Lediglich einige nicht rezeptpflichtige Arzneimittel können auch in Drogerien abgegeben werden. Die Anzahl der Apotheken ist beschränkt, der Betrieb einer Apotheke ist durch ein staatliches Genehmigungsverfahren und strenge Bedarfsprüfungen reglementiert. Apotheken sind verpflichtet, detaillierte Vorschriften betreffend Ausbildung des Personals, Ausstattung der Räumlichkeiten, Lagerhaltung, etc. einzuhalten und Nacht- und Wochenenddienste zu versehen. Das System der Arzneimitteldistribution beruht auf dem Grundsatz der Trennung von verschreibendem Arzt und verabreichender Apotheke. Dieser Grundsatz wird durch das österreichische Spezifikum der „ärztlichen Hausapotheken“ durchbrochen: Wenn sich im Umkreis von sechs Kilometern vom Berufssitz des praktischen Arztes keine öffentliche Apotheke befindet, dann darf dieser selbst einen „subsidiären“ Apothekenbetrieb führen. Diese Einrichtung ist primär für die Versorgung dünnbesiedelter Gebiete gedacht.

Im Jahr 1996 gab es in Österreich 1.034 öffentliche Apotheken, 51 Anstaltsapotheken (das sind für den Eigenbedarf betriebene Apotheken der Krankenhäuser) und 993 Hausapotheken. In den letzten Jahren ist die Zahl der Apotheken angestiegen.



## Versorgungsbereiche

Im Jahr 1992 betrug die Relation Apotheke pro Einwohner 1 : 3.977, im Jahr 1996 1 : 3.846 (vgl. Tabelle 7.15).

Etwa zwei Drittel des Arzneimittelumsatzes entfallen auf öffentliche Apotheken und etwa ein Drittel auf Anstaltsapotheken.

Die Belieferung der Apotheken mit pharmazeutischen Spezialitäten erfolgt durch die Großhändler. Ende 1994 gab es zwölf Großhandelsunternehmen mit 30 Betriebsstätten, die weitgehend ein volles Sortiment lagern, um jederzeit notwendige Arzneimittel liefern zu können.

### *Arzneimittel und Sozialversicherung:*

Ungefähr ein Drittel aller zugelassenen Arzneimittel sind im Heilmittelverzeichnis der Sozialversicherung aufgenommen. Diese Arzneimittel können von den Vertragsärzten frei verschrieben werden. Der Patient erhält das verordnete Arzneimittel in der Apotheke gegen Vorlage des Rezepts und nach Erlag eines Selbstbehalts (von dem es Befreiungen aus sozialen Gründen gibt) in der Höhe von derzeit öS 42,-- ausgehändigt. Die Apotheke erhält den listenmäßigen „Kassenpreis“, der regelmäßig zwischen Apothekerkammer und Sozialversicherung ausgehandelt wird, nach Vorlage des Rezepts von der Sozialversicherung rückerstattet. Hinsichtlich der anderen zwei Drittel der zugelassenen Arzneimittel, deren jeweiliger Einsatz einer individuellen Einzelfallprüfung bedarf, ist eine zusätzliche „chefärztliche Bewilligung“ erforderlich. Das heißt, die Sozialversicherung übernimmt die Kostentragung für dieses Arzneimittel nur, wenn zusätzlich zur ärztlichen Verschreibung die Genehmigung durch den von der Sozialversicherung als Kontrollinstanz bestellten „Chefarzt“ erfolgt.

1995 betragen die Ausgaben in der Krankenversicherung für Arzneimittel rund 15 Mrd. öS, die Einnahmen aus Rezeptgebühren beliefen sich auf rund 2,6 Mrd. öS. Dies entspräche einem Selbstbehalt für die Patienten von zirka 17 Prozent. Die im Krankenhaus verabreichten Arzneimittel (cirka 35 Prozent aller verabreichten Arzneimittel) waren bis Ende 1996 in den Pflegegebühren der Krankenanstalten enthalten und mit diesen abgedeckt. Mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung am 1.1.1997 ist der Arzneimitteleinsatz in den Krankenanstalten in den Fallpauschalen inkludiert.

Im Sommer 1996 wurde ein Sparpaket bei den Krankenkassen beschlossen. Insgesamt sollen durch die vom Ressort verordnete Spannenreduktion bei den Großhändlern und Apothekern sowie durch parallel geführte Verhandlungen der Sozialversicherung mit der Pharmaindustrie betreffend Absenkung der Herstellerpreise im Jahr 1997 725 Millionen Schilling eingespart werden. Eine Einsparung von weiteren 275 Millionen Schilling soll durch den verstärkten Einsatz von Generika (= Nachahmung von Originalpräparaten, deren Patente bereits abgelaufen sind) und durch Kooperationsprojekte zwischen Pharmaindustrie, Ärzteschaft, Apothekerkammern, Patienten und Sozialversicherung bezüglich eines vernünftigen Umganges mit Arzneimitteln erzielt werden.

Tabelle 7.15: Arzneimittelversorgung im Überblick 1992 - 1996

	1992	1993	1994	1995	1996
Anzahl zugelassene Arzneyspezialitäten insgesamt	7.262	8.256	9.509	10.446	-
Anzahl zugelassene Humanarzneimittel	6.635	7.568	8.773	9.671	-
Im Inland hergestellte Arzneimittel	3.375	4.116	4.992	5.442	-
Im Ausland hergestellte Arzneimittel	3.887	4.140	4.517	5.004	-
Anzahl rezeptpflichtige Arzneimittel	5.573	5.762	6.007	6.569	-
Anzahl freiverkäufliche Arzneimittel	1.062	1.776	2.766	3.102	-
Versicherte in Prozent der Bevölkerung	99 %	99 %	99 %	99 %	99 %
Ausgaben für Arzneimittel im ambulaten Bereich insgesamt in Mrd. öS	21,299	23,225	24,750	26,136	-
Ausgaben der Krankenversicherung in Mrd. öS	12,079	13,265	14,368	15,184	-
Ausgaben Krankenversicherung pro Verordnung in öS	137,--	147,--	156,--	-	-
Rezeptgebühr in öS	28,--	30,--	32,--	34,--	bis 31.7.: 35,--; ab. 1.8.: 42,--
Anzahl Pharmazeutische Industriebetriebe	60	-	52	-	-
Anzahl Beschäftigte	7.900	-	7.654	-	-
Umsatz in Mrd. öS	15	-	21	-	-
Großhandel	13 Unternehmen mit 30 Betriebsstätten	-	12 Unternehmen mit 30 Betriebsstätten	-	-
Apotheken	2.010	-	2.018	2.053	2.078
Anstaltsapotheken	50	-	46	51	51
öffentliche Apotheken	983	-	996	1.017	1.034
Hausapothekenführende Ärzte	977	-	-	985	993
Einwohner pro Apotheke (öffentliche + Hausapotheken)	3.977	-	3.953	3.894	3.846

- = Daten nicht verfügbar

Quellen: Volkswirtschaftliche Verlagsgesellschaft m.b.H. 1996, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, BMAGS u.a.

#### Arzneimittelkonsum der österreichischen Bevölkerung:

Tabelle 7.16 zeigt den Arzneimittelkonsum in Österreich nach Altersgruppen auf Grundlage einer Mikrozensususerhebung des Österreichischen Statistischen Zentralamtes vom Dezember 1991.

Die Mikrozensususerhebung zeigt, daß mit zunehmenden Alter auch der Arzneimittelkonsum deutlich steigt, wobei Frauen mehr Medikamente konsumieren als Männer.

## Versorgungsbereiche

Arzneimittel werden vor allem gegen hohen Blutdruck, Herzbeschwerden und rheumatische Beschwerden eingenommen. Nach Berufsschichten gegliedert zeigt sich, daß Selbständige am häufigsten Medikamente zu sich nehmen. Angestellte und Beamte mit höheren Tätigkeiten weisen nach der Mikrozensususerhebung den geringsten Medikamentenkonsum auf.

*Tabelle 7.16: Arzneimittelkonsum in Österreich nach Altersgruppen, Geschlecht und insgesamt, Dezember 1991*

Altersgruppen	Von 100 Personen nahmen ... % häufig oder regelmäßig Medikamente		
	Insgesamt in Prozent	Männer in Prozent	Frauen in Prozent
unter 5 Jahre	4,6	5,6	3,5
05 - 09	5,7	6,6	4,7
10 - 14	3,8	3,8	3,9
15 - 29	7,4	5,7	9,1
30 - 44	14,4	10,3	18,8
45 - 59	35,5	30,7	40,0
60 - 74	56,8	53,6	59,1
75 und älter	73,3	70,2	75,4
Insgesamt	24,7	19,9	29,1

Quelle: ÖSTAT - Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung, Mikrozensus Dezember 1991, Wien 1996

### 7.9.3 Aktivitäten des Ressorts

Im Berichtszeitraum wurden vom Ressort einige wichtige Maßnahmen und Weichenstellungen getroffen. Die wesentlichsten Aktivitäten des Ressorts im Berichtszeitraum waren:

- Arzneimittelgesetznovelle 1993 (BGBl. Nr. 107/1994): Mit dieser Novelle wurde dem sich aus der Teilnahme am EWR ergebenden Anpassungsbedarf im Hinblick auf einschlägiges Gemeinschaftsrecht entsprochen.

Durch die Einführung des sogenannten „Mehrstaatenverfahrens“ sollte die Erlangung der Zulassung für ein Produkt in anderen Mitgliedstaaten des EWR erleichtert werden. Das „Konzertierungsverfahren“ sollte demgegenüber den gesteigerten

Anforderungen in der Bewertung von technologisch hochwertigen Arzneispezialitäten Rechnung tragen. Beide Verfahren wurden in der Folge auf Gemeinschaftsebene fortentwickelt und mittlerweile durch das dezentrale bzw. zentrale Verfahren abgelöst (siehe Arzneimittelgesetznovelle 1996). Einen weiteren Schwerpunkt der Novelle 1993 bildete die Anpassung der Vorschriften über die

klinische Prüfung an die Leitlinie „Good Clinical Practice“ für die klinische Prüfung von Arzneimitteln in der Europäischen Gemeinschaft. Diese regeln Rechte, Pflichten und Verantwortung all jener Personen, die an der Durchführung der klinischen Prüfung und der Dokumentation der dadurch gewonnenen Daten beteiligt sind, um auf diese Weise den Schutz der Rechte und der Integrität der Versuchspersonen zu gewährleisten. Ferner wurden in der Novelle 1993 die Bestimmungen hinsichtlich der Kennzeichnung und Gebrauchsinformation im Sinne der EU-Vorschriften unter Einbeziehung der die Fachinformation betreffenden Regelungen umgestaltet. Schließlich wurden auch EU-Werbenvorschriften transformiert und die Regelungen über die Ärztemuster-Abgabe dementsprechend angepaßt.

- Im April 1995 wurden die Großhandels- und Apothekenspannen abgesenkt. Ausgangspunkt für diese Maßnahme war der „Konjunkturbelebungs- und Stabilitätspakt 1993 des Bundes, der Länder und der Gemeinden sowie der Sozialpartner und der Österreichischen Nationalbank“. Ein im Auftrag des Ressorts im Jahr 1992 durchgeführter internationaler Arzneimittelpreisvergleich des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG), ergab, daß die Herstellerpreise in Österreich im Vergleich eher niedrig, die Großhandels- und Apothekenaufschlagsätze hingegen relativ hoch waren. Die Studie zeigte auch, daß offenbar jene Länder, wo verstärkt staatlich in den Arzneimittelmarkt eingegriffen wurde, im Vergleich zu jenen Ländern mit relativ freien Arzneimittelmärkten ein eher niedrigeres Preisniveau aufwiesen.
- Arzneimittelgesetznovelle 1996 (BGBl. Nr. 379/1996): Mit dieser Novelle wurde das neue EU-Gemeinschaftszulassungsverfahren im österreichischen Recht etabliert. Dieses neue Verfahren wurde bereits unter Punkt 7.9.2 „Zulassung von Arzneimitteln“ beschrieben. Weiters wurden mit dieser Novelle die Regelungen betreffend die Arzneimittelüberwachung an das EU-Pharmakovigilanzsystem und die Sonderregelungen für radioaktive Arzneimittel an die einschlägige Richtlinie angepaßt. Das Apothekengesetz erfährt durch die Arzneimittelgesetznovelle 1996 insofern eine Änderung, als apothekenführende Ärzte Arzneimittel auch aus öffentlichen Apotheken des EWR-Raumes beziehen können.
- Mit 1.2.1997 wurden neuerlich die Spannen des Großhandels und der Apotheken abgesenkt. Hintergrund dieser Maßnahme war ebenfalls der im Jahr 1993 beschlossene „Konjunkturbelebungs- und Stabilitätspakt“.

#### **7.9.4 Aktueller Stand und Ausblick**

Im Berichtszeitraum wurden zentrale Reformen des Arzneimittelgesetzes vorgenommen. Damit wurden auch einschlägige EU-Richtlinien und Verordnungen in das österreichische Rechtssystem etabliert. Mit diesen Anpassungen werden vor allem die Standards bezüglich der Zulassung von Arzneimitteln und klinischer Prüfverfahren in Europa harmonisiert. Weiters werden durch das nunmehr beschleunigte Zulassungsverfahren neue Arzneimittel rascher am Markt verfügbar sein. Auch der Bereich der inhaltlich seit langem internationalen Standards entsprechenden Arznei-

## Versorgungsbereiche

mittelüberwachung wurde an die Formalerfordernisse des EU-Pharmakovigilanzsystems angepaßt, um eine Teilnahme an dem neuen europäischen Sicherheitsnetz zu gewährleisten. Weiters werden die Bestimmungen bezüglich der Verkehrsfähigkeitsbeschränkung von Blutprodukten umgestaltet werden.

Wichtige Schritte zur Sicherstellung, daß Arzneimittel der Sozialversicherung und den Patienten kostengünstig zur Verfügung stehen, wurden mit den Absenkungen der Großhandels- und Apothekenspannen in den Jahren 1995 und 1997 gesetzt. Erste Erfolge zeichnen sich auf Grundlage der Daten bereits ab. So stiegen die Arzneimittelausgaben der Sozialversicherung von 1994 auf 1995 deutlich schwächer an als in den Jahren zuvor. Die letzte Preissenkung wird erst Ende 1997 Auswirkungen zeigen.

Die Entwicklungen am europäischen Arzneimittelmarkt müssen weiter laufend beobachtet werden, um Entscheidungsgrundlagen für künftige Aktivitäten des Ressorts zu liefern. Es wurden daher entsprechende Studien an das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) in Auftrag gegeben.

### Quellen:

Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (1996): Das Gesundheitswesen in Österreich. Wien

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (1996): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, Wien, Oktober 1996

Herba (1995): Geschäftsbericht 1995

ÖBIG (1993): Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich. Wien

ÖSTAT (1996): Die österreichische Sozialversicherung im Jahre 1995. In: Statistische Nachrichten 6/1996

ÖSTAT (1996): Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung. Mikrozensus Dezember 1991. Wien

Steindl, H. (1996): Die Arzneimittelgesetznovelle 1996. In: Österreichische Apothekerzeitung 50. Jahrgang, Nr. 23

Stübler, W. (1997): Gesundheitsausgaben in Österreich 1983 - 1995. Ergebnisse der Neuberechnung. In: Statistische Nachrichten 4/1997

Volkswirtschaftliche Verlagsgesellschaft m.b.H (1996): Das Gesundheitswesen in Österreich. Gegebenheiten, Tendenzen, Entwicklungen. Wien (Loseblattsammlung)

## 7.10 Öffentlicher Gesundheitsdienst

### 7.10.1 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 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.

#### *Rechtliche Situation:*

Nach § 61 Ärztegesetz sind Amtsärztinnen und Amtsärzte 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 des Personals und der größte Teil der Aufgaben betreffen allerdings 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 betrug 1993 273, stieg 1994 auf 300 und sank im Jahr 1995 auf 284 ab. 1996 konnte wieder ein Anstieg auf 302 Amtsärztinnen und Amtsärzte verzeichnet werden. Das bedeutet, daß nur ca. ein Prozent aller Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig ist. Die vor Ort in den Bezirken tätigen Amtsärztinnen und Amtsärzte betreuen jeweils zwischen 30.000 und 60.000 Einwohner.

#### *Ausbildung:*

Voraussetzung für eine hauptberufliche Anstellung bei einer Sanitätsbehörde als Amtsarzt oder Amtsärztin sind das ius practicandi sowie die Absolvierung des Physi-

## Versorgungsbereiche

katskurses mit abschließender Physikatsprüfung. Der Physikatskurs wird an den Standorten der medizinischen Fakultäten Graz, Innsbruck und Wien angeboten. In Wien dauert er zwei Semester, in Graz und Innsbruck wird er geblockt angeboten.

Folgende Fachgebiete werden unterrichtet (mit gewissen Unterschieden zwischen den Ausbildungsstandorten): Allgemeine Hygiene und Umwelthygiene, Sanitätsgesetzeskunde, Gerichtliche Medizin, Forensische Psychiatrie, Toxikologie und Sozialmedizin.

In den Jahren 1993 bis 1995 haben insgesamt 150 Ärztinnen und Ärzte den Kurs erfolgreich absolviert (vgl. Tabelle 7.17).

*Tabelle 7.17: Anzahl der Absolventinnen und Absolventen der Physikatskurse nach Kursorten und insgesamt 1993 - 1995*

Jahr	Graz	Innsbruck*	Wien	insgesamt
1993	30	-	12	42
1994	26	24	14	64
1995	29	-	15	44

\* In Innsbruck werden Kurse in zweijährigem Rhythmus abgehalten.

Quelle: Auskunft der Landessanitätsdirektionen

### *Aufgabenbereich:*

Der amtsärztliche Aufgabenbereich umfaßt alle Maßnahmen, die der Gesundheit der Bevölkerung im allgemeinen dienen. 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:*

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst stehen im Rahmen der Bundesverwaltung sechs Bundesstaatliche Untersuchungsanstalten in Wien, Linz, Graz, Salzburg, Innsbruck und Klagenfurt zur Verfügung. Zu deren Pflichtaufgaben gehören Untersuchungen aufgrund des Epidemiegesetzes, des Bazillenausscheidergesetzes und des Tuberkulosegesetzes. Im Interesse der Gesundheitsverwaltung führen sie insbesondere Untersuchungen aufgrund des Mutter-Kind-Passes, hygienische Trinkwasseruntersuchungen und spitalhygienische Untersuchungen durch. Ein breites Spektrum sonstiger bakteriologisch-serologischer und klinisch-chemischer Untersuchungen wird aufgrund einschlägiger Verträge mit den örtlichen Sozialversicherungsträgern vorgenommen.

## 7.10.2 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.

Ergebnisse und Statistiken in Hinblick auf Aktivitäten im Bereich „Gesundheitsförderung“ können dem Abschnitt 7.5, Zahlen zum Thema „übertragbare Krankheiten“ dem Kapitel 4 entnommen werden.

Ein wichtiger Aufgabenbereich im Rahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention von übertragbaren Krankheiten sind die Impfungen. Vom Bund werden dabei speziell die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten, gegen Röteln, gegen Masern und Mumps sowie gegen Poliomyelitis dokumentiert (vgl. Tabelle 7.18). Der Impfstoff für öffentliche Masern-Mumps-(Röteln-)Impfungen für Kinder vom 14. Lebensmonat bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr wird vom Bund kostenlos zur Verfügung gestellt.

Tabelle 7.18: Anzahl der durchgeführten öffentlichen Impfungen 1993 - 1995

Impfung gegen	1993	1994	1995
Diphtherie-Tetanus	39.841	26.390	15.511
D-T-Auffrischungsimpfungen bei Schulkindern	130.145	143.938	146.291
Diphtherie-Tetanus-Pertussis	85.975	110.574	90.661
Röteln			
- bei Mädchen im Vorpubertätsalter	37.676	40.235	38.689
- bei Frauen im Wochenbett	8.362	8.277	8.132
Masern-Mumps (ab 1994 inkl. Röteln)	44.636	83.511 <sup>1)</sup>	108.914 <sup>2)</sup>
Poliomyelitis			
- Grundimmunisierungen	63.886	62.896	63.036
- Auffrischungen bei Kindern der 1. Schulstufe	77.133	77.420	77.290
- Auffrischungen bei Kindern der 8. Schulstufe	71.501	77.488	78.510
- Auffrischungen bei Personen unter 21 Jahren	20.863	12.682	14.342

<sup>1)</sup> ab 14. Lebensmonat 41.608

ab 7. Lebensjahr 41.903

<sup>2)</sup> ab 14. Lebensmonat 50.414

ab 7. Lebensjahr 58.500

Quellen: Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahr 1993; BMAGS

### Fortbildungsveranstaltungen:

Ein wichtiger Aufgabenbereich des Gesundheitsressorts besteht in der Durchführung der Fortbildungskurse für Amtsärztinnen und Amtsärzte. Diese dreitägigen Veranstaltungen finden zweimal pro Jahr statt. Entsprechend dem umfangreichen Aufgabengebiet sind auch die Inhalte der Fortbildungsveranstaltungen sehr vielfältig.



## Versorgungsbereiche

1993 wurden erstmals neue Methoden der Wissensvermittlung erprobt. So wurde das Thema „Gutachtenerstellung“ nicht nur in der Form eines Vortrags behandelt, sondern es wurden in Gruppenarbeiten Gutachten zu Fallbeispielen aus den Bereichen Trinkwasser, Geruchsbelästigung und medizinischer Abfall erarbeitet. Einen Tag lang wurde ein Kommunikationstraining für Amtsärztinnen und Amtsärzte in Kleingruppen durchgeführt.

In weiteren Veranstaltungen wurden die Intentionen des Pflegegeldes und die Praxis bei den Einstufungsuntersuchungen eingehend diskutiert, wobei auch ein gemeinsamer „Richtlinien-Katalog“ für eine koordinierte Vorgangsweise erarbeitet wurde. Ein wichtiges Thema, das ebenfalls ausführlich behandelt wurde, waren die Möglichkeiten von Meldepraxen (Sentinels) und bestehende bzw. geplante österreichische Sentinelprojekte.

Über die Veranstaltungen des Ressorts hinaus werden Fortbildungsseminare zu den Themenbereichen „Kommunikationstraining“ und „Epidemiologie für Amtsärztinnen und Amtsärzte“ am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) mit großem Erfolg durchgeführt.

### 7.10.3 Ausblick

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.

Das Aufgabenspektrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der in wesentlichen Teilen auch im Aufgabenbereich der Länder und Gemeinden liegt, muß überprüft und - falls erforderlich - an die geänderten Lebensverhältnisse und Bedürfnisse der Menschen angepaßt werden. Dazu wird derzeit am ÖBIG an einer Studie zur „Neupositionierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ gearbeitet.

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**

### **8.1 Ärzte**

#### **8.1.1 Problemstellung und Zielsetzung**

Das Ziel der Gesundheitspolitik im Bereich der Steuerung der ärztlichen Ausbildung besteht in der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung aller Bereiche, in denen Ärzte tätig sind oder sein könnten. Diese Aufgabe wird von sozialpolitischen Rahmenbedingungen begleitet, die Arbeitnehmerschutzinteressen (z. B. Arbeitszeitgesetz für Personal in Krankenanstalten) beinhalten, aber auch organisatorische Fragen der Dienstausübung (z. B. Rufbereitschaft).

In der Vergangenheit war die öffentliche Diskussion über Ärzte über weite Strecken vom Mangel an Fachärzten gekennzeichnet. Diese Diskussion wandelte sich fast nahtlos zu einer Diskussion über einen Fachärzteüberschuß.

Die Sicherstellung der Ausbildung einer „ausreichenden“ Anzahl an Ärzten in den dem Bedarf entsprechenden Fachrichtungen umfaßt eine hochschulpolitische Komponente und eine Komponente der postpromotionellen Ausbildung. Neben einer Kurzdarstellung der wesentlichsten Grundlagen des Medizinstudiums wird daher auf folgende Teilbereiche eingegangen:

- postpromotionelle Ausbildung,
- zukünftige Entwicklung des Angebotes an berufsberechtigten Ärzten.

#### **8.1.2 Aktivitäten im Berichtszeitraum**

Im Bereich der Ausbildung der Ärzte hat die mit BGBl. Nr. 100/1994 kundgemachte Novelle zum Ärztegesetz und die damit im Zusammenhang stehende neue Ärzte-Ausbildungsordnung Neuregelungen bewirkt.

Hervorzuheben sind insbesondere folgende Neuregelungen:

- Erfolgsnachweis in der postpromotionellen Ausbildung,
- verpflichtende Absolvierung eines Ausbildungsteils zur Allgemeinmedizin in einer Lehrpraxis (Lehrambulatorium),
- wechselseitige Anerkennung von absolvierten Ausbildungen in Mitgliedsländern der EU (EWR-Raum).

§ 3 Abs. 4, 5 Ärztegesetz führt erstmals einen Erfolgsnachweis in die postpromotionelle ärztliche Ausbildung ein. Personen, die nach dem 31. Dezember 1996 eine postpromotionelle Ausbildung beginnen, haben für die Erlangung der uneinge-

## Ausbildung und Ausbildungsreform

schränkten Berufsberechtigung eine Prüfung zu bestehen. Mit der Durchführung und Organisation dieser Prüfung (Allgemeinmedizin und Facharzt zu einem der Sonderfächer) wurde die Österreichische Ärztekammer betraut, die in inhaltlichen Fragen eng mit in- und ausländischen Fachgesellschaften zusammenzuarbeiten hat.

### 8.1.3 Darstellung des aktuellen Standes

In Österreich existiert für sämtliche Arztberufe ein duales Ausbildungssystem: Einerseits hat jeder angehende Arzt das Universitätsstudium an einer der drei österreichischen medizinischen Fakultäten abzuschließen, andererseits ist eine fachrichtungsspezifisch unterschiedlich lange praktische Ausbildung nach Beendigung des Medizinstudiums zu absolvieren. Das Medizinstudium, das für alle ärztlichen Berufe ident ist, hat eine sechsjährige Mindeststudiendauer. Gesetzliche Grundlagen für die universitäre Medizinausbildung bilden das Allgemeine Hochschulstudienengesetz und die Studienordnung für die Studienrichtung Medizin, die unter die Zuständigkeit des Wissenschaftsressorts fallen. Die postpromotionelle Ärzteausbildung ist im Ärztegesetz, dem Bundesgesetz über die Ausbildung zum Zahnarzt sowie in der Ärzte-Ausbildungsordnung geregelt. Die Genehmigung von postpromotionellen Ausbildungsstellen in Krankenanstalten fällt in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsressorts, für Universitätskliniken ist das Wissenschaftsressort zuständig.

Absolventen des Medizinstudiums müssen, um das sogenannte „ius practicandi“ - also das Recht, selbständig ärztlich praktizieren zu dürfen - zu erlangen, ein mehrjähriges Praktikum (Turnus) erfolgreich abschließen. Der Turnus zum Arzt für Allgemeinmedizin (früher: Turnus zum praktischen Arzt) dauert drei Jahre. Seit Anfang 1995 sind entsprechend § 4 Abs. 4 Ärztegesetz (ÄG) mindestens sechs Monate dieser Turnusausbildung in Einrichtungen der medizinischen Erstversorgung (Lehrpraxen, Lehrambulatorien, Ambulanzen) abzuleisten, der Rest an verschiedenen Fachabteilungen in Spitälern.

Mediziner, die sich in einem Sonderfach spezialisieren wollen, absolvieren eine mindestens sechsjährige Facharztausbildung (Turnus zum Facharzt). Die Ausbildung zum Facharzt ist derzeit laut Ärztegesetz in 44 Sonderfächern möglich. Hier kann - gemäß § 5 Abs. 2 ÄG - ein Teil der Facharztausbildung bis zur Höchstdauer eines Jahres außerhalb eines Spitals in anerkannten Lehrpraxen oder Lehrambulatorien erbracht werden.

Grundsätzlich steht es den Absolventen des Medizinstudiums frei, eine Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder - im Rahmen der 44 Sonderfächer - eine Spezialisierung anzustreben. Praktisch ist diese Wahlmöglichkeit allerdings stark eingeschränkt, da der überwiegende Teil der angehenden Ärzte zuerst das dreijährige Praktikum zum Arzt für Allgemeinmedizin absolviert (wobei nicht alle, aber ein deutlich steigender Anteil das „ius practicandi“ erwerben) und erst anschließend in eine Sonderfachspezialisierung wechseln kann. Die in der Praxis vorherrschende Aneinanderreihung der Turnusausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und der Turnus-

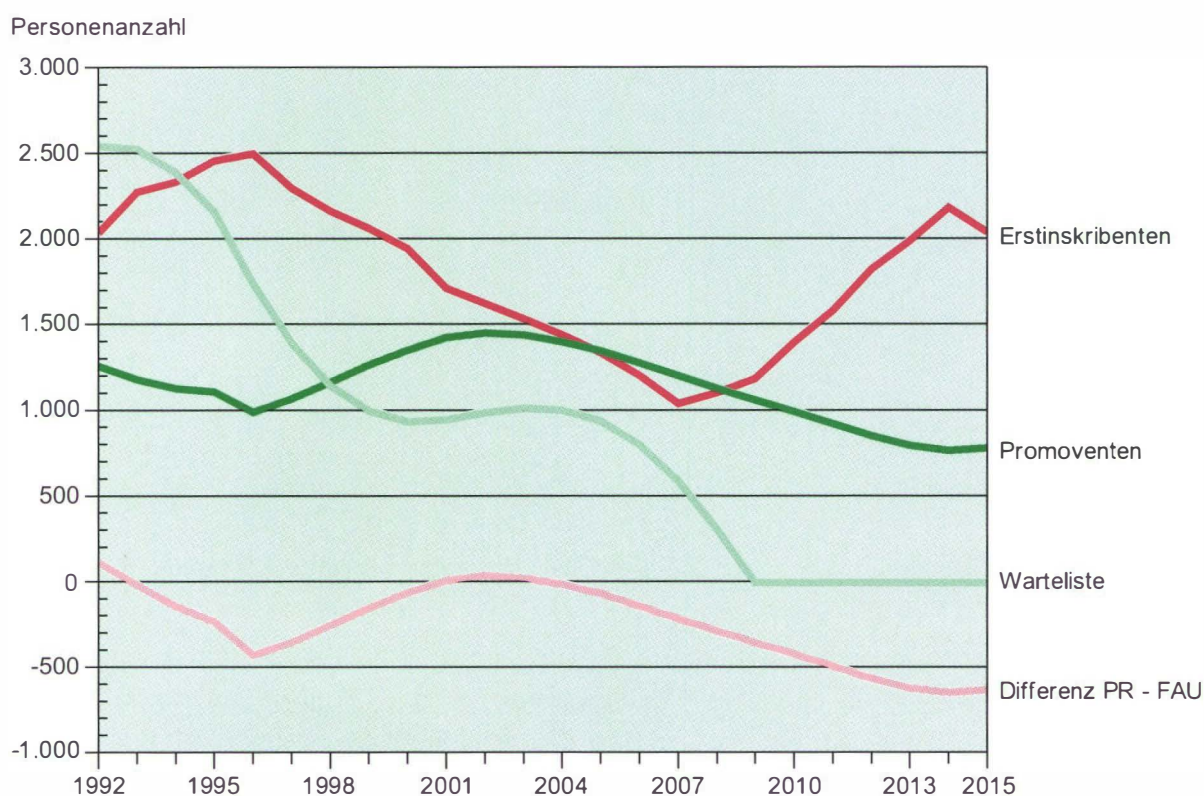
ausbildung zum Facharzt führt aufgrund der möglichen Teilanrechnung einiger Gegenfächer im Rahmen der Facharztausbildung zu einer tatsächlichen postpromotionellen Gesamtausbildungszeit für Fachärzte von derzeit rund acht Jahren.

#### *Warteliste auf die postpromotionelle Ausbildung:*

Die Zeitspanne von etwa 1980 bis Anfang der 90er Jahre war durch ein Ungleichgewicht zwischen der Zahl der Medizinabsolventen und der Anzahl der Ausbildungsstellen im postpromotionellen Bereich (Turnus) gekennzeichnet, was zur Bildung einer Warteschlange geführt hat.

Die Wartezeit auf eine postpromotionelle Ausbildungsstelle wurde vielfach diskutiert und systematisch analysiert. In den letzten Jahren wurden - auch wegen der beste-

*Abbildung 8.1: Historische und prognostische Entwicklung der Erstinskribenten, der Promoventen, der Länge der Warteliste auf die postpromotionelle Ausbildung (Allgemeinmedizin) und der Veränderungsgröße der Warteliste 1992 - 1996; 1997 - 2015*



Diff. PR - FAU: Differenz aus Promoventen und freiwerdenden Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin

Quelle: ÖBIG - Ärztliche Versorgung in Österreich 1995 - 2015

**Ausbildung und Ausbildungsreform**

henden fachrichtungsspezifischen Fehldimensionierungen - Veränderungen bei den Ausbildungsstellen vorgenommen. Gegenwärtig sind gerade wieder strukturell weitreichende Veränderungen bezüglich der Anzahl der Ausbildungsstellen im Gange und in Diskussion (z. B. Umwandlung von Sonderfach-Ausbildungsstellen in Facharztstellen).

*Tabelle 8.1: Entwicklung der Warteliste zur postpromotionellen Ausbildung samt Begleitdaten 1992 - 2015*

Jahr	Erst	Prom	PA-Ste	Lehr	Dauer	Diff	Wart	W-Dau
1992	2.043	1.261	3.309	376	2,90	120	2.547	26,8
1993	2.279	1.186	3.368	489	2,80	-17	2.531	25,2
1994	2.342	1.132	3.427	602	2,70	-137	2.393	22,6
1995	2.464	1.112	3.486	715	2,60	-229	2.165	19,4
1996	2.505	996	3.544	829	2,50	-422	1.743	14,8
1997	2.302	1.071	3.544	900	2,50	-347	1.396	11,8
1998	2.169	1.170	3.544	900	2,50	-248	1.149	9,7
1999	2.067	1.269	3.544	900	2,50	-149	1 000	8,5
2000	1.950	1.356	3.544	900	2,50	-62	939	7,9
2001	1.719	1.429	3.544	900	2,50	11	950	8,0
2002	1.629	1.457	3.544	900	2,50	39	989	8,4
2003	1.538	1.444	3.544	900	2,50	26	1.016	8,6
2004	1.446	1.406	3.544	900	2,50	-12	1.004	8,5
2005	1.340	1.354	3.544	900	2,50	-64	941	8,0
2006	1.208	1.280	3.544	900	2,50	-138	803	6,8
2007	1 043	1.206	3.544	900	2,50	-212	591	5,0
2008	1.105	1.133	3.544	900	2,50	-285	307	2,6
2009	1.189	1.065	3.544	900	2,50	-353	0	0
2010	1.402	998	3.544	900	2,50	-420	0	0
2011	1.589	929	3.544	900	2,50	-489	0	0
2012	1.830	855	3.544	900	2,50	-563	0	0
2013	1.994	799	3.544	900	2,50	-619	0	0
2014	2.186	772	3.544	900	2,50	-646	0	0
2015	2.042	787	3.544	900	2,50	-631	0	0

Erst: Erstinskribenten

Prom: Promoventen

PA-Ste: Ausbildungsstellen zum Arzt für Allgemeinmedizin

Lehr: historisch geschätzte und prognostizierte Entwicklung der Lehrpraxen für Allgemeinmedizin

Dauer: tatsächliche Ausbildungsdauer für Allgemeinmedizin (stationärer Sektor ohne Ambulanzen)

Diff: Differenz Promoventen und freierwerdende Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin

Wart: Länge der Warteliste

W-Dau: durchschnittliche Wartedauer auf eine postpromotionelle Ausbildungsstelle in Monaten

Quellen: KRAZAF-A6-Blätter vom 31.12.1994; Liste der Lehrpraxen der Österreichischen Ärztekammer (Stand: 8.10.1996); ÖBIG-Warteschlangenmodell

Für die Nachfrage nach ärztlichen Ausbildungsplätzen sind in erster Linie die Zahl der Absolventen des Medizinstudiums verantwortlich, sekundär deren Präferenzen zur Facharztausbildung.

Der aus der Realität ablesbare Ausbildungsweg der zukünftigen Ärzte (abgesehen von der Zahnarztausbildung) geht so vor sich, daß die Promoventen fast ausnahmslos in die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin strömen und erst nach Absolvierung von mindestens ein bis zwei Jahren bzw. zum überwiegenden Teil erst nach Erreichung des „ius practicandi“ in eine Facharzt-Ausbildungsstelle wechseln.

Durch das sich abzeichnende Ungleichgewicht zwischen den Ausbildungskapazitäten zur Allgemeinmedizin und zu den Sonderfächern wird in absehbarer Zukunft vielen angehenden Ärzten nur die Möglichkeit zur Erlangung des ius practicandi in Allgemeinmedizin offenstehen. Mit der gegenwärtigen Ausbildungskapazität stehen jährlich ca. 660 freiwerdenden Ausbildungsstellen zu einem Sonderfach rund 1.420 Absolventen der Allgemeinmedizin gegenüber.

Tabelle 8.1 stellt die Entwicklung der Warteliste samt relevanter Eckdaten und der (rechnerisch geschätzten mittleren) Wartezeit zum Antritt der postpromotionellen Ausbildung im Zeitraum 1992 bis 2015 dar.

Aus der Tabelle 8.1 und der Abbildung 8.1 ist für den Fall, daß die gleichen Rahmenbedingungen für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin auch in den nächsten Jahren Gültigkeit besitzen, folgendes zu entnehmen:

- Auch zukünftig ist mit einer zyklischen Entwicklung der Erstinskribenten und daher auch der Promoventen (abgeschwächt und verzögert) zu rechnen.
- Gegenwärtig warten österreichweit rund 1.750 Promoventen auf eine Ausbildungsstelle zum Allgemeinmediziner.
- Seit 1992 ist die Ausbildungskapazität für Allgemeinmediziner um 235 Stellen angestiegen.
- Die Wartezeit verringert sich seit 1992 fast kontinuierlich.
- Die gegenwärtige Wartezeit beträgt im Schnitt rund 15 Monate und verringert sich in den nächsten Jahren stark.
- Ab dem Jahr 2008 wird es keine Warteliste und daher keine Wartezeit mehr auf eine postpromotionelle Ausbildungsstelle (für die Allgemeinmedizin) geben.
- Die Ausbildungsdauer gilt für den stationären Bereich und berücksichtigt die Verpflichtung zur Lehrpraxenabsolvierung mit ihrem Mindestausmaß.
- Könnten alle in die Liste der Lehrpraxen eingetragenen Ordinationen von praktischen Ärzten mit Ausbildungswerbern besetzt werden, so würde bei einer Ausbildungsdauer von sechs Monaten pro Turnusarzt (Mindestdauer) deren Anzahl (mit Stand 8.10.1996: 829, entwicklungsprognostiziert: 900) ausreichen, das Ausbildungserfordernis für alle Turnusärzte zur Allgemeinmedizin abzudecken.

## Ausbildung und Ausbildungsreform

### *Genehmigung von Ausbildungsstellen:*

Eine Grundvoraussetzung der selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes als praktischer Arzt oder Facharzt, worunter jedenfalls sowohl die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes als auch jene des in Krankenanstalten angestellten Arztes zu subsumieren ist, ist die mindestens dreijährige bzw. sechsjährige praktische Ausbildung (Turnus) in den in der Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO) normierten Fachgebieten (vgl. §§ 3 Abs. 3, 4 Abs. 1 und 5 Ärztegesetz und § 20 Abs. 1 ÄAO).

Zur Ausbildung von Turnusärzten zum Arzt für Allgemeinmedizin erhalten die Krankenanstalten nur eine globale Bewilligung als Ausbildungsstätten und nicht wie bei der Facharztausbildung eine darüber hinausgehende, zahlenmäßig genau nachvollziehbare Bewilligung einzelner Ausbildungsstellen. Bewilligte Ausbildungsstätten haben somit größere Gestaltungsmöglichkeiten in der Beschäftigung von praktischen Ärzten in Ausbildung, unterliegen jedoch der Mindestausbildungsverpflichtung des § 105 Abs. 2 und 3 Ärztegesetz, wonach in Ausbildungsstätten mindestens ein praktischer Arzt in Ausbildung bzw. unter besonderen Voraussetzungen (Umwidmung) ein Facharzt in Ausbildung auf je 15 systemisierte Betten zu beschäftigen ist.

Generell hat die Turnusärzteausbildung gemäß den §§ 6, 6a, 6b, 7 und 7a Ärztegesetz in Ausbildungsstätten, das sind Krankenanstalten und Universitätskliniken, Lehrpraxen sowie Lehrambulatorien, zu erfolgen, die vom Gesundheitsminister anerkannt worden sind. Voraussetzungen für die Anerkennung einer Krankenanstalt als Ausbildungsstätte sind die jeweilige Versorgungsfunktion, das Vorhandensein bestimmter Fachabteilungen, eine ausreichende Anzahl zur Ausbildung befähigter Fachärzte, eine entsprechende apparative Ausstattung und ein entsprechendes medizinisches Leistungsspektrum. Für die Ausbildung zum Facharzt eines Sonderfaches bzw. für dessen Teilgebiete wird in der Bewilligung auch die Zahl der Ausbildungsstellen festgelegt. Beim Fehlen von gewissen Voraussetzungen können gemäß §§ 6a und 6b Ärztegesetz auch zeitlich bzw. inhaltlich beschränkte Ausbildungsbewilligungen erteilt werden. Im Regelfall werden Ausbildungsstellen allerdings auf unbeschränkte zeitliche Dauer bewilligt.

Ausbildungsstellen in Universitätskliniken bedürfen keiner besonderen fachlichen Bewilligung; de facto ist jede von Ärzten ohne ius practicandi besetzte Dienstplanstelle als Ausbildungsstelle im Sinne des Ärztegesetzes einzustufen. Daraus ergibt sich für die Darstellung der postpromotionellen Facharztausbildungskapazitäten die Gliederung nach in Universitätskliniken tatsächlich beschäftigten Turnusärzten in Ausbildung und nach bewilligten Ausbildungsstellen in sonstigen Krankenanstalten.

Die bestehenden Ausbildungskapazitäten ermöglichen es, daß jährlich rund 1.400 Ärzte die postpromotionelle Ausbildung mit dem ius practicandi abschließen können. Diesem Angebot an berufsberechtigten Ärzten steht ein jährlicher Ersatzbedarf von durchschnittlich rund 400 Ärzten und ein aus der prognostizierten demographischen Entwicklung abgeleiteter Zusatzbedarf von rund 50 Ärzten pro Jahr gegenüber.

## 8.1.4 Auswirkungen des EU-Beitrittes

Der Beitritt zur Europäischen Union hat im Bereich der ärztlichen Ausbildung eine Reihe von Neuregelungen mit sich gebracht, die sich vor allem mit der Harmonisierung der Ausbildung und damit verbunden der wechselseitigen Anrechnung von Berufsberechtigungen beschäftigen. Der Zugang zu einer postpromotionellen Ausbildung in Österreich erstreckt sich - bei Vorliegen eines entsprechenden Studiums - auch auf Staatsangehörige aus dem Europäischen Wirtschaftsraum. Damit wird dem europäischen Diskriminierungsverbot entsprochen.

Die neu geschaffenen §§ 3a bis 3d Ärztegesetz beinhalten eine Fülle von Regelungen hinsichtlich der Anrechnung der selbständigen Berufsausübungsberechtigung.

## 8.2 Krankenpflegefachdienst

### 8.2.1 Ausgangslage

Die Reformen der Krankenpflegeausbildung in Österreich orientieren sich an den Zielen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die die Eigenständigkeit des Berufsbildes der Schwestern und Pfleger betonen: "Pflege ist eine grundlegende Tätigkeit des Menschen und in ihrer organisatorischen Form ein eigener Fachbereich des Gesundheitswesens". Weiters heißt es: „Pflege befaßt sich mit den psychosomatischen und psychosozialen Aspekten des Lebens und ihren Auswirkungen auf Gesundheit, Krankheit und Sterben. Krankenpflege umfaßt somit die Gesamtheit pflegerischen Handelns bei gesunden und kranken Menschen aller Altersgruppen zur Erhaltung, Anpassung und Wiederherstellung der normalen physischen, geistigen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens.“

Dieser multifaktorielle Gesundheits- und Krankheitsbegriff sowie die ganzheitliche Auffassung von Pflege waren und sind Leitlinie für die Erarbeitung von Lernzielen und Lehrinhalten der Pflegeausbildung.

In den letzten Jahrzehnten wurde die Ausbildung von Fachkräften der Krankenpflege wiederholt Reformen unterworfen, um den hohen Ansprüchen an das Gesundheitssystem Rechnung zu tragen. Diese Anforderungen resultieren zum einem aus dem zunehmenden Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung, das höhere Ansprüche sowohl hinsichtlich des medizinisch-technischen Leistungsangebotes als auch im Hinblick auf humanitäre Qualitäten nach sich zieht. Dabei tritt die vorsorgliche Erhaltung von Gesundheit gleichberechtigt neben die Bewältigung von Krankheit. Es gilt heute mehr denn je, der aus der steigenden Lebenserwartung und dem wachsenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung abzuleitenden Forderung nach einer umfassenden, menschwürdigen Gesundheits- und Krankenpflege bis ins hohe Alter Rechnung zu tragen.

Dabei fällt den im Pflegedienst tätigen Personen eine entscheidende Rolle zu, nicht nur in ihrem traditionellen Arbeitsbereich, der Krankenanstalt, sondern vermehrt



## Ausbildung und Ausbildungsreform

auch im Wohn- und Lebensbereich der auf Unterstützung angewiesenen Mitbürger und Mitbürgerinnen. Zur Bewältigung dieser Aufgaben müssen nicht nur genügend hochqualifizierte Fachkräfte gewonnen, sondern auch das Berufsbild so attraktiv gestaltet werden, daß möglichst viele den Pflegeberuf auch auf Dauer ausüben.

Dem Interesse einer qualitativ hochstehenden Betreuung von Gesunden und Kranken in jedem Lebensalter muß eine zeitgemäße Pflege-Ausbildung entsprechen. Das ÖBIG wurde daher mit der Erarbeitung von Lernzielkatalogen für die drei Sparten der Diplomkrankenpflege-Grundausbildung beauftragt. Die Curricula für die Allgemeine und Kinderkranken- und Säuglingspflege wurden 1989 bzw. 1990 fertiggestellt. Sie stellen ein Angebot für Österreichs Krankenpflegeschulen dar, das gesamte Ausbildungsprogramm berufsrelevant, ganzheitlich und zielorientiert zu organisieren und zu gestalten. Sie bieten den Lernenden Zielklarheit und Orientierungshilfe, den Lehrkräften eine Planungshilfe für den Unterricht und für die innerschulische Koordination sowie eine Grundlage für die Prüfungen und die Beschaffung von Unterrichtsmaterialien.

Im Sinne des Leitbegriffes der „ganzheitlichen Pflege“ sind die Curricula der Struktur nach fächerübergreifend und finden ihre didaktische Entsprechung in einem „ganzheitlichen Pflegeunterricht“. Sie zeichnen sich durch ein weitverzweigtes Fächerverbindungssystem aus, das die Lehrkräfte zur interdisziplinären Zusammenarbeit einlädt. Um eine wirksame Umsetzung sowie Weiterentwicklung der Ziele und Inhalte der Curricula durch die lehrenden Pflegepersonen an den Schulen zu sichern, wurde ein Konzept der Begleitmaßnahmen zur Einführung der Curricula entwickelt. Im Rahmen einer Seminarreihe werden die Lehrenden der Pflegefächer aber auch mit der praktischen Unterweisung von Schülerinnen und Schülern betraute Pflegepersonen bei der Umsetzung der Lernziele und beim Aufbau von verschiedenen Organisationsformen fächerübergreifenden Unterrichts an der Schule sowie der Organisation von Theorie-Praxis vernetzten Lernformen unterstützt.

### 8.2.2 Schwerpunktaktivitäten im Berichtszeitraum

#### 1. Curriculumentwicklung

Im Zusammenhang mit den o.a. Begleitmaßnahmen zur Einführung der bereits fertig gestellten Curricula wurden zu folgenden Themen Seminare durchgeführt:

- Fachunterricht in Pflegeplanung
- Gesundheitsförderung als fächerübergreifendes Prinzip
- Theorie und Praxisverbindung
- Lebensorientierter Unterricht
- Projektunterricht in der Pflegeausbildung
- Erwachsenenbildung

In den Berichtszeitraum fällt auch die Erstellung des Curriculums Psychiatrische Krankenpflege-Grundausbildung. Es wurde im Hinblick auf die erwartete Einführung der Pflegeausbildungs-Reform (Kolleg-Modell) entwickelt. Ziele und Inhalte wurden in Orientierung am Leitthema des Curriculums „Pflegerische Beziehungsprozesse in sozialpsychiatrischen und verwandten Arbeitsfeldern“ erarbeitet. Es ist durchgängig themenzentriert und fächerübergreifend sowie an erwachsenen Adressaten orientiert formuliert. Im Sinne einer partiellen Erprobung führten Lehrschwestern und -pfleger an vier Ausbildungsstätten Unterrichtsprojekte zu folgenden curricularen Themen durch:

- „Der Pflegeprozeß als Problemlösungs- und Beziehungsprozeß“
- „Gezielte Förderungsbeispiele und -programme in der Betreuung behinderter Menschen“
- „Situation der Erstbegegnung im intra- und extramuralen Bereich mit besonderer Berücksichtigung der Situation von Kindern und Jugendlichen“
- „Psychiatrie und Gesellschaft“
- „Begleitung von sterbenden Menschen“

Das Curriculum wurde in ständigem Austausch mit sämtlichen Ausbildungsstätten für psychiatrische Krankenpflege erarbeitet und 1996 fertiggestellt.

## *2. Reform der Krankenpflege-Ausbildung*

Mit 1. Jänner 1993 ist eine Novelle zum Krankenpflegegesetz in Kraft getreten. Hier wurden von Seiten des Gesundheitsressorts die legislatischen Voraussetzungen für die Einführung von zwei Modellen von berufsbildenden höheren Schulen im Rahmen von Schulversuchen geschaffen. Die entsprechende Änderung des Schulorganisationsgesetzes wurde jedoch nicht vollzogen (im Gesundheitsbericht 1994 wurde irrtümlich von einer entsprechenden Änderung berichtet).

In den Jahren zuvor waren durch die Entwicklung der Curricula grundlegende inhaltliche Voraussetzungen zur Reform der Krankenpflegeausbildung in Österreich geschaffen und in intensiver Arbeit die Konzepte einer fünfjährigen Berufsbildenden Höheren Schule sowie eines dreijährigen Kollegs für Gesundheits- und Krankenpflege erstellt worden.

Nun wurde in der weiteren Vorbereitung einer grundlegenden Novellierung des Krankenpflegegesetzes 1993 eine Expertengruppe aus namhaften Pflegepersonen, darunter Vertreterinnen und Vertreter des Österreichischen Krankenpflegeverbandes, der Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB, der Arbeitsgemeinschaft der Pflegedirektorinnen sowie Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, zur Ausarbeitung eines Konzeptes zum Thema „Eigenständigkeit in der Krankenpflege“ in das Gesundheitsressort eingeladen.

## Ausbildung und Ausbildungsreform

Der neu geschaffene Arbeitskreis sollte in Form eines Positionspapiers die inhaltlichen Grundlinien des Gesetzestextes vorbereiten. Anlässlich einer Enquete des Gesundheitsressorts im Frühjahr 1994 legt er seine Ergebnisse zu folgenden Themenbereichen zur Diskussion vor:

- Definition der Gesundheits- und Krankenpflege
- Eigenverantwortlicher Aufgabenbereich der Pflege
- Mitverantwortlicher Aufgabenbereich der Pflege
- Aufgabenbereiche von Pflegepersonen mit Sonderausbildungen
- Gemeinsame Aufgaben im interdisziplinären Bereich
- Berufsrechte und Pflichten
- Strafbestimmungen

Von den Ergebnissen des Arbeitskreises ausgehend erstellte das Gesundheitsressort einen Entwurf eines Bundesgesetzes über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG) und legte ihn im Spätherbst 1994 zur Begutachtung vor. Die eingangs erläuterte, immer bedeutender werdende Stellung der Pflege im Rahmen des Gesundheitswesens sollte in einem eigenen Gesetz, in dem die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe umfassend geregelt werden, seine Entsprechung finden. In dem Entwurf wurden erstmals die eigenverantwortlichen Tätigkeiten der diplomierten Pflegepersonen gesetzlich festgelegt und der Aspekt der Gesundheitspflege auf Gesetzesbasis eingeführt.

### 8.2.3 Ausblick

Im Zuge der erforderlichen Sparmaßnahmen wurde von der Realisierung der beiden ursprünglich angestrebten Reformmodelle (BHS und Kolleg) zugunsten einer kostengünstigeren Reformvariante Abstand genommen. In den Grundlinien der Gesetzesreform wird nun die vorsorgliche Erhaltung der Gesundheit zu einer ebenso zentralen Aufgabe der Pflege wie die Bewältigung von Krankheit. Ausgehend von der Eigenständigkeit der Pflege werden die eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereiche sowie die zahlreichen Spezialaufgaben definiert. Das neue Gesetz für Gesundheits- und Krankenpflege hat im Mai 1997 den Ministerrat passiert und wurde im Juli 1997 im Nationalrat beschlossen. Die Entwicklung der entsprechenden Ausbildungsverordnungen wird der Ausarbeitung des pflegerischen Fachbereiches das Hauptaugenmerk schenken, sodaß sich hier in kohärenter Weise die im Gesetzestext verankerte eigenständige Position der Pflege im Gesundheitsbereich widerspiegelt.

Im Zuge der Fertigstellung der Verordnungen wird zu prüfen sein, ob und in welcher Weise die vorliegenden Curricula adaptiert werden müssen.

### 8.3 Hebammen

Der Beitritt Österreichs zum Europäischen Wirtschaftsraum am 1. Jänner 1994 machte eine Anpassung der Hebammenausbildung an folgende EG-Richtlinien erforderlich:

- Richtlinie 80/154/EWG des Rates vom 21. Januar 1980 über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise für Hebammen und über Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstverkehr, geändert durch die Richtlinien 80/1273/EWG und 90/658/EWG;
- Richtlinie 80/155/EWG des Rates vom 21. Januar 1980 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeiten der Hebamme, geändert durch die Richtlinie 89/594/EWG;
- Richtlinie 76/207/EWG des Rates vom 9. Februar 1976 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen hinsichtlich des Zugangs zur Beschäftigung, zur Berufsbildung und zum beruflichen Aufstieg sowie in bezug auf die Arbeitsbedingungen und
- Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 des Rates vom 15. Oktober 1968 über die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der Gemeinschaft.

Gleichzeitig mit der Ausbildungsreform, deren Schwerpunkt auf der Verlängerung der Ausbildung von zwei auf drei Jahre und der Aktualisierung des Lehrstoffes lag, wurden das Hebammengesetz und die Hebammendienstordnung, in denen das Berufsbild geregelt wird, reformiert. Mit dem 29. April 1994 traten das Hebammengesetz, BGBl. Nr. 310/1994, und die Hebammen-EWR-Verordnung, BGBl. Nr. 571/1994, in Kraft. Es folgten die Hebammen-Geburtenstatistikverordnung BGBl. Nr. 981/1994 (trat am 1. Jänner 1995 in Kraft), die Hebammen-Ausweisverordnung BGBl. Nr. 149/1995 (trat am 4. März 1995 in Kraft), die Hebammen-Gremialwahlverordnung BGBl. Nr. 150/1995 (trat am 4. März 1995 in Kraft) und die Hebammen-Ausbildungsverordnung BGBl. Nr. 599/1995 (trat am 6. September 1995 in Kraft).

Das neue Hebammengesetz beinhaltet eine Reihe von Änderungen, vor allem in den Bereichen Arten der Berufsausübung, Ausbildung und Pflichtenkreis der Hebammen (Tätigkeitsbereich).

Im wesentlichen sind dies:

- Aufhebung der strikten Dreiteilung zwischen Anstaltshebamme, öffentlich bestellter Hebamme und freipraktizierender Hebamme sowie Abgehen von der strengen Trennung zwischen niedergelassenen und angestellten Hebammen
- Mehr Durchlässigkeit in bezug auf die Art der Berufsausübung und damit Sicherstellung der Betreuungskontinuität (z.B. Betreuung der Gebärenden im Spital)

## Ausbildung und Ausbildungsreform

durch eine - auch freipraktizierende - Hebamme nach Wahl oder Betreuung der Wöchnerin und des Neugeborenen durch die Anstaltshebamme auch zu Hause)

- Kombination der Tätigkeit in einer Krankenanstalt mit der in freier Praxis
- Freiberufliche Tätigkeit nicht mehr unmittelbar nach Abschluß der Ausbildung, sondern erst nach einer Praxiszeit in einer Anstalt von mindestens einem Jahr
- Abschaffung der Niederlassungsbewilligung und Bedarfsprüfung sowie Rechtsanspruch auf die Erteilung der Bewilligung zur freiberuflichen Berufsausübung
- Ausbildungsverlängerung von zwei Jahren auf drei Jahre
- Änderung der Bezeichnung „Bundeshebammenlehranstalt“ in „Bundeshebammenakademie“
- Schaffung neuer Zugangsvoraussetzungen (Reifeprüfung oder Studienberechtigungsprüfung für Medizin)
- Gleichberechtigter Zugang für Studierende aus Vertragsländern des EWR
- Gleichberechtigter Zugang zu Ausbildung und Berufsausübung für Frauen und Männer - die Berufsbezeichnung „Hebamme“ gilt für Frauen und Männer
- Anhebung des Mindestalters für den Ausbildungsbeginn auf 18 Jahre sowie Aufhebung der oberen Altersgrenze
- Kollegiale Führung der Akademie durch eine Hebamme und einen Facharzt bzw. eine Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Dislozierte Praktikumsplätze
- Fächerübergreifende mündliche Diplomprüfung
- Verpflichtung zur ständigen Weiterbildung
- Aufhebung der Internatspflicht für die Zeit der Ausbildung
- Streichung des Ausbildungsbeitrages
- Aufhebung des Ausbildungsmonopols des Bundes und Schaffung der Möglichkeit, daß Private Ausbildungseinrichtungen errichten und führen dürfen
- Feststellung der Schwangerschaft und Errechnen des voraussichtlichen Geburtstermins auch durch die Hebamme
- Durchführung von Geburtsvorbereitung und Schwangerengymnastik mit Entspannungs- und Atemübungen
- Eigenverantwortliche Betreuung aller regelrechten Vorgänge bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Nähen des Dammschnittes
- Abschaffung der Hebammentagebücher und Einführung einer zeitgemäßen Dokumentation
- Aufnahme der Neudefinition der Begriffe „Lebendgeburt“, „Totgeburt“ und „Fehlgeburt“, die in Anpassung an die einschlägigen Empfehlungen der WHO erfolgte
- Entfall der Nostrifikation für Hebammen aus dem EWR-Raum

- Neuorganisation der gesetzlichen Interessenvertretung (Hebammengremium)

Grundlage für die Ausübung des Berufs der Hebamme sind die §§ 18 ff. des Hebammengesetzes. Demnach kann die Berufsausübung

- freiberuflich und/oder
- im Dienstverhältnis einer Krankenanstalt und/oder
- im Dienstverhältnis von Einrichtungen der Geburtsvorbereitung und -nachbetreuung und/oder
- im Dienstverhältnis von freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten

erfolgen.

Die oft mit dem Begriff Betreuungskontinuität umschriebene Versorgungsform wird also durch die Verknüpfbarkeit von verschiedenen Arten der Berufsausübung ermöglicht. Diese Art der Regelung eröffnet im speziellen die Möglichkeit der Kombination von freiberuflicher Berufsausübung und Berufsausübung im Rahmen eines Dienstverhältnisses in einer Krankenanstalt.

Das zieht nach sich, daß jene Hebamme, die bei einer stationär durchgeführten Geburt die "Bezugshebamme" war, auch die nachgeburtliche Betreuung der Gebärenden ambulant vornehmen darf. Vice versa darf eine freipraktizierende Hebamme, die einer Schwangeren zur Seite stand, diese auch bei der Geburt im stationären Bereich betreuen. Die Verzahnung des stationären und ambulanten Bereiches wird gegenwärtig durch eine Reihe von Maßnahmen verwirklicht. Derzeit ist dies vor allem das Modellprojekt an der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik der Stadt Wien.

Für eine reibungslose Umsetzung sind entsprechende Regelungen auf Länderebene zu erlassen. Die konkrete Umsetzung in den Krankenanstalten wird vor allem von der Bereitschaft und der Initiative der jeweiligen Krankenanstaltenträger abhängen.

Wenn der Verpflichtung zur Fortbildung trotz Aufforderung und Setzung einer Nachfrist von einem Jahr durch das Österreichische Hebammengremium nicht nachgekommen wird, hat der Landeshauptmann die Berechtigung zur Berufsausübung zurückzunehmen.

Aufgrund des zusätzlichen Ausbildungsjahres wurde die gesamte Ausbildung - Theorievermittlung und Praktika - neu organisiert und aktualisiert, z. B. auch durch die Aufnahme neuer Unterrichtsgegenstände wie z. B. Vorbereitung auf die Elternschaft, Geburtsvorbereitung und Familienberatung, Rückbildungsgymnastik, Sexualerziehung und Empfängnisregelung, Psychologie, Kommunikationstraining, Konfliktbewältigung und Supervision, Pädagogik, Soziologie, Fach-Englisch, EDV, Dokumentation und wissenschaftliches Arbeiten. Die Diplomprüfung wird fächerübergreifend in Form einer Kasuistik abgehalten.

## **Ausbildung und Ausbildungsreform**

Das Curriculum für die theoretische Ausbildung wurde im Auftrag des Gesundheitsressorts am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) erarbeitet und liegt seit dem 1. Oktober 1996 vor. Es handelt sich hier um einen Lehrbehelf für die praxisnahe Wissensvermittlung der Vortragenden.

Neben den schon bestehenden sechs Hebammenakademien nahm mit dem Schuljahr 1995/96 am allgemeinen öffentlichen Krankenhaus in Mistelbach eine weitere Hebammenakademie den Lehrbetrieb auf. Der Träger ist der Gemeindeverband Krankenhaus Mistelbach. An allen sieben Hebammenakademien wird spätestens seit März 1996 nur noch nach dem neuen dreijährigen Lehrplan unterrichtet.

### **8.4 Gehobene medizinisch-technische Dienste**

Der Beitritt Österreichs zum Europäischen Wirtschaftsraum am 1. Jänner 1994 machte eine Anpassung der Ausbildungen in den sieben gehobenen medizinisch-technischen Berufen an folgende EG-Richtlinien erforderlich:

- Richtlinie 89/48/EWG vom 21. Dezember 1988 über eine allgemeine Regelung zur Anerkennung der Hochschuldiplome, die eine mindestens dreijährige Berufsausbildung abschließen, CELEX-Nr. 389L0048, und
- Richtlinie 92/51/EWG vom 18. Juni 1992 über eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise in Ergänzung zur Richtlinie 89/48/EWG, CELEX-Nr. 392L0051.

Das MTD-Gesetz trat mit 1. September 1992 in Kraft. Novelliert wurde es durch Artikel 8 des Kompetenz-Abbaugesetzes, BGBl. Nr. 257/1993 und BGBl. Nr. 327/1996. Die neue dreijährige Ausbildung ist in der MTD-Ausbildungsverordnung, BGBl. Nr. 678/1993, geregelt.

Derzeit wird in allen MTD-Akademien nach dem neuen Lehrplan unterrichtet. Der erste Jahrgang gemäß neuer Ausbildungsverordnung wurde im Herbst 1996 diplomiert.

Zur Erreichung eines bundeseinheitlichen Ausbildungsstandards besteht neben der vorhandenen Ausbildungsverordnung die Notwendigkeit, für jede Sparte ein Curriculum zu erarbeiten.

